

Más que una dieta: historia y principios de la medicina ayurveda

More than a Diet: History and Principles of Ayurveda Medicine

Patricia Helena Junge Cerdá¹  

¹Universidad de Chile - CHILE

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.376> | Páginas: 101-118

Fecha de envío: 29-09-2025 | Fecha de aceptación: 26-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

Este manuscrito busca aportar a la comprensión crítica del sistema médico ayurveda a través de una síntesis comprensiva de literatura sobre la evolución histórica del ayurveda, complementada con ejemplos etnográficos. El objetivo principal es proporcionar una revisión de literatura que aporte a la reflexión sobre medicinas no convencionales en el Sur global. Esto se considera relevante en un contexto postcolonial donde existen relaciones Sur-Sur entre India y varios países del continente americano, que buscan desarrollar el ayurveda en América Latina en diálogo con medicinas tradicionales de esta región. Metodología: se realizó un análisis secundario de las fuentes bibliográficas utilizadas por la autora en una investigación etnográfica sobre las prácticas contemporáneas de la medicina ayurveda en India. Resultados: desde mediados del siglo XX, el ayurveda se expande desde la península india hacia Occidente; primero pasando por el norte global y, más recientemente, en procesos de intercambio entre Asia del Sur y América Latina. En la región, la presencia del ayurveda en redes de salud alternativa y complementaria ha ido creciendo durante el siglo XXI. Si bien los discursos enfocados en una dieta saludables aparecen con gran frecuencia y popularidad dentro de las terapias seculares asociadas al ayurveda, estos no integran la complejidad del sistema médico. Originalidad: si bien en el ayurveda la alimentación es un eje central para un régimen de vida saludable, la divulgación de esta medicina como una dieta alimenticia responden más a la economía política del sistema de salud local que al modelo médico ayurvédico. Esto da cuenta de las controversias que emergen al trasladar modelos médicos a sistemas de salud diversos, e invita a explorar formas diferentes de intercambios en el Sur global.

Palabras clave: Ayurveda, antropología médica, dieta, medicinas complementarias y alternativas; Sur global.

Abstract

This manuscript aims to contribute to a critical understanding of the Ayurvedic medical system through a comprehensive synthesis of literature on the historical evolution of Ayurveda, and references to ethnographic data. The main objective is to offer a literature review that contributes to reflect on non-conventional forms of medicine in the global South. This is considered particularly relevant in a postcolonial context marked by South–South relations between India and several countries in the



Americas, which are seeking to develop Ayurveda in Latin America in dialogue with local traditional medical systems. Methodology: A secondary analysis was conducted on the bibliographic sources used by the author in an ethnographic study on contemporary Ayurvedic practices in India. Findings: Since the mid-20th century, Ayurveda has expanded from South Asia to the West; firstly, through the Global North, and more recently through exchange processes between South Asia and Latin America. In this region, the presence of Ayurveda within networks of alternative and complementary health practices has been steadily growing throughout the 21st century. While discourses centered on healthy diets have become frequent and popular within secular therapies associated with Ayurveda, they fail to capture the full complexity of the medical system. Originality: Although nutrition constitutes a central axis in Ayurveda's framework for a healthy lifestyle, the dissemination of Ayurveda as merely a dietary regimen reflects the political economy of local health systems more than the Ayurvedic medical model itself. This highlights the controversies that arise when medical systems are transposed into diverse healthcare contexts and calls for the exploration of alternative modes of exchange within the global South.

Keywords: Ayurveda, medical anthropology, diet, complementary and alternative medicines, global South.

Introducción

Durante la última década el sistema médico de origen indio conocido como *ayurveda* se ha abierto un espacio en el campo de la salud complementaria y alternativa en América Latina, siguiendo tendencias globales. Se le asocia fundamentalmente al ámbito del bienestar y la salud, destacando sus raíces en la filosofía hindú, debido a su origen en la península Índica¹. Esta expansión responde a una tendencia global, fomentada por miradas críticas de la biomedicina, que combina la apertura hacia el pluralismo médico con la proliferación en occidente de medicinas y terapias no convencionales de diversos orígenes (Frank & Stollberg, 2004; Smith & Wujastik, 2008). Dicha expansión es independiente de la falta de reconocimiento oficial del *ayurveda* por parte de los organismos públicos encargados de la gobernanza de la salud, e igualmente independiente de la fragmentación conceptual y práctica con que el sistema médico llega a los diversos territorios.

Por ejemplo, Freidin y Ballesteros (2012) dan cuenta de la fragmentación con que el *ayurveda* se presenta en el medio argentino, a través de una gran variedad de alternativas de formación, tratamientos y generación de contenidos que tematizan los aspectos médicos del *ayurveda* fundamentalmente asociados a su capacidad de promover salud a través de un régimen alimenticio adecuado a la configuración psicosomática de cada persona. Los autores señalan que este foco en la alimentación saludable es un tema controversial sobre la expansión del *ayurveda* en Occidente, puesto que, si bien la alimentación es considerada en el *ayurveda* como una parte central de un régimen de vida, la reducción del sistema médico a sistemas de dietas que buscan tipologías de amplio alcance para poder ser difundidas masivamente, corre el riesgo de generar comprensiones, expectativas y prácticas que desvirtúan el *ayurveda* y su potencial de real aporte a la salud de las

¹Cabe aquí recalcar la diferencia entre indio e hindú. India es un territorio (y un Estado moderno desde 1947) mientras que el hinduismo es una religión. Igualar lo indio con el hinduismo es parte de la mirada Occidental simplificadora del pluralismo religioso del país India, que incluye junto con el hinduismo, el budismo, el cristianismo y el islam, entre muchas otras. En este ensayo, cuando se afirma que el *ayurveda* es un sistema médico de origen indio se alude a la zona geográfica desde donde ha evolucionado por más de dos mil años, y cuando se señalan los componentes hindúes, se refiere a las influencias -reales o supuestas- del hinduismo sobre el modelo médico del *ayurveda*.

personas. El diseño de dietas saludables en el sistema médico del ayurveda responde a un complejo análisis e intervención de las condiciones de vida de una persona, las que pueden variar no sólo de acuerdo con la constitución y momento del ciclo vital, sino también dependiendo de factores del entorno geográfico, trabajo, eventos biográficos y otros, que requieren ajustar los procesos de nutrición de forma personalizada.

Ayurveda es una palabra de origen sánscrito que se compone de dos raíces: *ayus*, que refiere a vida, y *veda*, que se traduce como ciencia o sabiduría, en cuanto refiere a un corpus de conocimiento que surge de un proceso dinámico entre la observación sistemática de la experiencia, la elaboración de sistemas conceptuales que expliquen dichas experiencias, y la evaluación de los modelos explicativos a partir de su consistencia con los resultados la acción, es decir, con nuevas experiencias empíricas (Gopinath, 2001; Langford, 2002; Leslie, 1992; Manohar, 2005; Moreno 2006; Zimmermann, 1978). Así, en Occidente el ayurveda es traducido como una “ciencia de la vida”, cuyo objetivo específico es observar y construir conocimiento sistemático con el propósito de comprender y preservar la vida humana (Manohar, 2005). La medicina y sus terapias serían una consecuencia activa de dicho propósito, enfocada a “proteger la salud del sano y calmar la dolencia del enfermo” (Charaka Samhita, citado por Chopra, 2003). Considerando que *ayus* se refiere a toda forma de vida, tanto humana como animal, vegetal e incluso geológica, esta ciencia de la vida observa cómo los mismos componentes estructurales y funcionales se manifiestan con ciertos patrones regulares en una interminable variedad de formas de vida (Moreno, 2006; Zimmermann, 1988). Es a partir de este principio de continuidad estructural y funcional que el sistema médico del ayurveda vincula a humanos y sus entornos a través de la dieta. La alimentación constituye, junto a la respiración y la percepción, las relaciones fundamentales entre el microcosmos subjetivo y el macrocosmos. Como explica Svoboda (1995a), si bien en Occidente en general se encuentran variadas prácticas específicas que declaran tomar como base la medicina ayurveda, ellas tienden a reducir el corpus de ideas y prácticas de este sistema médico a parámetros occidentales que limitan las posibilidades de conocer y aplicar la medicina a cabalidad. Este reduccionismo responde a varios factores que incluyen las restricciones político-sanitarias de los sistemas de salud locales, las expectativas del público local respecto de las terapias no-biomédicas, y los mercados globales y locales de salud. Así, el régimen de vida que en el ayurveda corresponde a la globalidad del estilo de vida de la persona, tiende a reducirse a pautas alimenticias que se gestionan sin conexión sustancial con el estilo de vida de cada sujeto.

El objetivo de este manuscrito es exponer antecedentes históricos sobre el sistema médico ayurveda y su expansión global durante los siglos XX y XXI, con el propósito de contribuir a una reflexión crítica sobre la fragmentación del sistema médico y su reducción a regímenes alimentarios estandarizadas. Para ello el argumento se desarrolla partiendo por una contextualización del desarrollo del ayurveda en India, para seguir con una descripción de la expansión global de este sistema médico durante la segunda mitad del siglo XX, y terminar con la distinción de algunos principios fundamentales para comprender la aproximación a la dieta y una discusión de los desafíos que impone el despliegue de este sistema médico en las sociedades occidentales.

Metodología

Para desarrollar este argumento me baso en un análisis secundario (Scribano & de Sena, 2009)

de la revisión exhaustiva de referencias bibliográficas en el marco de una investigación realizada en 2010-2012 sobre las prácticas contemporáneas de ayurveda en India.² Complementariamente recurro a ejemplos del material de campo de esta investigación de 2010-2011, que consistió en una etnografía de cuatro meses en tres hospitales ayurvédicos administrado por la Nair Service Society (NSS) en el estado de Kerala, India. Se realizó observación directa y participante, entrevistas abiertas con terapeutas (8), pacientes (10) y acompañantes (10); y sucesivas entrevistas en profundidad con los cinco vaidyas³ encargados de estas clínicas. Asimismo, se referencia material de campo de la investigación etnográfica realizada entre 2012-2014⁴, sobre el pluralismo médico en el sistema de salud chileno, para proporcionar ejemplos de la forma en que el ayurveda se instala en un país de Latinoamérica

Historia y desarrollo del ayurveda en el subcontinente indio

Tanto la literatura académica como los discursos masivos que promocionan el ayurveda coinciden en destacar que es un sistema médico heredero de una tradición milenaria en India. Desde una mirada de antropología médica, es posible reconocer el ayurveda como un sistema médico toda vez que conforma un corpus organizado de ideas, significados y normas, asociado a prácticas, relaciones sociales y marcos institucionalizados cuyo objetivo principal es abordar la salud y la enfermedad (Kleinman, 1978; Leslie, 1980; Menéndez, 1994). En este sentido, es un sistema médico completo en sí mismo, tal como la biomedicina y la medicina tradicional china, entre otras. Por otra parte, se reconoce que el ayurveda se entronca con una larga evolución de conocimientos y prácticas médicas acumuladas y reinventadas por sucesivas generaciones de habitantes de la península india, por lo cual sería correcto asociarlo a la historia de esta región. No obstante, las implicancias de estas afirmaciones –el ser un sistema médico en sí mismo y el hacer parte de una larga historia de medicinas en India– deben ser analizadas en profundidad y con mirada crítica. Partiremos por la historia.

Efectivamente, la historia de la existencia de sistemas médicos en India puede retroceder hasta el complejo cultural Harappa que ocupó el valle del río Indo entre los años 3000 y 1500 AC (Sobada, 1995b). Tanto el registro arqueológico que muestra inscripciones de personas preparando y administrando remedios, como la deducción antropológica que indica que toda sociedad desarrolla sistemas médicos acorde a su complejidad, nos permiten asumir que hace más de 4000 años ya existían uno o varios sistemas médicos en el territorio que hoy es India. No obstante, dicha coincidencia geográfica no es evidencia suficiente para establecer una relación directa entre aquellas prácticas médicas milenarias y el ayurveda contemporáneo.

La antigüedad de lo que hoy conocemos como ayurveda puede estimarse con mayor claridad en unos 2000 años, a partir de tres textos que son hasta la fecha el corpus fundamental de este sistema médico (Basham, 1976; Varier, 2005). El más antiguo de estos textos es el compendio de medicina interna y terapéutica conocido como *Charaka Samhita* (“El libro de Charaka”), que se estima fue escrito entre los siglos I a. C. y I d. C. Compila ideas sobre la salud y el bienestar contenidas en los himnos y rituales védicos que fueron introducidos por los pueblos arios durante el segundo milenio

² Investigación conducente al grado de Master “Health and Society in South Asia”, por la Universidad de Heidelberg, Alemania.

³ Vaidya es el término utilizado en la medicina ayurveda para los médicos certificados como expertos.

⁴ Investigación conducente al grado de Doctor Phil. en Antropología, por la Universidad de Heidelberg, Alemania.

a. C. (Moreno, 2006). El *Charaka Samhita* también da cuenta del contacto con la medicina humorál griega, que fue introducida en India inicialmente durante las conquistas de Alejandro Magno en 326 a. C. (Svoboda, 1995b). Ejemplo de esto es la comprensión de la salud/enfermedad como expresión de humores en mayor o menor grado de equilibrio, tanto fisiológico/interno como ecológico/situacional. Lo fundamental del texto de *Charaka* es que marca un hito al diferenciar la práctica médica de la práctica religiosa, al establecer un modelo y una metodología para buscar bienestar y longevidad a través de la intervención directa sobre el régimen y las condiciones de vida de las personas; esto constituye una diferencia sustancial con las prácticas védica de invocación y rituales, que buscan intervenciones indirectas de tipo espiritual (Basham, 1976). Este giro secular da origen al lugar central de la alimentación en la salud, pues la dieta permite un vínculo pragmático entre el microcosmos individual y el macrocosmos ecológico, geográfico y cultural.

Luego, en algún momento entre los siglos I y III d. C. fue escrito el *Sushruta Samhita*, compendio enfocado en sistematizar conocimientos de anatomía y cirugía humana. Lo que hizo el autor del *Sushruta* fue explicar detalladamente la relación fisiológica entre los principios básicos del ayurveda y la anatomía humana. Esto amplió la práctica médica en cuanto intervención directa en el cuerpo y longevidad de las personas, siendo la cirugía su expresión más concreta (Chopra, 2003). Finalmente, en torno al año 600 d. C. el budista indio *Vagbatha* escribió un comentario de los dos *Samhitas* (textos) anteriores. Este compendio, conocido como *Estanga Hridaya*, es considerado una síntesis actualizada, escrita en un lenguaje mucho menos críptico que los dos anteriores (Leslie 1976; Svoboda 1995b), que facilitó una difusión más amplia del conocimiento y práctica del ayurveda. Las entrevistas etnográficas a médicos ayurvédicos (llamados *vaidjas*) en India confirman que estos tres textos son la base de la formación de las actuales generaciones de practicantes del ayurveda en India, siendo su estudio en sánscrito original parte de los primeros años del currículo de formación universitaria que cursan las generaciones contemporáneas.

Con respecto al ayurveda como sistema médico, si bien los textos clásicos nos dan una proyección de la antigüedad del corpus de ideas que lo sustentan, sería un error desprender de ello que esta medicina se ha practicado de manera pura, ininterrumpida e inalterada durante miles de años (Basham, 1976; Zimmermann, 1978). En diversos períodos el ayurveda ha sido enseñado y practicado de muy diversas formas, entre lo espiritual/ritual y la pragmática quirúrgica; expuesta y asimilando diversas influencias foráneas, tales como la griega, musulmana o tibetana; asimismo, se ha adaptado a ocupar distintas posiciones dentro de la diversidad de alternativas médicas que coexisten en India, desde medicina oficial en el imperio de Ashoka hasta una marginal medicina popular durante el imperio británico (Varier, 2005; Leslie, 1976). En consecuencia, la permanencia y expansión del ayurveda durante siglos se relaciona justamente con lo opuesto a una continuidad milenaria pura e inalterada, pues se fundamenta en una evolución dinámica, siendo practicada y reinventada reiteradamente de acuerdo con diversos contextos históricos y geográficos (Wujastyk & Smith 2008).

A diferencia del dogmatismo presentado por algunos practicantes occidentales del ayurveda (Freidin & Ballesteros, 2015, 6), la longevidad de esta medicina invita a desplazar el foco analítico desde la caracterización de contenidos tradicionales supuestamente puros, a la comprensión desde un enfoque de pluralismo médico que se centra de las estrategias de continuidad desplegadas en los procesos de reinención y adaptación del corpus médico en la práctica (Menéndez, 1994;

Moreno, 2006; Martínez-Hernáez, 2008). Así, comprendemos que el ayurveda de hace 2000 años no es el mismo que el de hace 200 años, ni el que se practica hoy. Durante siglos, el ayurveda ha evolucionado en formas que han permitido simultáneamente la continuidad de sus principios paradigmáticos y una capacidad de adaptación de las formas en que dichos principios se llevan a la práctica terapéutica situada (Meulenbergh, 1995). En diversos contextos sociopolíticos y momentos históricos, estas formas han incluido menor o mayor institucionalización, menor o mayor validación y reconocimiento social, menor o mayor uso de elementos espirituales y ritualistas en la práctica médica, entre otros (Meulenbergh, 1995).

En India, los *vaidyas* contemporáneos fundamentan su agencia como especialistas justamente en esta capacidad de adaptar los principios del ayurveda a los contextos y requerimientos de la vida contemporánea (Halliburton 2011). Por ejemplo, para los encargados de los hospitales de la Nair Service Society (NSS) en Kerala, donde realizamos etnografía en 2011, la continuidad con la tradición médica se fundamenta en el estudio de los tres *Samhitas*, o textos originales, junto con el estudio de experiencias clínicas reunidas en un vasto portafolio de manuscritos con notas y fórmulas farmacéuticas desarrolladas por generaciones anteriores de *vaidyas* de su linaje Nair. Estos manuscritos se consideran una base de conocimiento empírico, probado, que además refuerza la continuidad de la forma en que este linaje practica la medicina. Adicionalmente, las reuniones semanales con los octogenarios *vaidyas* que ofician de consultores expertos de los hospitales de la NSS, complementa el estudio de textos con una forma oral y empírica de enseñanza médica a través de la clínica compartida entre médicos con diversa trayectoria de experiencia clínica. Por último, estas estrategias de continuidad se complementan con estrategias de adaptación a la vida contemporánea que llevan los pacientes: en la clínica abundan las coocurrencias de ayurveda y biomedicina, que va desde la interpretación de exámenes de laboratorio traídos por los pacientes hasta la negociación de las terapéuticas para adaptarlas a los regímenes de vida y/o laborales de los consultantes. Esto es posible gracias a la habilidad que tienen los *vaidyas* de aplicar los principios ayurvédicos considerando el contexto contemporáneo que define la forma de vida de las personas –sin duda un contexto diferente al contexto en que se practicó el ayurveda hace 200 o 2000 años atrás– junto con los conocimientos del sistema biomédico que incluye el currículo de formación universitaria en ayurveda (notas etnográficas).

Además, hay diversidad entre el ayurveda contemporáneo practicado en India y aquel que se practica fuera de este territorio. En India, el ayurveda admite ciertas influencias de la medicina moderna europea, en cuanto sistema de salud hegemónico a nivel global (Baer, 1989); dicha permisividad ha respondido más a motivos políticos que a argumentos médicos; pero también, tal como vimos más arriba, es coherente con la apertura que ha tenido el ayurveda a otras medicinas a lo largo de su historia. Por una parte, el ayurveda se encuentra reconocido en India en un ministerio de salud paralelo al biomédico, cuya sigla AYUSH alude a los sistemas médicos que supervisa (ayurveda, yoga, unani, siddha y homeopatía)⁵. Esta institucionalización, representada en facultades universitarias, ministerio y hospitales ayurvédicos, ha fortalecido la secularización de la enseñanza y terapéutica del ayurveda, prescindiendo de los elementos ritualísticos presentes de manera intermitente en otros momentos y modos de practicar esta medicina. Los historiadores del ayurveda asocian este proceso modernizador con la agenda política impulsada por profesionales y políticos indios que

5 <https://www.ayush.gov.in/>

fueron precursores de la independencia de la Corona británica en 1947. De entre una gran variedad de formas alternativas en que se presentaba en ayurveda en el subcontinente indio de los siglos XIX e inicios del XX, los independentistas indios relevaron la versión secular del ayurveda y la transformaron en uno de los pilares de identidad nacional, destacando su antigüedad y actualidad y, sobre todo, su capacidad de pararse desde una identidad netamente india en igualdad de condiciones ante la biomedicina europea, representante del colonialismo (Moreno 2006; Panikkar, 1992; Sujatha, 2009; Svoboda, 2008). Así, para fortalecer esta paridad, los contenidos y formas de enseñanza se estandarizaron siguiendo el modelo occidental moderno, generando los currículos universitarios fijos de siete años que se enseñan hoy en universidades ayurvédicas en India. Incluso los contenidos curriculares incluyen anatomía, fisiología y fisiopatología biomédicas, para desarrollar la competencia de poder comentarlas desde el ayurveda (entrevistas y notas etnográficas). Wujastyk y Smith (2008) llaman a esto *ayurveda moderno*: la práctica médica circunscrita geográficamente al subcontinente indio, que mantiene fidelidad con los tres textos fundamentales del ayurveda y al mismo tiempo tiene elementos de profesionalización e institucionalización que buscan modernizar el sistema médico.

Las tensiones y jerarquías que surgen de esta interfaz entre la tradición expresada en los textos y la actualización de las prácticas son intensamente discutidas por los expertos, y revisarlas exceden los propósitos de este artículo (Broom et al., 2009; Nair, 2014; Naraindas, 2006, 2014; Langford, 2002; Halliburton, 2005; Chopra & Quack, 2011). Lo que interesa destacar es que el proceso de modernización del ayurveda durante el siglo XX buscó establecerlo como un sistema médico nacional, diferente y alternativo a la biomedicina occidental, totalmente consistente y adecuado para la vida contemporánea en India (Bode, 2008; Langford, 2002; Leslie, 1976). Esto explicaría la fuerte asociación de ayurveda con “lo” indio, e incluso, desde allí, con “lo” hindú. Al salir del subcontinente indio, la función de reforzamiento de la identidad nacional india que ejerció el ayurveda durante el siglo XX, se transformó en una marca de exotismo y espiritualidad que contrasta con la alta tecnificación biomédica, siendo reforzada por vigorosos mercados de salud alternativa, tales como farmacéuticas ayurvédicas globalizadas y circuitos de spas en India y el extranjero (Pordié y Gaudillière, 2014) que basan su publicidad en la asociación del ayurveda con una pureza tradicional no-moderna y una terapéutica menos invasiva que la biomedicina (Zimmermann, 1992).

Difusión global del ayurveda y su forma de arribar a Chile

La secularización y adecuación del ayurveda a la vida moderna favoreció su expansión más allá del subcontinente indio, lo que Wujastyk y Smith (2008) denominan el *ayurveda global*. Al arribar a territorios distintos a India, el ayurveda fue inevitablemente reinterpretado y adaptado a las circunstancias de cada nuevo lugar, tanto por motivos culturales, como geográficos y de política sanitaria (Reddy, 2002; Chopra, 2005). Así se van gestando versiones diversas del ayurveda, en vinculaciones diversas con lo que va desarrollándose en India.

Dentro de las primeras corrientes de difusión del ayurveda fuera de India se encuentra el *Maharishi Ayur-Veda* (MAV), fundado por *Maharishi Mahesh Yogi* en 1985. Si bien ya desde la década de 1970 el ayurveda había comenzado a ser difundido entre profesores de yoga y naturópatas europeos (Jeannotat, 2008), los primeros centros de salud ayurvédica fueron fundados por el MAV entre las décadas de 1980 y 1990, tanto en Suiza como en Estados Unidos (Humes, 2008). Esta vertiente del

ayurveda global es significativa, por ejemplo, para el caso de la historia del ayurveda en Chile, pues dentro de los primeros profesionales que incorporaron esta medicina se encuentra una pediatra de la ciudad de Santiago que conoció el ayurveda durante la década de 1980 a través de centros de MAV en Europa (notas etnográficas).⁶ A pesar de constituir un importante impulso globalizador, la corriente MAV recibe fuertes críticas desde la antropología médica porque tiende a autodefinirse como un sistema cerrado y absoluto de medicina que representa fielmente una tradición milenaria de India, y rechaza a la medicina moderna (Wujastyk y Smith, 2008). Esto es contradictorio con la plasticidad que caracteriza al sistema médico ayurveda (Moreno, 2006) y que es referida por *vaidyas* contemporáneos como fundamental para posibilitar la práctica del ayurveda fuera de las fronteras indias (Junge, 2012). En el caso de la pediatra chilena formada en MAV en Europa, ella logró integrar el ayurveda con su práctica clínica justamente porque desarrolló una forma flexible de aplicar los principios y farmacopea ayurvédicos, adaptándolos a las posibilidades y necesidades de la realidad local.

La difusión masiva de la medicina ayurveda en el Cono Sur de América es más reciente (Freidin y Ballesteros, 2015). Desde la segunda década del siglo XXI han proliferado una serie de institutos creados por diversos tipos de terapeutas, entre los cuales destacan aquellos formados en universidades indias certificadas para preparar a extranjeros en la medicina ayurveda (notas etnográficas). En general, los ejemplos de Argentina y Chile coinciden en una presentación del ayurveda como una medicina alternativa a la biomedicina, es decir, sus terapias se asumen consistentes con un sistema teórico y práctico que les es propio y les permite actuar con autonomía relativa del sistema biomédico y no sólo en complementariedad (Nogales-Gaete, 2004). Freidin y Ballesteros (2012, 2015) distinguen tres ámbitos principales en que se segmenta la oferta de terapias ayurvédicas, de acuerdo con la forma en que los actores locales van perfilando su posicionamiento en el sistema de salud de cada país. En primer lugar, el ayurveda se asocia a prácticas de autoconocimiento y autocuidado para el bienestar, fundamentalmente siguiendo al médico norteamericano Deepak Chopra y su método de salud mente/cuerpo. Por otra parte, el ayurveda se presenta como terapias no invasivas tales como masajes relajantes y rejuvenecedores, asociados por lo general a centros de yoga o spas. Finalmente, el aspecto médico del ayurveda se presenta mayoritariamente asociado a la pragmática de la alimentación, capaz de promover la salud a través de un régimen alimenticio adecuado a la configuración psicosomática de cada persona.

Si bien esta última presentación pareciera vincularse más con el corpus teórico del ayurveda, el problema radica en la traducción de la dieta ayurvédica a regímenes alimenticios específicos para cada constitución psicosomática o *dosha*. Para comprender por qué las dietas estandarizadas para cada *dosha* no son una expresión adecuada del sistema médico del ayurveda, es necesario profundizar en los principios básicos de esta medicina.

Principios básicos del ayurveda y su expresión en la dieta

Existe una brecha entre la teoría médica del ayurveda y las prácticas dietéticas reinventadas a partir de la diáspora global de esta medicina, que se alimenta de una estandarización y simplificación que elimina aspectos fundamentales del ayurveda, como son la auto observación, los cambios de estilo

⁶ Se mantiene el anonimato de las fuentes de la investigación original por consideraciones éticas.

de vida y la adaptación de los deseos a las circunstancias de vida.

En primer lugar, para comprender la aproximación del ayurveda a la dieta como terapia, es necesario retomar la definición de Ayur-veda como una disciplina que observa y aborda la vida en un sentido amplio, incluyendo la vida humana, animal, vegetal y geológica. La mirada ecológica del ayurveda sobre la salud, la enfermedad y el bienestar busca mantener la salud a través de un complejo sistema de intervenciones en la relación entre los ambientes interno y externo de la persona (Chopra, 2003; Kumar, 2013). Entonces, al igual que en la tradición humorál hipocrática (Porter, 2004), la dietética no se restringe a la regulación de la ingesta de alimentos, sino que se refiere a las regulaciones del estilo de vida, incluyendo ejercicio, alimentación, pensamientos, actividades diarias, entre otras prácticas que implican la “ingesta” de estímulos y condiciones ambientales en el curso de vida subjetivo de cada persona. La regulación de todas estas relaciones busca mantener el equilibrio y la funcionalidad en las relaciones del individuo con su/un entorno. Vamos a revisar los fundamentos de esta relación dietética.

Si bien el ayurveda no es una práctica vinculada al hinduismo como religión, los principios básicos que sustenta su aproximación al fenómeno de la vida se encuentran en la filosofía vedanta, que es común a la filosofía hindú (Moreno, 2006). Ésta parte explicando el origen del universo como producto de un movimiento que estimula el estado in-manifiesto y absoluto, como una piedra que cae en un lago calmo. Este desequilibrio en movimiento que es el universo provoca la emergencia de la vida como resultado de procesos de diferenciación en múltiples formas de experiencia (Svoboda, 1995a). La vida es dinámica, entonces, porque es manifestación del desequilibrio. Así, en palabras de Zimmermann (1988), el ayurveda concibe el universo como una “gran cocina”, donde una suerte de alquimia de elementos y sabores va digiriendo y transformando los distintos dominios de la realidad en un metabolismo ecológico cuyo propósito es mantener cierta consistencia en el desequilibrio primordial que es intrínseco a la manifestación del universo.

Conocer esta “fisiología cósmica” (Zimmermann, 1988) sería entonces la base del ayurveda como ciencia/sabiduría y de su práctica como medicina, donde la mantención de la salud consiste en comprender el macro metabolismo de la vida y aplicar ese conocimiento para intervenir las relaciones dinámicas de afectación que provocan los estados de equilibrio/salud o desequilibrio/enfermedad en el nivel micro, que es una persona. La alimentación es, en consecuencia, uno de los procesos fundamentales en la dinámica que relaciona la “fisiología” del macrocosmos con la fisiología individual. Del mismo modo lo son la disciplina física, mental y afectiva, o la observación de ciclos, por ejemplo.

Excede los propósitos de este artículo profundizar en la compleja y extensa matriz conceptual del *vedanta*; más bien nos centraremos en los principios que aporta a la comprensión de la dietética ayurvédica. La mayoría de los autores y entrevistados coinciden en partir desde la doctrina de los cinco elementos: éter, aire, fuego, tierra y agua; que dan origen a todo el universo fenomenológico, incluida la corporalidad humana (Kumar, 2013). La constitución psicosomática individual, conocida como *dosha*, surge de la combinación de los cinco elementos. Los doshas básicos son tres: *vata*, *pitta* y *kapha*. *Vata* surge de la combinación de éter y aire, *pitta* de la combinación de fuego y agua, y *kapha* de la combinación de agua y tierra; cada *dosha* contiene los atributos de los elementos que se constituyen. Cada ser humano nace con una combinación de elementos que hará que

prepondere cierto o ciertos doshas, y que le predispone hacia ciertas preferencias y habilidades, y también hacia ciertas vulnerabilidades y tendencias al desequilibrio (Chopra, 2003). La sabiduría del ayurveda estaría entonces en comprender e intervenir los *doshas* para mantener o recuperar la salud, o bien aportar a aliviar aquellas condiciones que no se puede cambiar. La forma en que el equilibrio dinámico de los *doshas* a nivel individual integra lo ambiental, lo físico, mental y emocional/espiritual en los procesos de salud y enfermedad está claramente explicado por Moreno (2006), por lo cual aquí nos centraremos en analizar cómo los equilibrios son gestionados a través de la dieta. Haciendo una síntesis de varios autores (Svoboda, 1995a, 1995b; Gopinath, 2001; Kumar, 2013; Langford, 2002; Manohar, 2005), podemos establecer que la relación entre los cinco elementos y la expresión de los *doshas* es la siguiente:

Tabla 1

Síntesis de características relacionales básicas de los tres doshas

Doshas	Elementos constituyentes	Atributos principales	Expresiones en el cuerpo físico y sus dolencias	Expresiones en el cuerpo relacional y sus dolencias
Vata	Aire + Éter	Movimiento Espacio Impulso	Delgados Ágiles Dolores Quebraduras Sequedad	Entusiasmo Asombro Ansiedad Nerviosismo
Pitta	Fuego	Energía Digestión fisiológica y cognitiva Acción transformadora	M u s c u l a t u r a l y desarrollada proporcionada. Trastornos digestivos, inflamatorios, febris.	Iniciativa y Exploración Transformación Rabia
Kapha	Tierra + Agua	Densidad Cohesión Contención	Grandes Lentos Firmes Edemas Obstrucciones	Memoria Consistencia Asimilación Depresión

Fuente: elaboración propia.

Para la terapéutica, la constitución personal orienta cómo ha de relacionarse el sujeto con los elementos que constituyen los fenómenos de su entorno, de tal forma de mantener o recuperar el equilibrio, que es la salud. Por ejemplo, una inflamación febril, que expresa un exceso de fuego, que es caliente, se tratará con estímulos que sean fríos y contenedores, y que puedan, así, comprimir y enfriar el fuego excedido. En el plano físico, una de estas formas de relacionamiento es a través de la alimentación, orientada a partir de los sabores que surgen de las combinaciones de cualidades de los cinco elementos (Wujastyk, 2000). Entonces, los sabores no se comprenden desde su composición química o cualquier otro componente substancial, sino como principios relacionales o cualidades (Zimmermann, 1988). Veamos: los cinco elementos se caracterizan a través de diez pares de cualidades que incluyen frío/caliente; pesado/liviano; estable/móvil; húmedo/seco; entre otras (Chopra, 2003; Kumar, 2013). Las veinte cualidades vinculan los cinco elementos con cinco sabores:

dulce, salado, ácido, amargo y astringente, los que se distribuyen y combinan diferencialmente en todo lo viviente (Zimmermann, 1988). Por ejemplo, en la dietética ayurvédica se dice que las comidas dulces están compuestas fundamentalmente de agua y tierra, y por lo tanto tienen las cualidades de ser frías, pesadas, estables y húmedas. El tejido adiposo del cuerpo humano está compuesto de los mismos elementos agua y tierra, lo que explica que el consumo excesivo de alimentos dulces hace aumentar el tejido adiposo; también explica que las personas con predominancia del *dosha kapha* (agua y tierra) tengan mayor riesgo de hacer desequilibrios relacionados con el consumo excesivo de comidas dulces y el aumento de este tejido, incluyendo la tendencia hacia la pesadez o dificultad de movimiento, tanto corporal como mental (Chopra, 2003).

Las veinte cualidades caracterizan también espacios y tiempos determinados; así, el efecto de un determinado alimento dependerá también de las condiciones ecológicas en que se produjo, es decir el clima en que se cultivó o crió el ser vivo del cual nos alimentamos habrá afectado cómo asimiló el agua y tierra que le hicieron dulce, para seguir con el ejemplo anterior; del mismo modo, las condiciones climáticas, hora del día y otras circunstancias en las cuales se consume el alimento, determinarán la capacidad de integrar en el microcosmos individual el agua y tierra que este alimento me aporta (Rao, 2018). Tal especificidad va a determinar el sabor post-digestivo de los alimentos, que apunta a efectos más específicos; así, por ejemplo, la cualidad dulce que se atribuye a toda carne animal se diferenciará entre aquella proveniente de animales criados en climas secos, que será más astringente y liviana, y la carne de animales criados en climas húmedos, que será más pesada y untuosa (Zimmermann, 1988). Por último, si bien los alimentos dulces tienden a desestabilizar *Kapha*, consumirlos en verano no tendrá el mismo efecto que consumirlos en invierno; igualmente abusar de lo dulce en un clima húmedo y cálido será distinto que hacerlo en un clima seco y frío; habrá también diferencias entre personas de distintas edades o sexo, porque los *doshas* se manifiestan distinto en cada caso, etcétera. En consecuencia, en el ayurveda la alimentación tiene la doble condición de ser una forma extremadamente básica y universal de relacionarse con el entorno, y a la vez constituir un complejo sistema terapéutico a través de la manipulación consciente no sólo del qué se come sino también del cuándo y el cómo, en términos personales y ambientales (Kumar, 2013). Esta multiplicidad de factores involucrados hace que, a pesar de conocerse las pautas de relación entre los diversos elementos que intervienen en la dieta, una dieta alimenticia “anti-*kapha*” no pueda tener efectos terapéuticos estandarizables para todas las personas cuya constitución tiene predominio de *kapha*. Por último, habrá que ponderar la presencia de los otros *doshas* en esta persona del ejemplo y sus circunstancias, para considerar efectos secundarios una dieta estándar “anti-*kapha*”.

Discusión: desafíos para la comprensión e incorporación del ayurveda en los sistemas de salud

Como señala tanto la literatura como los resultados de la etnografía referida en este artículo, lo que guía el diseño del régimen alimentario terapéutico en el ayurveda es la lectura de todos los factores relacionales que van a determinar no sólo las cualidades sutiles y situadas de cada alimento, preparación y forma de consumo, sino también las posibilidades de cada persona para llevar a cabo un determinado régimen considerando su constitución psicosomática, su curso de vida y sus circunstancias de vida. Por ello no se considera terapéutico forzar a una persona a llevar una determinada dieta como única alternativa saludable, si ello genera dificultades importantes dadas

sus condiciones económicas, de trabajo o de vida. No obstante, tampoco corresponde al ayurveda personalizar las dietas al extremo de adaptarlas a las lógicas de consumo flexible y discrecional de los mercados de salud alternativa (Humes, 2008; Pordié y Gaudillièrre, 2014). El riesgo que han detectado varios autores radica en el individualismo propio de del fructífero consumismo de los mercados de salud. Para abordar esta controversia sirve retomar la distinción entre dieta como estilo de vida y como régimen alimenticio, y revisar algunos ejemplos del Cono Sur.

En el caso de Chile, el ayurveda no se encuentra oficialmente reconocido por el Ministerio de Salud, por lo que no cuenta con el estatuto de profesión auxiliar de la salud que sí poseen otras medicinas alternativas, como, por ejemplo, la naturopatía, la acupuntura y la homeopatía (Ministerio de Salud, 2024). Tampoco cuenta con la regulación de la autoridad sanitaria que implica dicho reconocimiento, por lo tanto, no se puede ingresar al país la farmacopea ayurvédica más allá de aquello que califica como aliño o suplemento alimenticio. No obstante, el crecimiento de centros y actividades reconocidos como ayurvédicos es exponencial, principalmente en la Región Metropolitana. Entonces, ¿cómo se explica la expansión del ayurveda en Chile? La rápida expansión del ayurveda podría explicarse al igual que en otras latitudes, como consecuencia del carácter no invasivo con que se promocionan sus terapias fragmentadas, lo que fortalece su divulgación como medicina segura y personalizada (Freidin & Ballesteros, 2015; Reddy, 2002; Zysk, 2001). Así mismo, al no poder desplegarse más que tan sólo parcialmente, como dieta o consejería alimenticia, el ayurveda no amenaza ni a la hegemonía biomédica ni a las lógicas mercantiles que se reproducen en el sistema de salud, pues no “compite” en el mercado simbólico ni farmacológico de la salud “propriamente tal”.

¿Terapia de estilo de vida, que no amenaza el estilo de vida?

Si bien en el ayurveda en enfoque terapéutico es hacia el equilibrio del estilo de vida, la forma concreta en que se reproduce en Occidente dista de promover cambios sustanciales en las formas de vivir que son propias de la modernidad contemporánea. En Occidente se reproduce una tendencia a traducir las terapias ayurvédicas a las expectativas de intervenciones basadas en la idealización de un hinduismo espiritual, sutil y pacífico; serían, en consecuencia, terapias capaces de contrarrestar el carácter invasivo y violento que se asocia a la biomedicina moderna (Freidin y Ballesteros, 2012; Reddy, 2002). Estos adjetivos, que se suponen asociados a la filosofía de vida oriental, han sido ampliamente difundidos por el movimiento *New Age*, y resaltados en formas masivas de reproducción del ayurveda en los mercados de salud alternativa en Occidente (Zysk, 2001). Así, en su versión occidental las dietas y alimentos “depurativos”, “rejuvenecedores” o “energizantes”, satisfacen expectativas de moderación y sutileza que tienen poca relación con las fuertes restricciones, ayunos o purgas de las terapias ayurvédicas no-occidentalizadas ni mercantilizadas (Zimmermann, 1992).

Por ejemplo, la terapia depurativa tradicional del ayurveda, conocida como *panchakarma*, requiere de varios días de hospitalización bajo un estricto régimen de actividades diarias y alimentación, junto con intensas intervenciones terapéuticas intercaladas con reposo y suspensión de las actividades cotidianas, incluyendo diversas opciones de limpiezas y purgas, después de las cuales los pacientes deben ser cuidados antes de ser dados de alta (notas de campo). No obstante, en la mayoría de los centros ayurvédicos occidentales, incluidos los latinoamericanos, el *panchakarma* se ofrece en formato de masajes que estimula la relajación muscular, la hidratación con aceites y la liberación

progresiva de toxinas en pos del rejuvenecimiento; son realizados mayoritariamente de forma ambulatoria en centros terapéuticos tipo spa y acompañados, eventualmente, de indicaciones nutricionales (apuntes etnográficos). Los pacientes no necesitan hacer una pausa en su vida para someterse a esta terapia, sino más bien se trata de una opción de intervención puntual.

¿Terapias al servicio de sociedades de mercado?

La reinterpretación mercantil del carácter personalizado de la medicina ayurveda es ampliamente comentada por Freidin y Ballesteros en relación con el escenario argentino, destacándose cómo la modalidad de spas nacionales o internacionales fortalecen el ayurveda como “consumo terapéutico exótico” (2012, p. 156). Estos autores destacan también cómo la intermitencia o parcialidad con que se siguen las terapias es coherente con una lógica de consumo auto-gestionado y flexible, donde priman los criterios y deseos de cada individuo/consumidor por sobre los del terapeuta. Entonces, si bien en Occidente las dietas ayurvédicas suelen considerarse parte de procesos de acompañamiento del proceso de cursar la vida, por ejemplo, en la vejez (Rao, 2018), nos encontramos con la lógica de consumo/evitación de determinados alimentos, sin ahondar en indicaciones de reorganización integral del estilo de vida (Freidin & Ballesteros, 2015). Como concluye Pordié (2015), transformadas en terapias de spa, las intervenciones ayurvédicas son inofensivas para el sistema biomédico, y muy rentables para los mercados de salud alternativa moderada.

No se puede soslayar que la reducción de la medicina ayurveda a terapias enfocadas en regímenes alimentarios parciales responde también a las restricciones estructurales que existen en los países occidentales para la práctica plena de este sistema médico. Las barreras sanitarias y legales para disponer de las hierbas asiáticas y otras materias primas que se utilizan para elaborar las fórmulas ayurvédicas se basan, en su gran mayoría, en la imposibilidad de traducir y validar la farmacopea ayurvédica a los parámetros biomédicos occidentales (Freidin & Ballesteros, 2015; Wujastik & Smith, 2008). Así, sólo algunas hierbas en forma de polvo logran ingresar a los países en calidad de aliño para comida (notas etnográficas). Por su parte, las empresas farmacéuticas ayurvédicas, como la gigante india Himalaya, invierten grandes sumas de dinero en investigaciones de laboratorio que demuestren la eficacia de sus productos; además de ofrecer fórmulas tradicionales en formatos industriales como los comprimidos, estas industrias estimulan la invención de nuevas fórmulas para necesidades de la vida de los consumidores modernos en los mercados globales (Pordié, 2015; Pordié & Gaudillièr, 2014). En el caso de Chile, las industrias farmacéuticas no biomédica utilizan los nombres de fantasía de sus fórmulas para aprovechar los resquicios de la normativa sanitaria e ingresar a los mercados nacionales con la figura de “suplementos alimenticios”.

¿Terapias estratificadas en el mercado de la salud?

Si bien, el ayurveda ya está presente en los sistemas de salud de la mayoría de los países occidentales, se ubica mayoritariamente en los mercados de salud alternativa. La falta de reconocimiento oficial termina por reforzar la estratificación de los sistemas de salud, pues sólo los consumidores con mayores recursos económicos pueden acceder a terapias alternativas, que no están disponibles en el saturado sistema biomédico público (Freidin & Ballesteros, 2012). Lo mismo pasa con el acceso a

alimentos y/o aliños exóticos indicados en dietas ayurvédicas que publicitan supuestos purismos hinduistas: sólo acceden a ellos los clientes con mayor poder adquisitivo.

No obstante, es al mirar más allá de la que está en la red oficial biomédica y los mercados de salud, que emergen experiencias donde se incorporan prácticas de salud no-biomédicas en los estilos de vida de las personas (Gelerstein Moreyra, 2022; Junge, 2021). En relación con el ayurveda, existen experiencias emergentes y poco documentadas de intercambio entre *vaidyas* y agentes de salud comunitaria que buscan la asimilación de principios de terapéutica, estilo de vida y dieta ayurvédica en iniciativas de salud colectiva basadas en los saberes populares de Latinoamérica⁷. Asimismo, existen iniciativas silenciosas en algunos países del Cono Sur donde *vaidyas* indios y latinoamericanos trabajan en conjunto para interpretar las propiedades terapéuticas de la farmacopea popular e indígena latinoamericana desde los principios del ayurveda (Elaa 2021 y notas etnográficas). Estos intercambios en el Sur global abren camino para trazar nuevas formas de ayurveda global, a partir de intercambios de conocimientos sobre la vida, local y globalizada. Esta escala comunitaria se encuentra fuera del filtrado que realizan los mercados farmacéuticos globales y locales, y ajenas de la publicidad de los mercados del exotismo.

Conclusiones

El ayurveda es un sistema médico basado en un complejo modelo sobre la vida, la salud, la enfermedad y sus correspondientes prácticas terapéuticas, que ha derivado de, a lo menos, 2000 años de experiencia médica documentada en la Península Índica. A pesar de las discontinuidades históricas y geográficas que ha transitado a lo largo de los siglos, se han conservado ideas y una aproximación fundamental que permiten hablar del ayurveda como un sistema médico. Desde las últimas décadas del siglo XX se ha expandido más allá de las fronteras del subcontinente indio, lo cual ha fomentado nuevas adaptaciones, e incluso reinterpretaciones, de acuerdo con los contextos y expectativas locales. Entre ellas se encuentra la representación del ayurveda como una medicina suave, exótica y asimilable a los estilos de vida de las sociedades de mercado. Asimismo, en el siglo XXI se identifican iniciativas de aplicación de los principios del ayurveda para interpretar y utilizar las plantas y hierbas medicinales locales. Los procesos de adaptación a las realidades locales se ven tensionados por las normativas sanitarias y farmacológicas de cada país, los sistemas de salud locales y los mercados farmacológicos locales y globales.

Los ejemplos revisados para países latinoamericanos confirman lo señalado por la literatura internacional. Las condicionantes locales que tienden a restringir al sistema médico ayurveda incluyen: 1) restricciones estructurales, geográficas y legales que impiden el uso de los insumos necesarios para la farmacopea propia de esta medicina; 2) restricciones específicas del sistema de salud que limitan por un lado el derecho a practicar con estatuto de medicina/médico y por otro la posibilidad de reconocer y regular compuestos ayurvédicas como medicamento; 3) las representaciones occidentales que identifican lo indio con ideales de exotismo, espiritualidad y no violencia; y 4) el desarrollo de los mercados de *wellness* que buscan ofrecer alternativas a la biomedicina moderna pero igualmente efectivas y parciales; es decir, formas de bienestar que no atenten contra los fundamentos del estilo de vida occidental.

⁷ Estas fueron difundidas en las mesas de trabajo y conferencias del 5to Encuentro Latinoamericano de ayurveda (Elaa) realizado en 2021.
DOSSIER

En el modelo médico del ayurveda, la interpretación de los equilibrios y desbalances a nivel individual se aborda desde la interacción con las condiciones del entorno en que se desenvuelve la persona. El ayurveda es una ciencia enfocada a comprender dichas relaciones, y aplicarlas en beneficio de la salud y longevidad humana. Al traducir el ayurveda de acuerdo con las restricciones antes mencionadas, el complejo modelo de aproximación a la vida se va reduciendo y reinterpretando. Por ende, el hecho que las terapias ayurvédicas se ofrezcan reducidas en intensidad o magnitud responde mayoritariamente a una combinación de restricciones globales y locales, más que a factores intrínsecos a la flexibilidad del ayurveda.

La aproximación terapéutica a través de la dieta alimenticia es efectivamente una de las intervenciones fundamentales de la terapéutica ayurveda, basada en las interacciones de los sabores primarios y los sabores post-digestivos con las cualidades de un determinado proceso mórbido. No obstante, en el ayurveda las indicaciones de régimen alimenticio se integran dentro de terapéuticas más complejas de relaciones entre el micro y macrocosmos, que abordan el estilo de vida/trabajo, el estado de salud general, la región y clima donde habita cada persona, así como las condiciones en que se ingieren los alimentos, y las condiciones de crianza y producción de los mismos. En consecuencia, cuando la dietética es simplificada y estandarizada en regímenes enfocados en el consumo y restricción de ciertos alimentos para ciertas constituciones psicosomáticas (*doshas*), se corre el riesgo de omitir criterios fundamentales de la terapéutica ayurvédica.

Por último, desde una perspectiva de salud pública, el crecimiento exponencial de la oferta y demanda de terapias vinculadas al ayurveda hace necesario tener mayor claridad respecto de los alcances de esta medicina, tanto para su integración como para su regulación. A pesar de no encontrarse oficialmente reconocidos por la autoridad sanitaria, los vínculos Sur-Sur del ayurveda se despliegan en diversas escalas. Estas incluyen los mercados farmacéuticos/de suplementos alimenticios, los programas de formación y terapia ayurvédica con formación internacional, e iniciativas comunitarias de colaboración para la salud colectiva. Si las personas están recurriendo a terapias diversas es porque de alguna forma les hacen sentido. No obstante, las formas en que el ayurveda hace sentido en Latinoamérica son muy diversas y aún escasamente estudiadas. En esta diversidad de formas, por ejemplo, la comprensión de la dieta como parte del curso y estilo de vida tiene el potencial de fomentar el autocuidado, la prevención y manejo de dolencias, de formas más complejas que el consumo de cápsulas de bienestar en mercados de *wellness*.

Referencias

- Baer, H. (1989). The American dominative medical system as a reflection of social relations in the larger society. *Social Sciences and Medicine*, 28(11), 1103-1112.
- Basham, A. L. (1976). The practice of medicine in ancient and medieval India. En C. Leslie (ed.), *Asian medical systems: A comparative study* (pp. 18 - 43). University of California Press.
- Bode, M. (2008). Indian medicine, authenticity and identity: The construction of an Indian modernity. En *Taking traditional knowledge to the market. The modern image of the Ayurvedic and Unani industry, 1980-2000* (pp. 173-196). Orient Longman.
- Broom, A.; Doron, A.; Tovey, P. (2009). The inequalities of medical pluralism: Hierarchies of health, the politics of tradition and the economies of care in Indian oncology. *Social Science & Medicine*, 69, 698-706.

- Chopra, A. S. (2003). Ayurveda. En H. Selin, (ed). *Medicine across cultures. History and practice of medicine in non-Western culture* (pp. 75-84). Kluwer Academic Publishers.
- Chopra, A. S. (2005). Global ayurveda. An Ayurvedic clinic in Germany. *Curare*, 28(1), 39-42.
- Chopra, A. S. & Quack, J. (2011). Asymmetrical translations of biomedicine in India: The cases of contemporary ayurveda and psychiatry. *Vienesse Ethnomedicine Newsletter*, 13(2-3), 13-24.
- Elaa - 5º Encuentro Latinoamericano de Ayurveda (2021). https://www.even3.com.br/elaas_2021-171908/
- Frank, R. & Stollberg, G. (2004). Conceptualizing hybridization: On the diffusion of Asian medical knowledge to Germany. *International Sociology*, 19(1), 71-88.
- Freidin, B. & Ballesteros, M. S. (2012). La difusión transnacional de medicinas alternativas: la presencia del ayurveda en la prensa argentina. *Papeles de Trabajo*, 6(10), 128-159.
- Freidin, B. & Ballesteros, M. S. (2015). Choosing ayurveda as a healthcare practice in Argentina. *Current Sociology*, 63(5), 669-684. <https://doi.org/10.1177/0011392115590077>
- Gelerstein Moreyra, J. (2022). "Resolver el malestar de raíz": prácticas y representaciones terapéuticas de usuarias de plantas medicinales. *Cuadernos Médico Sociales* 2021, 61(3), 101-112. <https://doi.org/10.56116/cms.v61.n3.s1.2021.90>
- Gopinath, B. G. (2001). Foundational ideas of ayurveda. En B. V. Subbarayappa (ed.) *Medicine and life science in India* (pp. 59-107). Munshiram Manoharlal Publ.
- Halliburton, M. (2005). "Just some spirits": The erosion of spirit possession and the rise of "tension". *South India, Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, (24)2, 111-144. <http://dx.doi.org/10.1080/01459740590933849>
- Halliburton, M. (2011). Resistance or inaction? Protecting Ayurvedic medical knowledge and problems of agency. *American Anthropologist*, 38(1), 86-101.
- Humes, C. A. (2008). Maharishi Ayur-Veda. Perfect health through enlightened Marketing in America. En D. Wujastyk, & F. M. Smith (eds.), *Modern and global ayurveda. Pluralism and paradigms* (pp. 309-331). State University of New York.
- Jeannotat, F. (2008). Maharishi Ayur-Veda. A Controversial model of global ayurveda. En D. Wujastyk, & F. M. Smith (eds.), *Modern and global ayurveda. Pluralism and paradigms* (pp. 285-307). State University of New York.
- Junge, P. (2012). Medicina ayurveda en India contemporánea: Conservando la identidad en un mundo transcultural. *Scripta Ethnologica*, 34, 69-88.
- Junge, P. (2021). "Flower Power". La terapia de flores de Bach como práctica política en salud. *Revista Chilena de Antropología*, 43, 167-186. <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64438>.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12, 85-93.
- Kumar, S. (2014). The concept of diet in ayurveda and its Implications for the modern world. En S. Rastogi (ed.) *Ayurvedic science of food and nutrition*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9628-1_3
- Langford, J. (2002). *Fluent bodies. Ayurvedic remedies for postcolonial imbalance*. Duke University Press.
- Leslie, C. (ed.) (1976). *Asian medical systems: A comparative study*. University of California Press.
- Leslie, C. (1980). Medical pluralism in the world perspective. *Social Science and Medicine*, 148, 191-195.
- Leslie, C. (1992). Interpretations of illness: Syncretism in modern ayurveda. En C. Leslie & A. Young DOSSIER

- (eds.), *Paths to Asian medical knowledge* (pp. 177-208). University of California Press.
- Martínez-Hernández, A. (2008). *Antropología médica: Teorías de la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos.
- Manohar, R. (2005). Ayurveda as knowledge system. En K. Kapoor & A. K. Singh (eds.), *Indian knowledge systems Vol. 1* (pp. 156-171). Shimla and D.K. Printworld.
- Menéndez, A. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Meulenberg, G. (1995). The many faces of ayurveda. *Journal of the European Ayurvedic Society*, 4, 1-10.
- Moreno Leguizamón, C. (2006). Salud-enfermedad y cuerpo-mente en la medicina ayurvédica de la India y en la biomedicina contemporánea. *Antípodas*, 3, 91-121.
- Nair, H. K. (2014). A healing practice in Kerala. En H. Naraindas, J. Quack & W. Sax (eds.), *Asymmetrical conversations: Contestations, circumventions, and the blurring of therapeutic boundaries* (pp. 200-236). Berghahn Books.
- Naraindas, H. (2006). Of spineless babies and folic acid: Evidence and efficacy in biomedicine and Ayurvedic medicine. *Social Science and Medicine*, 62, 2658-2669.
- Naraindas, H. (2014). My vaidya and my gynecologist: Agency, authority, and risk in quest of a child. En H. Naraindas, J. Quack & W. Sax (eds.), *Asymmetrical conversations: Contestations, circumventions, and the blurring of therapeutic boundaries* (pp. 118-161). Berghahn Books.
- Nogales-Gaete, J. (2004). Medicina alternativa y complementaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42(4), 243-250.
- Panikkar, K. N. (1992). Indigenous medicine and cultural hegemony: A study of the revitalization movement in Kerala. *Studies in History*, 8(2), 283-308.
- Pordié, L. (2015). Hangover free! The social and material trajectories of PartySmart. *Anthropology and Medicine*, 22(1), 34-48.
- Pordié, L. & Gaudillière, J. P. (2014). Introduction: Industrial ayurveda. Drug discovery, reformulation and the market. *Asian Medicine*, 9, 1-11.
- Porter, R. (2004). *Brief history of medicine*. Taurus.
- Rao, R. (2018). Ayurveda and the science of aging. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 9, 225-232.
- Reddy, S. (2002). Asian medicine in America: The Ayurvedic case. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 583, 97-121.
- Scribano, A. & de Sena, A. (2009). Las segundas partes sí pueden ser mejores: Algunas reflexiones sobre el uso de datos secundarios en la investigación cualitativa. *Sociologías*, 11(22), 100-118.
- Sujatha, L. A. (2009). Medicine, state and society. *Economic & Political Weekly*. Vol. XLIV(16), 35- 43.
- Svoboda, R. (1995a). Theory and practice of Ayurvedic medicine. En J. van Alphen & A. Aris (eds.), *Oriental medicine: An illustrated guide to the Asian arts of healing* (pp 67-97). Serindia Publications
- Svoboda, R. (1995b). *Ayurveda: Medicina milenaria de la India*. Ediciones Urano.
- Svoboda R. (2008). The Ayurvedic diaspora: A personal account. En D. Wujastyk & F. M. Smith (eds.). *Modern and global ayurveda: Pluralism and paradigms* (pp. 117-128). State University of New York Press.
- Varier, N.V. K. (2005). *History of ayurveda*. Arya Vaidya Sala.

- Wujastyk, D. (2000). The combination of tastes and humours in classical Indian medicine and mathematics. *Journal of Indian Philosophy*, 28, 479–495.
- Wujastyk, D. & F. M. Smith (2008). Introduction. En D. Wujastyk & F. M. Smith (eds). *Modern and global ayurveda: Pluralism and aaradigms* (pp. 1-28). State University of New York Press.
- Zimmermann, F. (1978). From classic texts to learned practices: Methodological remarks on the study of Indian medicine. *Social Sciences and Medicine*, 12. pp. 97- 103.
- Zimmermann, F. (1988). *The jungle and the aroma of meat. An ecological theme in Hindu medicine*. University of California Press.
- Zimmermann, F. (1992). Gentle purge: The flower power of Ayurveda. En C. Leslie & A. Young (eds.), *Paths to Asian Medical Knowledge* (pp. 209-223). University of California Press.
- Zysk, K. G. (2001). New Age ayurveda or what happens to Indian medicine when it comes to America. *Traditional South Asian Medicine*, 6(6), 10- 26.Oliveira, M., & Traba, A. (2019). Amarte: pensar el amor en el siglo XXI. Libros de la Catarata.