



DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN DE PROCESOS SOCIALES

La Oftalmología en Torreón.

Análisis desde la teoría de los campos de Pierre Bourdieu.

Torreón, Coahuila.

Septiembre 2024

Laura Elizabeth Vargas Rodríguez

Directora de tesis: Dra. Laura Orellana Trinidad

Agradecimientos:

Agradezco profundamente a mi directora de tesis, la Dra. Laura Orellana Trinidad, por su acompañamiento en estos años, por compartir conmigo su amplio conocimiento y su paciencia. Ha sido una inestimable guía para mi formación académica.

A mis profesores, a mis compañeros de doctorado, a mis amigos por caminar a mi lado, por su atenta escucha y sabias palabras siempre que lo necesité.

A mi familia, Oscar, Ana Lucía y Héctor por todo su amor.

A mi mamá, María del Carmen, el pilar de mi vida.

A Dios, por la vida.

Contenido

Capítulo I: Introducción y metodología.	1
1.1. Introducción.	1
1.2. Perspectiva teórica e interrogantes.	3
1.3. Aportaciones de este trabajo.	5
1.4. Estructura de la tesis.	6
1.5. Metodología de la investigación.	9
1.6. Paradigma de investigación.	11
1.7. Autorreflexión de mi lugar de observación para la investigación.	12
1.7.1. Reconocimiento de mi posición personal: explorando mi doble rol e identificando sesgos.	12
1.7.2. Reflexión sobre la influencia en la recolección de datos: acceso, confianza y posible parcialidad en las entrevistas.	13
1.7.3. Análisis de la interpretación de datos: ruptura epistemológica y balance entre proximidad y distancia.	14
1.7.4. Impacto de la reflexión en los hallazgos: revisión de las conclusiones e implicaciones éticas.	16
1.7.5. Aprendizaje y transformación personal.	17
1.7.6. Compromiso con la Reflexión Continua.	18
1.8. Preguntas y objetivos de investigación.	19
1.9. Enfoque metodológico.	20
1.10. Técnicas utilizadas.	22
1.10.1. Entrevista.	22
1.10.2. Análisis del discurso mediático de la Oftalmología a través de la prensa	25
1.10.3. Observación participante.	26
1.10.4. Análisis documental. Actas del Colegio Coahuilense de Oftalmología (CCO).	28
1.11. Análisis de los datos.	29
1.12. Matriz temática.	31
Capítulo II: Estado del arte y marco teórico.	34
2.1. Un poco de historia sobre la Oftalmología.	34
2.2. Un acercamiento al pensamiento de Pierre Bourdieu.	39
2.3. Conceptos clave: Campo, Habitus, Capital Cultural, Violencia Simbólica.	43
2.3.1. Campo.	43
2.3.2. Habitus	48
2.3.3. El concepto de capital cultural.	54

2.3.4. Violencia simbólica.....	58
Capítulo III: Historia y desarrollo de la Oftalmología en Torreón como campo.....	61
3.1. La ciudad de Torreón y su contexto.	61
3.2. Los primeros oftalmólogos en Torreón.	64
3.3. Institucionalización y mercantilización de la Oftalmología en Torreón.	73
3.4. Tratado de Libre Comercio y crecimiento de la Oftalmología en Torreón.	91
3.5. Las sociedades de oftalmólogos en Torreón.....	93
Capítulo IV: Bases del capital y estructuración del campo oftalmológico en Torreón.....	101
4.1. La forma en cómo los oftalmólogos en Torreón han construido su capital.	101
4.2. Estudios como forma de distinción y de prestigio.	102
4.3. Jerarquización del conocimiento médico.	103
4.4. Capital académico y visibilidad en la prensa.....	105
4.5. Jerarquías hospitalarias en México.	108
4.6. Hospitales privados vs hospitales públicos.....	112
4.7. Incorporación de nuevos agentes al campo de la Oftalmología en Torreón.	115
Capítulo V: Formas de capital y estrategias de preservación del estatus en la Oftalmología de Torreón.....	125
5.1. Educación continua y preservación de posiciones.....	125
5.2. Capital económico del Colegio Coahuilense de Oftalmología.	136
5.3. Normativas profesionales.	140
5.4. Publicaciones científicas como capital.....	145
5.5. Publicaciones de opinión y prestigio social.	148
5.6. Capital en el ejercicio profesional.....	151
5.7. Capital heredado y sucesión familiar.	158
5.8. Ejemplos de herencia de capital en familias oftalmológicas.....	160
5.8.1. Familia De Alba.....	160
5.8.2. Familia Gallegos.....	166
Capítulo VI: Competencia, distinción y marco legal en la Oftalmología de Torreón.....	176
6.1. Centralización de recursos de salud.	176
6.2. Equidad de género en la Oftalmología.	179
6.3. Competencia y distinción en salud visual.....	187
6.4. Leyes estatales y su impacto en los oftalmólogos.....	198
Capítulo VII: Análisis Final: Habitus y conclusiones.	208
7.1. Análisis del Habitus en la Oftalmología de Torreón.....	208
7.2. Conclusiones generales.	215
7.3 Implicaciones, recomendaciones del trabajo.....	221

Anexo 1. Matriz temática.....	223
Anexo 2. Primeros oftalmólogos en Torreón.	232
Anexo 3. Médicos fundadores de la Sociedad de Oftalmología de Torreón.....	235
Anexo 4. Mesas directivas del CCO.....	236
Anexo 5. Oftalmólogos afiliados al Consejo Mexicano de Oftalmología (2020)	239
Referencias bibliográficas:	241
Referencias hemerográficas:.....	249
Referencias documentales:	255
índice de figuras.....	257
índice de tablas.	259

Capítulo I: Introducción y metodología.

1.1. Introducción.

En todo el mundo, por lo menos 2.200 millones de personas padecen deficiencia visual, y de ellas, por lo menos 1.000 millones tienen una deficiencia visual que podría haberse evitado o que aún no se ha tratado (Salud O. M., 2020). Actualmente existen esfuerzos multidisciplinarios que se están haciendo para la disminución de estas cifras a nivel mundial, entre otras, la educación a diferentes niveles para la prevención de enfermedades que pueden conducir a la ceguera, el desarrollo de infraestructura, de tecnología y de investigación con los mismos fines.

La especialidad médica que atiende estos problemas de visión es la Oftalmología (del griego ὀφθαλμός *ophthalmós* 'ojo' y *-logía*, estudio o tratado). La autonomía de la Oftalmología en México fue el resultado de un complejo proceso de definición de su campo de conocimiento, surgido de intensas luchas por obtener dominio sobre parcelas cada vez más específicas del cuerpo humano. Estas batallas no siguieron una trayectoria suave ni una narrativa lineal protagonizada por médicos excepcionales y sus descubrimientos, sino que fueron el resultado de una serie de enfrentamientos simbólicos por alcanzar la hegemonía en una jerarquía, así como por obtener reconocimiento y legitimidad social.

Es importante destacar que este proceso no fue uniforme para todas las especialidades médicas. Mientras la Oftalmología se erige como una especialidad de élite en México, otras no gozan de la misma distinción y reconocimiento. En las siguientes líneas, exploraré un ejemplo.

En nuestro país, para ser médico especialista, se requiere estudiar la carrera de medicina, realizar el internado y el servicio social, y al finalizar este último, aplicar para el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM) en donde el aspirante obtiene un puntaje determinado de acuerdo con el número de respuestas acertadas. En este sentido, la especialidad de Oftalmología requiere que el candidato obtenga un puntaje alto, por lo que es considerada una de las de mayor prestigio. En el XLIV ENARM del año 2020 los puntajes máximos y mínimos para ingresar a estudiar Oftalmología fueron entre 79.556 y 69.778, sólo por debajo de cirugía general, medicina interna y neumología, a diferencia de otras especialidades donde se requieren puntajes bajos como el caso de medicina familiar (entre 73.111 y 21.333) (Salud C. C., 2020). Los puntajes se basan en una calificación máxima de 100, con precisión de milésimas, lo que puede hacer la diferencia entre ser aceptado o no para una especialidad.

...el sistema de selección se asegura de que *sólo los más brillantes y esforzados* puedan acceder, confirmando que estamos frente a un subcampo de élite. Se trata de actos de consagración iniciática de los que logran aprobar, que están destinados a culminar el entrenamiento y certificarse como especialistas (Castro R., 2019).

Una vez aprobado el ENARM los médicos deben optar por alguna de las opciones de sede (públicas o privadas) que el Sistema de Salud ofrece para cursar la especialidad que eligieron y que son obligatorios. Después de estos años, los médicos pueden realizar un año más, o dos, de estudios de alta especialidad o de subespecialidad, en la rama de la Oftalmología. Pueden ser en retina, glaucoma, segmento anterior, uveítis, visión baja, estrabismo, oculoplástica, etc. Estos últimos años de estudios no son obligatorios, sin embargo, le permite al médico obtener mayor reconocimiento y prestigio en su labor profesional.

Como vemos, dentro del subcampo de los oftalmólogos, en la parte más alta de la pirámide están los subespecialistas, seguidos de los oftalmólogos generales, y aún más abajo, los residentes o estudiantes de la especialidad (que de acuerdo con el año que

están cursando se identifican como R1, R2 y R3, etc.), esto en todas las instituciones de salud del país.

El ejercicio de la Oftalmología presenta características comunes en todo el territorio nacional; sin embargo, es probable que el contexto histórico-social haya conferido rasgos particulares en esta región específica. La ausencia de estudios comparativos en otras áreas geográficas dificulta las comparaciones directas. No obstante, esta situación puede servir como estímulo para fomentar investigaciones que exploren estas particularidades a la luz de teorías sociales pertinentes.

Por otra parte, este estudio también propone un rompimiento de los discursos dominantes. No hay un “desarrollo” ni “evolución” de médicos extraordinarios y descubrimientos tecnológicos para atender los problemas de los ojos, sino más bien, hay una historia de luchas por la autonomía de un campo, en el que los agentes que lo componen, o los que logran insertarse en él, ponen límites a los que están afuera para entrar y dentro ponen reglas del juego para obtener capitales. Es decir, no hay una “pureza” en el devenir de la Oftalmología. Lo que existe son luchas por capitales, por hegemonía, por lograr la autonomía frente a otros, frente a aquello que no se es.

A continuación, presentaré las preguntas que orientaron el desarrollo de la investigación, proporcionando un marco sólido para entender y analizar la Oftalmología en Torreón desde la teoría de los campos de Pierre Bourdieu.

1.2. Perspectiva teórica e interrogantes.

Para esta investigación, he adoptado la perspectiva teórica de Pierre Bourdieu y su Teoría de los campos para explorar el desarrollo y la autonomía del campo de la

Oftalmología en Torreón a lo largo del tiempo. Esta teoría proporciona un marco útil para entender cómo se han delimitado los contornos de esta especialidad médica, las luchas simbólicas dentro del campo, la influencia de diferentes formas de capital y las normativas estatales que regulan la práctica oftalmológica.

Las preguntas que consideré para guiar mi investigación fueron:

Pregunta principal:

¿De qué manera las distintas formas de capital y las luchas simbólicas han configurado el campo de la Oftalmología en Torreón, según la teoría de los campos de Pierre Bourdieu, y cómo estas estructuras determinan la legitimación del poder, la regulación estatal, y el habitus de los oftalmólogos en la región?

Preguntas subsidiarias:

¿Cómo se han delimitado históricamente los contornos del campo de la Oftalmología en Torreón para alcanzar su autonomía dentro del campo médico más amplio?

¿Qué tipos de luchas simbólicas han emergido entre los oftalmólogos en Torreón, y cómo han influido en la estructura jerárquica del campo?

¿De qué manera han influido las diferentes formas de capital (económico, cultural, social y simbólico) en la construcción y preservación del poder dentro del campo oftalmológico en Torreón?

¿Cómo han impactado las normativas y reglamentos establecidos por el Estado en la regulación de la práctica oftalmológica en Torreón?

¿Qué tipo de disposiciones y habitus se desarrollan en los oftalmólogos de Torreón, y cómo estos elementos influyen en sus prácticas profesionales y en sus posiciones dentro de la jerarquía médica?

¿Cómo legitiman los oftalmólogos sus posiciones dentro del campo en Torreón, y cuáles son las estrategias más efectivas para ejercer y mantener el poder en este contexto?

Esta investigación se centra en desentrañar cómo la Teoría de los campos de Bourdieu puede iluminar los procesos históricos y sociales que han dado forma al campo oftalmológico en Torreón, examinando las dinámicas de poder, las estrategias de legitimación y la influencia de los agentes involucrados en este campo especializado de la medicina.

El objetivo principal de este estudio es analizar cómo se construyen, preservan y legitiman las dinámicas de poder y las formas de capital en el campo de la Oftalmología en Torreón desde la perspectiva de la teoría de los campos de Pierre Bourdieu, y cómo estas estructuras afectan la práctica profesional, la jerarquización interna y la autonomía del campo oftalmológico en la región.

1.3. Aportaciones de este trabajo.

La integración de conceptos sociológicos en el análisis de una especialidad médica no solo enriquece la comprensión académica, sino que también puede animar a otros investigadores a adoptar enfoques interdisciplinarios en sus propios campos de estudio. Por otra parte, definir y analizar los límites de la Oftalmología como especialidad médica en una región específica, como Torreón, Coahuila, puede establecer un precedente para estudios similares en otras áreas geográficas y especialidades médicas que arrojen luz sobre las luchas simbólicas internas, el desarrollo de capital profesional y las normativas que moldean la construcción del campo.

Esta investigación está dirigida a académicos, profesionales de la salud, estudiantes y cualquier persona interesada en comprender los procesos sociales y culturales que

influyen en la práctica de la Oftalmología en contextos urbanos específicos, como es el caso de Torreón.

Este trabajo desarrollado a partir de la teoría de los campos de Bourdieu aporta una perspectiva innovadora al campo de la Oftalmología, introduciendo conceptos que hasta ahora no han sido explorados en el ámbito hispanohablante. Mientras que gran parte de la literatura existente se centra en la historia lineal de médicos prominentes y en la tecnología emergente en la profesión, este estudio destaca por su enfoque crítico y dinámico que revela las luchas simbólicas dentro del campo oftalmológico, donde los actores compiten por diversos tipos de capital. Esta visión no es tradicional; más bien, ofrece una mirada crítica que examina cómo se construyen y mantienen las posiciones dentro del ámbito profesional.

Es crucial destacar que estas dinámicas no son exclusivas de la Oftalmología, sino que se aplican a todos los campos profesionales. Observar estos hechos desde una perspectiva crítica implica adoptar categorías analíticas que permiten comprender mejor las complejidades del proceso de legitimación y poder en cualquier disciplina.

1.4. Estructura de la tesis.

El documento está compuesto de VII capítulos. En el capítulo I, se presenta el contexto general de la investigación y los antecedentes del estudio. Contiene una autorreflexión de mi lugar de observación dentro del campo oftalmológico y cómo mi perspectiva influye en el análisis. Presenta las preguntas de investigación y los objetivos generales y específicos del estudio. Detalla el enfoque y la metodología utilizados para llevar a cabo el estudio. Esto incluye una descripción detallada de cómo se recopilaron los datos. Se explica cómo se analizaron los datos recolectados, destacando el uso de estrategias para validar resultados y, finalmente, presenta la matriz temática utilizada para organizar y analizar los datos cualitativos.

En el capítulo II, se exploró el estado del arte de la Oftalmología, proporcionando una narración lineal de eventos históricos y personajes relevantes en el campo, a falta de artículos académicos con perspectiva crítica. Debido a ello, la narración de este capítulo careció de una perspectiva sociológica y se centró en los textos que hacen énfasis en los hallazgos, hechos, usos y costumbres (Lozano-Alcàzar, 2016) (Neri-Vela, 2013) (Graue Díaz-Gonzalez, 1973) pero sin una perspectiva crítica. Estos estudios no abordan el contexto social como un campo, con características propias y con un capital cultural único.

Se introduce al lector a los conceptos desarrollados por Bourdieu para analizar los campos y que se utilizaron para abordar el objeto de estudio de este trabajo. Se tocaron conceptos como campo, habitus, capital y luchas simbólicas.

El capítulo III, comienza con una visión histórica de la ciudad de Torreón, y luego se enfoca en el establecimiento de los primeros oftalmólogos en la región. Se presenta un contexto histórico-social para entender los procesos y las luchas simbólicas concretas mediante las cuales la Oftalmología fue constituyéndose como campo autónomo en la ciudad de Torreón, Coahuila. Exploré su integración en instituciones médicas, la paulatina mercantilización de su actividad profesional y cómo éstos se vieron afectados por el Tratado de Libre Comercio. También examino cómo se ha dado el crecimiento de grupos médicos en la región y la formación de nuevos oftalmólogos.

En el capítulo IV de mi investigación, me sumerjo a explorar la intrincada relación entre los oftalmólogos y el contexto social, económico y político que los rodea. En estas secciones, analizo de qué manera estos factores ejercen una notable influencia en la formación y desarrollo del campo oftalmológico en Torreón. Además, examino las complejas dinámicas de poder y competencia que emergen entre los diferentes actores involucrados, destacando cómo la autonomía del campo oftalmológico se construye y se negocia en relación con estas fuerzas sociales. Analizo el papel que diferentes tipos de

capital académico y las jerarquías juegan en las dinámicas de poder de los actores dentro del campo.

En el capítulo V se explora cómo la educación continua y las publicaciones se utilizan como una estrategia para mantener el estatus dentro del campo. Discute las normativas establecidas para regular la práctica profesional. Presenta dos ejemplos de herencia de capital en familias dedicadas a la Oftalmología, explorando cómo se hereda este tipo de capital y cómo afecta la estructura del campo.

En el capítulo VI exploro la centralización de los recursos de salud en Torreón, analizo las barreras que enfrentan las mujeres en el campo oftalmológico y las luchas por la equidad de género, las estrategias competitivas y de distinción empleadas por los oftalmólogos en el ámbito de la salud visual en Torreón, y por último, de qué forma el Estado ha intervenido en las luchas de los diversos actores y su impacto en la práctica oftalmológica y cómo los oftalmólogos atienden estas regulaciones para mantener o mejorar su posición en el campo.

En el capítulo VII, analizo cómo el habitus de los oftalmólogos, es decir, sus disposiciones internalizadas y formas de pensar y actuar, se entrelaza con los factores externos para influir en la formación y desarrollo del campo oftalmológico en esta ciudad.

Esta visión sociológica revela las interconexiones entre la práctica médica y el entorno sociocultural en Torreón. Al considerar el habitus de los oftalmólogos, se puede comprender mejor cómo sus experiencias, valores y perspectivas influyen en su manera de ejercer la medicina y en sus interacciones con otros actores del campo oftalmológico. Asimismo, al explorar la autonomía del campo oftalmológico, se pueden identificar las tensiones y negociaciones que surgen entre los oftalmólogos y otras instituciones y

agentes, evidenciando la complejidad de las relaciones de poder en el ámbito de la salud visual. Este enfoque integral va más allá de la mera práctica clínica, destacando la importancia de comprender y abordar las influencias externas que moldean la realidad oftalmológica en Torreón.

En el capítulo VII, este trabajo culminó con una síntesis del análisis que se realizó a lo largo de los diversos capítulos en el que se exponen los objetivos alcanzados. Sin embargo, es fundamental reconocer las limitaciones inherentes a este estudio, tales como la posible falta de representatividad de la diversidad de perspectivas y experiencias en el ámbito oftalmológico de Torreón. A pesar de estas limitaciones, considero que este trabajo proporciona una base valiosa para futuras investigaciones y reflexiones en este campo interdisciplinario.

La siguiente sección proporciona una guía detallada sobre cómo se llevó a cabo el estudio, lo que permite a los lectores comprender la validez y la fiabilidad de los resultados obtenidos.

1.5. Metodología de la investigación.

En esta sección se detalla el enfoque y los métodos utilizados para llevar a cabo el estudio, así como las estrategias para seleccionar las técnicas de recopilación, fuentes de información y el análisis de datos cualitativos. Lo que incluye una descripción detallada de cómo se recopilaron los datos.

En el ámbito de las Ciencias Sociales, el enfoque cualitativo de investigación ha demostrado ser fundamental para la comprensión profunda y contextualizada de fenómenos complejos como lo es el análisis sobre la configuración de la Oftalmología

como un campo desde la perspectiva de Bourdieu. Es por ello la elección del enfoque cualitativo para esta investigación.

Una de las principales fortalezas de la investigación cualitativa radica en su capacidad para proporcionar una comprensión profunda de los contextos sociales lo que resulta esencial para investigaciones que buscan comprender fenómenos complejos y multifacéticos (Hernández Sampieri, 2014).

El enfoque cualitativo también es conocido por su flexibilidad y adaptabilidad. A diferencia de los métodos cuantitativos, que suelen requerir un diseño de investigación rígido y estructurado, la investigación cualitativa permite modificaciones en el diseño a medida que avanza el estudio. Merriam (2009) sostiene que esta flexibilidad es crucial para responder a los cambios y descubrimientos que surgen durante la investigación, permitiendo al investigador ajustar su enfoque para explorar nuevas direcciones emergentes. Martínez (2006) resalta la capacidad de la investigación cualitativa para adaptarse a las realidades cambiantes y emergentes del campo de estudio.

La investigación cualitativa resulta fundamental en esta investigación porque permite explorar en profundidad las complejas dinámicas sociales, las disposiciones individuales y las estructuras de poder que subyacen en el campo de estudio. Proporciona herramientas para analizar las prácticas sociales y las percepciones individuales que son fundamentales para comprender el habitus, el campo y las formas de capital que Bourdieu identifica (Bourdieu, 2012). Grenfell señala que:

El valor de diferentes formas de capital y su transformación en capital simbólico sólo pueden entenderse a través de un análisis detallado del contexto social y las perspectivas de los agentes (Grenfell, 2014).

A continuación, hablaré sobre el paradigma de esta investigación.

1.6. Paradigma de investigación.

Esta investigación parte del paradigma crítico cuyo objetivo es analizar, comprender y cuestionar las estructuras de poder y las relaciones de dominación. El paradigma crítico sostiene que la realidad social es estructurada y condicionada por fuerzas materiales y relaciones de poder que, aunque son reales, pueden ser transformadas. Reconoce la existencia de estructuras sociales que configuran la vida cotidiana, pero también que estas estructuras son susceptibles de cambio.

Para Pierre Bourdieu, todo proceso de investigación requiere de una reflexión crítica. Esta se debe aplicar sobre todas las etapas del diseño de investigación y también sobre el propio rol del investigador social y su disciplina. El autor afirma que es necesario someter a una duda radical a la práctica científica, es decir, a la ciencia que se está haciendo ya que este es el único camino para llevar adelante una investigación eficiente (Rosa, Paula Cecilia 2009).

Las ciencias sociales, según Bourdieu, deben quebrar con el sentido común y los discursos dominantes. Para lograrlo es fundamental una ruptura epistemológica; (...) las rupturas epistemológicas son a menudo rupturas sociales, rupturas con las creencias fundamentales de un grupo, y a veces, con las creencias básicas del gremio de los profesionales, con el acervo de certidumbres compartidas (...)” (Bourdieu et al, 1995, p.180). La propuesta es cuestionarse las nociones compartidas y aceptadas por un grupo de pertenencia. Se busca repensar los propios términos con los cuales uno enuncia y por medio de los cuales comprende el mundo social. De este modo, se puede lograr un extrañamiento y así dudar de los que damos por sabido (Rosa, Paula Cecilia 2009).

En la siguiente sección trataré de hacer una reflexión sobre mi posición de investigadora y cómo mis experiencias pueden influir en el análisis.

1.7. Autorreflexión de mi lugar de observación para la investigación.

1.7.1. Reconocimiento de mi posición personal: explorando mi doble rol e identificando sesgos.

Algunos días de la semana, ejerzo como oftalmóloga, una faceta que resultó relevante para esta investigación debido a su enfoque en la configuración de la Oftalmología desde una perspectiva bourdiana en mi entorno local, en la ciudad de Torreón. Mi inmersión en la Oftalmología ofreció ventajas significativas: estoy dentro del campo de estudio a diario, poseo un entendimiento sólido de los aspectos clínicos y profesionales de la especialidad, y disfruto del reconocimiento y la conexión con mis colegas locales. Este acceso privilegiado al entorno de la medicina, a menudo hermético, me permitió una exploración más detallada de los aspectos sociales y estructurales del campo y me facilitó la obtención de datos y documentos que serían inaccesibles para un investigador externo, como las actas de la asociación de oftalmólogos a la que pertenezco. Esta cercanía también planteó desafíos ya que es posible que, por mi posición en el campo, tuve la tendencia a valorar más la información que respaldaba mis conocimientos y experiencias previas, minimizando o ignorando nuevas evidencias, o pude perder de vista contextos más amplios o interrelaciones con otros campos. Entonces, aunque mi doble rol como oftalmóloga e investigadora me brindó un acceso único y una comprensión profunda del campo, es crucial ser consciente de como esto pudo limitar el mantener una distancia crítica. Reflexionando sobre los sesgos que surgieron de mi pertenencia a un campo específico, me doy cuenta de cuán valiosa resultó esta autoconciencia crítica para mejorar la calidad de mi investigación y asegurar una interpretación más objetiva y matizada de los datos.

Uno de los sesgos que pude experimentar es la sobrevaloración de prácticas o normativas internas. A lo largo de mi formación y carrera, he internalizado ciertas prácticas y normativas que pudieron llevarme a valorarlas más que otras que no forman parte de mi bagaje profesional. Esto pudo haber afectado mi forma de evaluar metodologías, teorías o enfoques que no se ajustan al marco normativo que acepté

previamente. Es fundamental no caer en el esencialismo, uno de los riesgos de sesgo que menciona Bourdieu. Reconozco que los actores y sus prácticas son diversos y complejos, las relaciones de poder son cambiantes de acuerdo con la movilidad social, a los capitales en juego y las dinámicas dentro del campo. Otro sesgo posible fue la interpretación de datos basada en jerarquías profesionales. Mi identidad profesional y experiencia en el campo pudieron influir en cómo interpreto los datos relacionados con jerarquías y competencias. Es posible que haya tenido una inclinación a valorar las perspectivas de agentes con mayor jerarquía y a minimizar las de aquellos en posiciones menos prominentes, lo que quizá pudo sesgar mi interpretación de fenómenos sociales y de la movilidad. También es posible que haya reproducido los valores sociales y profesionales inherentes a mi campo, lo cual afectaría la forma en cómo percibo y analizo la información. Esta tendencia a reproducir valores establecidos podría haber limitado mi capacidad de reconocer y cuestionar prácticas que, aunque normativas en mi campo, podrían no ser universales o las más adecuadas en contextos diversos. Además, mi formación podría haberme llevado a defender paradigmas establecidos que tal vez no sean los más adecuados para todas las situaciones. Esto puede dificultar la adopción de nuevas perspectivas o enfoques emergentes que desafíen el statu quo.

Para mitigar estos sesgos, intenté diversificar mis perspectivas, buscando opiniones y enfoques diferentes, incluyendo perspectivas de campos externos o de agentes con diferentes posiciones jerárquicas, y también acercándome a literatura de diversas fuentes y contextos. También busqué realizar una reflexión crítica continua, haciendo autoevaluaciones periódicas para identificar cómo mi identidad profesional y experiencias influían en mi análisis y toma de decisiones.

1.7.2. Reflexión sobre la influencia en la recolección de datos: acceso, confianza y posible parcialidad en las entrevistas.

Al reflexionar sobre cómo mi posición dentro de la comunidad oftalmológica ha influido en mi investigación, me doy cuenta de que ha tenido un impacto significativo en el acceso a ciertos datos y en la disposición de mis colegas para participar en

entrevistas. Sin embargo, también reconozco que esta misma cercanía podría haber inducido respuestas más reservadas en algunos casos o total hermetismo en otros, como en realidad sucedió. En mi propio caso, es probable que me haya encontrado en la postura de evitar detalles que considero delicados, que pudieran afectar las buenas relaciones profesionales o traer consecuencias negativas en mi entorno laboral.

La posible parcialidad en las entrevistas es un aspecto que merece una reflexión profunda. Mi cercanía con los entrevistados podría haber influido en la manera en que formulé las preguntas o interpreté las respuestas. Me pregunto si, en algún momento, evité profundizar en temas que podrían haber sido incómodos tanto para mí como para los participantes. Este tipo de evasión podría haber afectado la integridad de los datos recolectados, limitando la profundidad y la precisión de la información obtenida. Para abordar estas preocupaciones, intenté mantener un enfoque crítico y consciente durante el proceso de recolección y análisis de datos. Procuré formular preguntas de manera que minimicen cualquier sesgo que pudiera surgir de mi relación con los entrevistados y he reflexionado sobre cómo mi proximidad podría haber influido en la información que recibo. También he evaluado cómo el contexto en el que se realizaron las entrevistas podría haber afectado la apertura y la honestidad de las respuestas.

1.7.3. Análisis de la interpretación de datos: ruptura epistemológica y balance entre proximidad y distancia.

Al reflexionar sobre cómo apliqué la "ruptura epistemológica" defendida por Bourdieu en mi tesis, me doy cuenta de la importancia que tuvo el cuestionar mis propias suposiciones y perspectivas como oftalmóloga. Para abordar este desafío, tomé varios pasos conscientes con el fin de distanciarme de la "doxa" o sentido común que prevalece en mi campo profesional. Primero, me esforcé por identificar y cuestionar las creencias y prácticas que normalmente acepto sin duda en mi trabajo diario. Esto implicó una revisión crítica de los enfoques y metodologías que uso, cuestionando por qué considero ciertas prácticas como estándar y si existen alternativas válidas que podrían ofrecer nuevas perspectivas. Reflexionar sobre estos aspectos me ayudó a

reconocer las posibles limitaciones de mi marco de referencia habitual. Además, busqué activamente perspectivas externas al campo de la oftalmología. Consulté literatura y enfoques de otras disciplinas para obtener una visión más amplia y desafiar el sentido común del campo. Este ejercicio me permitió comparar las prácticas y teorías establecidas en oftalmología con las de otros campos y evaluar si algunas de mis suposiciones estaban influenciadas por normas o convenciones específicas a la Oftalmología.

Reconocer la necesidad de distanciarme de mis propias presunciones y de la doxa del campo ha sido un proceso continuo y desafiante. Sin embargo, este esfuerzo por aplicar la ruptura epistemológica ha sido crucial para ofrecer una visión más crítica y rigurosa en mi investigación. En mi tesis enfrenté el desafío de equilibrar la cercanía al objeto de estudio para una comprensión profunda con la distancia crítica necesaria para una evaluación objetiva. Creo que logré este equilibrio al sumergirme profundamente en la recolección de datos cualitativos, como entrevistas y observaciones, permitiéndome captar matices y perspectivas que enriquecen el análisis. Mi proximidad al objeto de estudio me permitió entender mejor las experiencias y puntos de vista de los participantes, lo cual ha sido fundamental para desarrollar una interpretación rica y matizada de los datos. No obstante, reconozco que en ciertos momentos pude haber fallado en mantener este equilibrio. En particular, mi cercanía al campo de estudio podría haber llevado a una interpretación sesgada o a una falta de distancia crítica. Por ejemplo, en algunos análisis, mi implicación emocional y conexión con los participantes podría haber influido en la forma en que interpreté sus respuestas, confirmando mis propias expectativas en lugar de cuestionarlas de manera rigurosa. Para abordar estas posibles limitaciones, implementé estrategias como la triangulación con el propósito de asegurar un equilibrio más efectivo.

1.7.4. Impacto de la reflexión en los hallazgos: revisión de las conclusiones e implicaciones éticas.

A lo largo del proceso investigativo, noté que mi cercanía al objeto de estudio ha tenido un impacto dual en mi interpretación. Por un lado, mi inmersión me permitió una comprensión detallada y matizada de las dinámicas y contextos en los que estoy trabajando, lo que ha enriquecido la interpretación de los datos. Pude captar sutilezas y contextos que, desde una distancia mayor, podrían haber sido pasados por alto. Sin embargo, ahora también he reflexionado sobre cómo esta proximidad podría haber llevado a suavizar ciertas críticas. En algunos casos, mi afinidad con el campo y los participantes podría haber influido en mi tendencia a interpretar los hallazgos de una manera que minimice las críticas o aspectos negativos. Mi deseo de mantener una relación positiva y colaborativa con los participantes podría haber afectado mi evaluación crítica de ciertas dinámicas, llevando a conclusiones que, aunque válidas, podrían no haber sido tan rigurosas como podrían haber sido. Por otro lado, en algunos aspectos, he sido consciente de ser más severa en mi evaluación. Mi implicación en el campo hizo que me preocupe por la precisión y la validez de mis conclusiones, llevándome a una evaluación rigurosa en áreas que considero clave. Esta autoexigencia fue un esfuerzo consciente para contrarrestar cualquier posible sesgo y asegurar que mis hallazgos sean lo más objetivos y completos posible. Dado que estoy profundamente inmersa en el entorno que estudio, he sido particularmente consciente de la necesidad de manejar la confidencialidad y el respeto por las opiniones y prácticas de mis colegas, especialmente considerando que mis hallazgos podrían tener repercusiones directas en su estatus o reputación.

En la presentación de mis hallazgos, procuré mantener un tono objetivo y respetuoso, evitando cualquier lenguaje que pueda afectar negativamente la reputación de los involucrados. Al abordar temas delicados, fui cuidadosa al contextualizar mis observaciones dentro del marco más amplio de la investigación, enfocándome en proporcionar una evaluación equilibrada y justa.

1.7.5. Aprendizaje y transformación personal.

A lo largo de este proceso de investigación, mi comprensión de la oftalmología y mi rol dentro de este campo profesional han cambiado de manera profunda y significativa. Antes de comenzar la tesis, mi visión de la oftalmología estaba centrada principalmente en la práctica clínica y en el conocimiento técnico adquirido a lo largo de mi formación. Sin embargo, al analizar la Oftalmología a través del prisma de la teoría de Bourdieu, he comenzado a ver el campo de la especialidad no solo como un espacio de práctica médica, sino como un campo social complejo, con sus propias dinámicas de poder, capital y lucha por el reconocimiento que afectan las prácticas y las decisiones dentro del campo. Mi comprensión del rol que ocupo dentro de este campo también ha evolucionado. Al examinar las estructuras de poder y las relaciones entre los actores, he llegado a entender mejor cómo mi posición y mis prácticas están influenciadas por estas dinámicas. Esta investigación me ha llevado a reflexionar sobre cómo mi propio capital y mi posicionamiento influyen en mi práctica clínica y en mi interacción con otros profesionales. Me he dado cuenta de que, como oftalmóloga, no solo participo en la práctica clínica, sino que también soy parte de una red más amplia de relaciones y negociaciones que impactan en la forma en que se ejerce y se valora mi trabajo.

Además, he adquirido una mayor apreciación por la complejidad de las experiencias y las percepciones de los distintos actores dentro del campo. Esto ha enriquecido mi enfoque haciéndome más consciente de la importancia de considerar otras dimensiones sociales y culturales en mi práctica profesional. A lo largo de esta investigación, experimenté una notable evolución en mi pensamiento crítico respecto a las dinámicas de poder, capital y habitus en mi entorno. He llegado a ver con nuevos ojos cómo el poder y el capital se distribuyen y se negocian en los diversos ámbitos sociales y la manera en que se construyen las identidades profesionales. Por ejemplo, he observado cómo el capital simbólico de ciertos agentes puede influir en la aceptación y difusión de sus ideas, pensamientos o en la autoridad que se les concede en un campo específico. He comenzado a cuestionar cómo mis creencias y comportamientos están moldeados por las estructuras sociales y las relaciones de poder. He adquirido una nueva

perspectiva sobre aspectos de la vida que antes no consideraba y he generado una serie de preguntas y reflexiones que, sin duda, seguirán guiando mi pensamiento en el futuro.

1.7.6. Compromiso con la Reflexión Continua.

A lo largo de esta investigación, he aprendido que la reflexión continua es esencial para profundizar en la comprensión de las dinámicas sociales complejas que estoy estudiando, el impacto de los hallazgos en el campo social y en los agentes involucrados. Además de generar nuevas preguntas y explorar direcciones adicionales para la investigación.

En mi práctica profesional, la reflexión continua me permite aplicar las lecciones aprendidas de la investigación para mejorar mi intervención y mi trabajo en el campo social. Ser consciente de las dinámicas de poder y las estructuras sociales que afectan a los individuos y grupos con los que interactúo me ayuda a adaptar mis enfoques de manera más efectiva y a ser más sensible a las realidades de las personas. Finalmente, este trabajo puede funcionar como un modelo para otros investigadores y profesionales en el campo social. La autorreflexión no debe detenerse con la finalización de esta investigación; por el contrario, es un proceso que debe ser constante y enriquecedor. Las preguntas y objetivos en la investigación cualitativa son fundamentales porque proporcionan una estructura metodológica y epistemológica sólida para abordar fenómenos complejos desde diversas perspectivas y romper con el sentido común. En el diseño de esta investigación, este paso crucial consistió en explorar significados, contextos y relaciones entre los actores involucrados, con el fin de obtener datos que no solo describieran, sino también interpretaran la realidad social y generaran conocimiento académico sustancial. En la siguiente sección, detallaré las preguntas y objetivos que despertaron mi interés y guiaron mi trabajo en este tema.

1.8. Preguntas y objetivos de investigación.

Pregunta principal:

¿De qué manera las distintas formas de capital y las luchas simbólicas han configurado el campo de la oftalmología en Torreón, según la teoría de los campos de Pierre Bourdieu, y cómo estas estructuras determinan la legitimación del poder, la regulación estatal, y el habitus de los oftalmólogos en la región?

Preguntas subsidiarias:

¿Cómo se han delimitado históricamente los contornos del campo de la oftalmología en Torreón para alcanzar su autonomía dentro del campo médico más amplio?

¿Qué tipos de luchas simbólicas han emergido entre los oftalmólogos en Torreón, y cómo han influido en la estructura jerárquica del campo?

¿De qué manera han influido las diferentes formas de capital (económico, cultural, social y simbólico) en la construcción y preservación del poder dentro del campo oftalmológico en Torreón?

¿Cómo han impactado las normativas y reglamentos establecidos por el Estado en la regulación de la práctica oftalmológica en Torreón?

¿Qué tipo de disposiciones y habitus se desarrollan en los oftalmólogos de Torreón, y cómo estos elementos influyen en sus prácticas profesionales y en sus posiciones dentro de la jerarquía médica?

¿Cómo legitiman los oftalmólogos sus posiciones dentro del campo en Torreón, y cuáles son las estrategias más efectivas para ejercer y mantener el poder en este contexto?

Objetivo Principal:

Analizar cómo se construyen, preservan y legitiman las dinámicas de poder y las formas de capital en el campo de la oftalmología en Torreón desde la perspectiva de la teoría de los campos de Pierre Bourdieu, y cómo estas estructuras afectan la práctica profesional, la jerarquización interna y la autonomía del campo oftalmológico en la región.

Objetivos Secundarios:

1. Examinar el proceso histórico mediante el cual el campo de la oftalmología en Torreón ha alcanzado su autonomía dentro del campo médico más amplio, destacando los factores clave que han delimitado sus contornos.
2. Identificar y analizar las luchas simbólicas que se producen entre los oftalmólogos en Torreón, y cómo estas luchas influyen en la jerarquización interna del campo y en la distribución del capital simbólico.
3. Explorar cómo las diferentes formas de capital (económico, cultural, social y simbólico) interactúan en la construcción y preservación del poder dentro del campo oftalmológico en Torreón, y cómo estas formas de capital afectan las posiciones de los actores en el campo.
4. Analizar el impacto de las normativas y reglamentos establecidos por el Estado en la regulación y evolución de la práctica oftalmológica en Torreón, considerando al Estado como un actor con intereses que influye en la estructura del campo.
5. Estudiar el habitus de los oftalmólogos en Torreón, considerando cómo sus disposiciones y prácticas reflejan y refuerzan sus posiciones dentro de la jerarquía médica.
6. Investigar las estrategias utilizadas por los oftalmólogos en Torreón para legitimar sus posiciones dentro del campo, y cómo estas estrategias contribuyen a la consolidación y perpetuación del poder en el campo oftalmológico.

1.9. Enfoque metodológico.

Para esta investigación, se optó por una metodología cualitativa que combina entrevistas en profundidad y observación directa, con un énfasis significativo en el análisis histórico. Las entrevistas con actores clave y la observación proporcionaron una comprensión detallada y contextualizada de las experiencias y percepciones de los actores clave en el campo de estudio. Simultáneamente, se realizó un análisis hemerográfico de tipo longitudinal, revisando sistemáticamente notas periodísticas a lo largo del tiempo para identificar rupturas en el discurso y las prácticas relacionadas con

el tema investigado. Además, se analizaron diversos documentos como actas del Colegio Coahuilense de Oftalmología, programas académicos de cursos y seminarios, fotografías, legislación sobre profesiones y particularmente aquella que ha afectado a los oftalmólogos para construir una narrativa histórica rica y compleja. Esta combinación de técnicas permitió no sólo capturar la dimensión subjetiva y cotidiana de los fenómenos sociales, sino también situarlos en un contexto histórico más amplio, revelando cómo se han transformado a lo largo del tiempo.

En el proceso de investigación se categorizaron los conceptos de la teoría de los campos de Bourdieu para transformarlos en dimensiones, variables e indicadores y poder así identificar la información que tendría que ser recabada en las diversas fuentes de información mediante los instrumentos de investigación (Matriz temática, anexo 1).

El constante análisis del material recabado iba no sólo definiendo los hallazgos destacados que resultaban de la información obtenida, sino también la ruta hacia los diferentes actores que participan en el campo hasta que la recolección de datos llegó a la saturación: es decir que ya no se presentaban datos diferentes, de esta manera se pudo validar la información. Finalmente, se interpretaron los hallazgos en relación con las preguntas planteadas al inicio de la investigación, realizando una triangulación a partir de los resultados de las distintas técnicas, extrayendo conclusiones y delineando las implicaciones de los resultados obtenidos.

Este trabajo se realizó en un espacio muy concreto: Torreón, la ciudad más importante de la Comarca Lagunera, una región que abarca parte de los estados de Coahuila y Durango y se distingue por su intensa actividad económica. Elegí Torreón no solo porque es mi lugar de residencia, sino también porque presenta características que son cruciales para mi tema de investigación. Históricamente, la ciudad experimentó un notable desarrollo desde la llegada del ferrocarril, evento que facilitó la migración de individuos de diversos orígenes y profesiones, quienes rápidamente se involucraron en la construcción y crecimiento de nuevas empresas. Debido a este desarrollo económico, es plausible que Torreón haya sido uno de los primeros lugares en los que se

establecieron oftalmólogos y donde iniciaron una lucha por destacar entre otros grupos médicos. Su relativa cercanía a la frontera también pudo haber propiciado la instalación de los primeros equipos especializados para el tratamiento de enfermedades visuales. Además, es uno de los pocos lugares del noreste del país que cuenta con un hospital donde se forman oftalmólogos. Entonces, elegir Torreón para estudiar eventos sociohistóricos de la Oftalmología bajo la teoría de Bourdieu ofrece la oportunidad de explorar las complejas interacciones entre poder, conocimiento y prácticas en un contexto específico de México.

Esta investigación se enfocó en el grupo de oftalmólogos que ejercen su profesión en Torreón, Coahuila, aunque existen otros profesionales (optometristas, rehabilitadores visuales, médicos generales y familiares, etc.) que tienen participación en el área y que no se incluyeron en este trabajo. En otras palabras, se analizó cómo los agentes que intervienen en el campo de la salud visual han luchado durante el periodo de estudio por hacerse de autoridad, legitimidad y prestigio.

1.10. Técnicas utilizadas.

Las técnicas utilizadas en la investigación fueron las siguientes:

1.10.1. Entrevista.

La entrevista puede definirse como una situación construida o creada con el fin específico de que un individuo pueda expresar una conversación de su pasado, presente o futuro (Sánchez Silva, 2005) según los objetivos de investigación.

En el tipo de entrevista no estructurada, que es la herramienta que se utilizó en esta investigación, planeé cuestionar a cada entrevistado una serie de preguntas surgidas de la matriz temática desarrollada previamente y de la que hablaré más adelante. Busqué darle libertad al entrevistado para expresarse sobre el tema. Las entrevistas realizadas

se hicieron en diferentes contextos de acuerdo con los tiempos disponibles de cada persona: en cafeterías, otros lugares de reunión o incluso por la plataforma Zoom. En las entrevistas traté de obtener de cada persona las experiencias, sentimientos y significados que sobre diversos aspectos de la Oftalmología (formación, práctica profesional, relaciones sociales, asistencia a congresos, etc.) han tenido a lo largo de su vida para posteriormente identificarlos como prácticas, capitales obtenidos y habitus. Las respuestas las registré de acuerdo con códigos para su posterior análisis.

En las entrevistas incluí a diversos agentes que se prestaron a participar y que directa o indirectamente se han relacionado con el campo del que es objeto esta investigación:

- Mujeres oftalmólogas. Dos entrevistas, la primera de una de las primeras mujeres oftalmólogas que aún ejerce y la otra de una oftalmóloga joven, con pocos años en la región que nació y se formó en otras ciudades. Ambas destacadas profesionistas y que ya ocuparon el cargo de presidentas del Colegio Coahuilense de Oftalmología (CCO). Actualmente desarrollan su actividad profesional solo en medio privado.
- Miembros del Colegio Coahuilense de Oftalmología (CCO). Tres entrevistas. Solo uno de ellos terminó su formación académica en la región. Los otros dos formados en otros estados. Uno de ellos, a pesar de ser miembro del colegio nunca ha pertenecido a la mesa directiva del CCO, a diferencia de los otros dos. Los tres han desarrollado su profesión tanto en medio privado como institucional y han dedicado parte de su vida a la formación de médicos.
- Médicos especialistas no oftalmólogos que conviven con ellos. Dos entrevistas con médicos especialistas no oftalmólogos (Investigación en área de la salud y urgencias médicas-quirúrgicas) que conviven con los oftalmólogos en diferentes aspectos de su desempeño profesional.
- Médicos residentes de Oftalmología. Se tuvo un acercamiento con cuatro de ellos, solo uno de ellos originario de la región. Dos de ellos ya habían iniciado la formación en otra especialidad (Ginecología y Medicina Interna) pero tomaron la decisión de renunciar y aplicar para Oftalmología.

Entrevistar a estos diferentes grupos enriqueció la comprensión sobre la Oftalmología en Torreón desde múltiples perspectivas. Las mujeres oftalmólogas ofrecieron una visión única sobre los desafíos y oportunidades que enfrentan en la profesión, históricamente dominada por hombres. Discutieron sus percepciones sobre su dificultad para acceder a este campo, ya que las reglas estaban planteadas para los hombres. Así, ellas identificaron haber soportado discriminación de género, desarrollaron estrategias para conciliar la vida profesional y familiar, ya que ésta última ha recaído tradicionalmente más en ellas, y cómo visualizan su rol dentro de la comunidad. De los miembros del CCO, obtuve una visión detallada sobre políticas, regulaciones, prácticas clínicas y formación médica en la región. Entrevistando a médicos especialistas no oftalmólogos, exploré cómo perciben el desempeño de los oftalmólogos en sus prácticas, comportamientos, relaciones sociales y su habitus. Finalmente, el acercamiento con médicos residentes de Oftalmología me permitió entender los desafíos durante su formación y cómo estas experiencias influirán en su futuro desempeño profesional. Establecer un diálogo con ellos me permitió darme cuenta de cómo van asimilando las reglas del juego dentro del campo, por ejemplo, la subordinación al que más “sabe”, la aceptación de la jerarquía tan rígida, la forma de comportarse, de vestirse, de hablar, etc.

En cada entrevista, se explicó claramente al entrevistado el objetivo del estudio y se solicitó su consentimiento para grabar y utilizar la información con fines de investigación académica. Posteriormente, todas las entrevistas fueron transcritas de manera íntegra para permitir un análisis detallado. En este proceso de análisis, se identificaron y etiquetaron patrones y temas recurrentes presentes en las transcripciones. Después se seleccionaron citas representativas que ilustraban los hallazgos principales del estudio, proporcionando una comprensión profunda y significativa sobre las percepciones y experiencias compartidas durante las entrevistas.

En un principio, consideré utilizar la técnica de la entrevista como un recurso fundamental para mi investigación. Sin embargo, aunque sí realicé algunas, esta opción resultó insuficiente debido a la naturaleza hermética del gremio, que no facilitó su apertura, a pesar de que yo formo parte de este grupo. Ante esta situación, decidí

ampliar las fuentes para la investigación y realizar algunos cambios en la metodología prevista.

1.10.2. Análisis del discurso mediático de la Oftalmología a través de la prensa

Ante las dificultades a las que me enfrenté al realizar las entrevistas, opté por abordar la prensa como un recurso fundamental para identificar cómo se fue construyendo la Oftalmología como campo a través del análisis de los discursos predominantes con relación a esta especialidad, y cómo estos discursos legitiman ciertas prácticas y actores; cómo se representan las relaciones de poder dentro del campo oftalmológico y entre el campo oftalmológico y otros campos (por ejemplo, con los optometristas, médicos de otras especialidades, los pseudo-médicos, etc.) y las estrategias de distinción que utilizan los oftalmólogos a través de la forma en que se representan en la prensa.

Esta metodología incluyó la revisión exhaustiva de las ediciones del periódico para identificar y recopilar información relevante sobre los oftalmólogos que han aparecido en sus secciones a lo largo del tiempo. Se prestó especial atención a los anuncios de médicos que buscaban obtener clientela, las disputas con otros agentes y los apoyos que otorgaban las asociaciones de oftalmólogos a ciertos políticos, entre muchos otros. Además, se analizaron las relaciones sociales de los oftalmólogos documentadas en eventos como fiestas, clubes, torneos de golf, y asociaciones médicas, así como la inauguración de clínicas oftalmológicas y noticias de congresos. También se consideraron las fotografías que mostraban las diferentes "familias" de oftalmólogos, donde el capital económico y de prestigio comenzaba con el abuelo, se acrecentaba con el padre, y se heredaba al nieto. Este análisis permitió construir una narrativa detallada y contextualizada sobre la evolución y configuración del campo oftalmológico en Torreón, revelando las dinámicas sociales, económicas y profesionales que han influido en su desarrollo.

Se decidió utilizar uno de los periódicos locales de más larga trayectoria como fuente hemerográfica. El diario que se abordó fue *El Siglo de Torreón*, uno de los de

mayor circulación en la ciudad de Torreón, que tiene más de un siglo de vida (1922-2024) y que, además, cuenta con una hemeroteca digital que permite el fácil acceso a sus archivos. Es importante señalar que, en este periódico, a lo largo de las décadas, los oftalmólogos se han exhibido y lo continúan haciendo, tanto por motivos profesionales como sociales.

Con la incorporación a la investigación de este análisis se logró reconstruir el contexto histórico del campo de la Oftalmología en esta ciudad que comienza desde las primeras décadas del siglo XX y continúa hasta el presente, las luchas simbólicas llevadas a cabo por los oftalmólogos en el logro por diversos capitales y algunas de las reglas del juego para constituir la autonomía del campo de la Oftalmología.

El periódico mencionado tiene un extenso archivo que documenta eventos sociales, científicos y culturales, cambios y rupturas generacionales, así como otros acontecimientos significativos en la región, lo cual lo hace un recurso invaluable por ofrecer una perspectiva única y detallada sobre temas locales. La inclusión de la prensa fue vital en esta investigación ya que a partir de ésta se pueden analizar dinámicas de poder y las formas que utilizan los oftalmólogos para construir o mantener los capitales que requieren en el campo.

La búsqueda por palabra clave en la hemeroteca digital permitió identificar las notas relevantes, las cuales posteriormente fueron ubicadas y organizadas según la matriz temática para determinar su utilidad. Se utilizaron notas a partir de 1922 y hasta 2024, y fueron alrededor de 200.

1.10.3. Observación participante.

La observación participante es una técnica cualitativa que requiere que el investigador se integre activamente en la comunidad o contexto que está estudiando. Esto implica involucrarse interactuar con los participantes y tomar notas detalladas de las

observaciones y experiencias durante estas interacciones. No es una tarea fácil, puesto que significa efectuar una labor detallada minuciosa y disciplinada para lograr una comprensión adecuada de los fenómenos sociales y sus significados (Sánchez Silva, 2005). En esta investigación participé como investigadora en la situación que estaba siendo estudiada, interactuando y formando parte de la escena lo que me permitió obtener una comprensión más profunda de los procesos sociales, las relaciones interpersonales y los significados compartidos por los participantes.

La herramienta que utilicé de esta técnica de investigación fue la guía de observación, diseñada para dirigir y organizar la información observada. Decidí emplear la observación participante en mi investigación porque pertenezco a la comunidad de oftalmólogos y participo activamente en sus reuniones académicas, gremiales y conversaciones informales, así como en chats de WhatsApp, lo que me brindó la oportunidad de captar aspectos implícitos y no verbalizados que antes no había considerado. Esta inmersión también facilitó la observación en tiempo real de dinámicas y procesos de cómo los oftalmólogos despliegan diferentes formas de capital (cultural, social y simbólico) para mantener y mejorar su posición dentro del campo. Me permitió explorar cómo se manifiestan y reproducen las disposiciones del habitus profesional en las interacciones y discursos de los especialistas, proporcionando una base sólida para el análisis crítico y sociológico propuesto por Bourdieu. Se realizaron 9 guías de observación en reuniones sociales, de trabajo, asambleas mensuales y actividades académicas.

Además, la observación participante me permitió validar y complementar otras fuentes de datos cualitativos, como entrevistas y análisis documental. Estos datos se organizaron utilizando una matriz temática, donde categoricé y analicé los lugares frecuentados por los oftalmólogos, las conversaciones mantenidas, la indumentaria utilizada, sus comportamientos y los recursos disponibles. Esta matriz temática estructuró el análisis de los datos recolectados, permitiendo identificar patrones y tendencias significativas dentro de la comunidad estudiada.

1.10.4. Análisis documental. Actas del Colegio Coahuilense de Oftalmología (CCO).

Las actas del CCO se refieren al archivo documental de las minutas de cada reunión mensual que se realiza desde que el grupo de oftalmólogos existe en Torreón cuyos inicios se remontan a 1982 bajo el nombre inicial de Sociedad Oftalmológica de Torreón. Inicialmente las reuniones tenían un formato social y se llevaban a cabo en casas particulares; poco a poco, se fueron integrando pláticas académicas y las reuniones se formalizaron recabando una lista de asistencia, un resumen de los puntos tratados en la reunión previa, la orden del día y asuntos varios. Estos puntos se fueron registrando en un libro de actas que mensualmente se actualiza. El CCO nunca ha tenido un local fijo para resguardar dicha documentación que tiene un valor histórico, así que se ha colocado en una caja para archivo que junto con otros documentos relacionados con el colegio (constancias de cursos, actas notariadas, folletos de congresos, fotografías, etc.) se pasa de mesa directiva saliente a mesa directiva entrante, lo que ha ocasionado deterioro del material o incluso extravíos, como ocurrió en una ocasión, perdiéndose toda la información inicial. Actualmente existen dos libros de actas que datan del periodo 2009 a la fecha. Toda la información consultada para esta investigación partió de esas actas existentes. Definitivamente, esta fuente fue accesible para mí por el hecho de pertenecer al CCO, dudo mucho que alguien ajeno a este pudiera obtenerla.

Las actas sirven como registro histórico de las actividades, discusiones y decisiones tomadas por el Colegio a lo largo del tiempo. A menudo se incluyen diálogos entre los miembros sobre cuestiones éticas, políticas de atención al cliente, estándares de calidad, colaboración en actividades de salud visual, y muchos otros temas. Al leerlas, uno puede notar los cambios médicos, tecnológicos y sociales, así como nuevas técnicas quirúrgicas, tratamientos innovadores, cursos, seminarios, talleres y discusión de casos clínicos de la especialidad.

De las actas de reuniones obtuve información muy relevante sobre las dinámicas de los oftalmólogos como gremio. Las actas fueron revisadas y se identificó el corpus que

proporcionaría información valiosa sobre las categorías de análisis abordadas en la tesis: autonomía del campo de la Oftalmología, legitimación, jerarquías, capitales, etc. Por ejemplo, en las actas aparece la pertenencia o adhesión al campo de los oftalmólogos, pues en ellas se encuentra la lista de quienes participan en cada sesión, así como de aquéllos que están en espera de ser admitidos. También se observa los lugares de prestigio en donde realizan sus reuniones, principalmente lugares públicos, clubes de acceso limitado o restaurantes de prestigio. Las actas también identifican cómo se lleva a cabo el control de los recursos económicos, el reconocimiento u homenaje constante a los médicos que tienen más capital simbólico --y en muchos casos político y económico también-, la educación continua como una forma para preservar la posición y el estatus ganado, los conflictos entre los oftalmólogos por las tarifas a cobrar a los pacientes, entre muchos otros temas.

1.11. Análisis de los datos.

Una vez recabada toda la información, ésta se organizó de manera sistemática utilizando fichas bibliográficas y gestionando las referencias para una consulta dinámica. Se procedió a analizar y sintetizar la información recopilada, identificando patrones o tendencias. Del acervo hemerográfico y de las actas de reuniones, se realizó una base de datos que incluyó fechas, nombres y sucesos destacados, considerando movilidad social o transferencia generacional de la profesión. Toda la información se analizó en base a los objetivos del estudio con la metodología cualitativa considerando las preguntas formuladas al inicio de esta investigación.

Una vez organizada toda la información se utilizó la estrategia de triangulación para validar y enriquecer los hallazgos cruzando con los documentos oficiales u otras fuentes lo que permitió definir los procesos de formación de grupos, crecimiento en número, estructura física, jerarquía y su integración como campo en la sociedad lagunera. Esta técnica se utiliza para mitigar posibles sesgos o interpretaciones unilaterales, ofreciendo una perspectiva más completa.

Torreón es la ciudad donde nací y a donde regresé después de casi 20 años de vivir en otra región. Aquí he vivido y ejercido como oftalmóloga durante más de una década. Esta conexión personal me ha permitido identificar elementos que podrían pasar desapercibidos para otros investigadores que no tienen una relación tan cercana con la comunidad local y la profesión. Sin embargo, también reconozco que esta cercanía pudo predisponerme durante la investigación a ciertos sesgos en el proceso de búsqueda, recopilación y análisis de la información. Mi implicación en este tema es doble: como investigador y como miembro activo de la comunidad de oftalmólogos de Torreón, lo que puede enriquecer la investigación, por un lado, pero “desbordarse” de sesgos, por otro lado.

Para asegurar la integridad de mi papel como investigadora y participante del gremio, identifiqué diversos sesgos que enfrenté: evitar la búsqueda de información que contradiga mis suposiciones iniciales, limitar mi perspectiva por mi involucramiento emocional con mis colegas, conflictos de interés, sobre identificación con ciertos compañeros afectando la selección de participantes, impidiéndome mantener una mirada objetiva y crítica. Fue crucial para mí abordar estos desafíos de manera transparente y reflexiva para mantener la calidad y la imparcialidad de mi investigación.

Las estrategias que seguí para reducir los sesgos fueron: La constante reflexión que realicé sobre mi posición en la investigación, así como mis creencias previas, que en el desarrollo del trabajo fui advirtiendo yo misma. Esta reflexión la hice en lo personal y con mi directora. Algunas de estas creencias que fui identificando y cuestionando incluyeron: la tendencia natural que todos tenemos de asumir que ciertos fenómenos observados en nuestro campo de estudio son aplicables y relevantes en todos los contextos sin considerar las variaciones o particularidades, como ejemplo, creer que similares capitales funcionan de la misma manera en todos los campos. Otro ejemplo fue la tendencia a favorecer ciertos métodos de investigación al estar más familiarizada debido a mi formación académica inicial a manejar la investigación cuantitativa.

La triangulación de información también fue muy útil para reducir sesgos al utilizar diversas fuentes y métodos para corroborar y para validar los hallazgos. Esto incluyó la revisión bibliográfica, hemerográfica, entrevistas, etc. Y, por último, la revisión constante de los datos recopilados y de las interpretaciones lo que implicó verificar la consistencia de los datos, explorar posibles explicaciones alternativas, y estar abierta a modificar interpretaciones iniciales a medida que emergían nuevos datos o perspectivas.

Estas estrategias me permitieron abordar el estudio de manera más objetiva y rigurosa, minimizando la influencia de sesgos personales y asegurando la fiabilidad y validez de los resultados alcanzados.

1.12. Matriz temática.

Para la organización de las interrogantes se construyó una “Matriz temática” que se dividió en dos grupos, las relacionadas al campo y las relacionadas a los agentes. En ambos se tocan los mismos conceptos, pero con enfoques diferentes. El propósito es observar los cambios desde un concepto general y hacia lo particular.

Una matriz temática constituye una herramienta analítica esencial en la investigación cualitativa, diseñada para organizar y sintetizar datos complejos de manera sistemática. Este recurso me permitió identificar patrones, temas y relaciones significativas dentro de los datos recolectados. Su utilidad radica en la capacidad para estructurar la información, facilitando la identificación de patrones recurrentes y la comparación entre diversas fuentes de datos. Además, la matriz temática sirvió como un mapa visual que guio la construcción del conocimiento en esta tesis, proporcionando una representación clara y coherente de los hallazgos emergentes.

Me enfoqué también en tratar de garantizar que la investigación estuviera centrada y enriquecida por la calidad de las fuentes seleccionadas, proporcionando una base sólida para la toma de decisiones y conclusiones.

A continuación, presentaré los conceptos en base a lo cual fue construyéndose la matriz temática.

Categorías

Del Campo,

- Campo. Espacio de conflicto (donde hay luchas, alianzas y estrategias) entre agentes enfrentados por los bienes que ofrece ese campo.
- Límites. Un agente o una institución forma parte de un campo en la medida en que sufre y produce efectos en el mismo.
- Luchas. Movimientos, estrategias y apuestas con otros campos dentro del espacio social, al cual le confiere un carácter dinámico, una relación entre intereses confrontados.
- Capital. Aquello que es eficiente en un campo determinado como un arma o como apuesta de lucha, lo cual permite a su portador ejercer un poder, una influencia.
- Poder/Estado. Mecanismo sutil que vigila al campo y lo obliga a corregirse o reprimirse

De los agentes,

- Agentes. Individuos que cumplen una función dentro de un campo y tiene una posición específica de acuerdo con sus potencialidades, características, prácticas y habitus.

- Luchas. Movimientos, estrategias y apuestas de los distintos agentes dentro del espacio social, al cual le confiere un carácter dinámico, una relación entre intereses confrontados
- Habitus. Conjunto de condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia, es decir, a las posiciones ocupadas en un campo y que se ajustan al espacio en que se desarrollan, además de integrar toda las experiencias pasadas y funciones en cada momento como una matriz de percepciones, de apreciaciones y de acciones.
- Capital. Aquella propiedad de un agente que le permite ser eficiente en un campo determinado como un arma o como apuesta de lucha, lo cual permite a su portador ejercer un poder, una influencia
- Poder/Estado. Mecanismo sutil que vigila al agente y lo obliga a corregirse, reprimirse y reapropiarse de un lenguaje que le permita avanzar a otros niveles en la escala social.

En el próximo capítulo, nos adentraremos en una revisión de fuentes que abordan históricamente el campo de la Oftalmología. Este tipo de materiales, como observaremos, pretende la identificación de hitos significativos, avances clave y cambios paradigmáticos que han influido en la configuración actual de la Oftalmología. Me pareció importante exponerlas, porque este trabajo intenta precisamente romper con esa historia dominante. Al examinar las raíces históricas, pretendí no solo mostrar el desarrollo técnico y científico, sino también cómo los contextos sociales y culturales han moldeado la práctica oftalmológica a lo largo de las eras. Este enfoque histórico contribuirá a contextualizar la situación actual del campo y proporcionará una base sólida para abordar los desafíos y oportunidades futuros.

Capítulo II: Estado del arte y marco teórico.

2.1. Un poco de historia sobre la Oftalmología.

Es importante señalar que la Oftalmología es una especialidad en la que predomina una historiografía ausente de criticidad. Por lo general, en los estudios historiográficos de este campo de la medicina no se observa el reconocimiento del poder, las jerarquías, la dominación, así como las luchas entre los médicos y otros agentes involucrados para la obtención de capitales y la configuración del campo.

La Oftalmología, es vista tradicionalmente como una disciplina en constante avance, en “evolución”, sin rupturas ni conflictos. Por lo general su historia se presenta a través de una narrativa lineal en la que se destacan una serie de progresos tecnológicos y médicos. Sin embargo, desde la perspectiva teórica de Pierre Bourdieu, es crucial reconsiderar esta visión y abordar la Oftalmología como un campo socialmente construido, influenciado por dinámicas de poder, capital social y cultural, y estrategias de legitimación.

En una revisión historiográfica de la Oftalmología¹ se puede observar que algunos autores se remontan hasta el antiguo Egipto, lugar en el que encuentran documentos acerca de la descripción de enfermedades de los ojos 1550 años antes de nuestra era. Existe una obra relativa al estudio de los ojos y sus enfermedades que se atribuye al

¹ Para esta elaboración historiográfica se realizaron búsquedas en distintos repositorios para encontrar investigaciones, tesis y reportes (EBSCO, repositorio nacional, SCIELO, UNAM) preferentemente en idioma español. La búsqueda de información se centró en los conceptos de Oftalmología, historia y práctica de la medicina en revistas académicas. La investigación bibliográfica se detuvo cuando empezaron a aparecer artículos sobre la Oftalmología en la clínica.

Finalmente, se buscó información sobre la existencia de abordajes teórico-sociales del desarrollo de la especialidad. Encontramos solo abordajes sobre la práctica de la medicina (González, 2012) (Castro R. V., 2019), pero no sobre el campo de la Oftalmología, por lo que considero que es un tema novedoso que puede aportar mucho al conocimiento de la construcción de esta especialidad a partir de la identificación de sus actores, así como de sus luchas y sus formas de jerarquización.

griego Aetius de Armida (502-575) quien describe 61 afecciones de los ojos (López Espinoza, 2007). Estos textos destacan el nivel que alcanzaron los griegos y romanos en la concepción del micro-universo de las estructuras oculares (García S. M., 2017), una concepción casi perfecta que se ha demostrado como cierta con la tecnología actual.

En el texto “La Oftalmología en tiempos de los romanos”, el Dr. Rodolfo Del Castillo describe la terapéutica utilizada por los romanos para el tratamiento de las enfermedades oculares y menciona que el médico Cornelio Celso documenta con precisión los pasos para realizar la cirugía de catarata. La cultura árabe también aportó importantes avances médicos y quirúrgicos en el tratamiento de algunas enfermedades oculares durante el siglo XV (Oguz, 2009) (Sampedro, 2015)

Es así como desde la antigüedad hasta el siglo XIX aparecen una larga lista de personajes y hechos relevantes que van tejiendo y formando el conocimiento en relación con los fundamentos históricos de la Oftalmología (Río Torres, La Oftalmología desde la antigüedad, 2016) (Río Torres, La Oftalmología desde la antigüedad a partir de la edad contemporánea, 2017)

En la Europa del siglo XIX existieron grandes científicos que aportaron teorías sobre la óptica fisiológica (Lozano-Alcázar J. , 2007), describieron la anatomía ocular a partir de la práctica de disecciones, y desarrollaron los primeros lentes para mejorar la capacidad de leer. La cátedra de Oftalmología existía en algunos países europeos (Francia, Austria y Alemania) desde el siglo XVIII. (Neri-Vela, 2013).

Podemos mencionar, como eventos determinantes que fueron concatenándose para la independización de la Oftalmología como disciplina, la introducción de lentes correctores en el siglo XII, la realización de la cirugía de catarata en 1751, la primera cátedra para enfermedades de los ojos en 1818 y el invento del oftalmoscopio, instrumento que permitió ver qué era lo que estaba sucediendo dentro del ojo en vivo por primera vez (López Espinoza, 2007). También importante fue la construcción del

Moorfields Eye Hospital en la ciudad de Londres, el primero a nivel mundial dedicado a padecimientos oftalmológicos en 1805 (Khan Durrani, 2018) y hasta 1832 se construyó el primero en el continente americano, el *Wills Eye Hospital* de Filadelfia (Lozano-Alcàzar, 2016).

Destaca a nivel latinoamericano la contribución de la historiografía cubana sobre la Oftalmología en la segunda mitad del siglo XX, que relaciona el avance científico con el desarrollo social y cultural de la isla (López Espinoza, 2007) y su interés en la formación de nuevos profesionales del campo, como un ejemplo de dedicación a la especialidad (Valdés Petitón, 2015).

En el caso de México, los historiadores de la medicina también señalan que los primeros pobladores de Mesoamérica ya tenían conocimientos sobre el manejo de problemas oculares, (Lozano Alcázar, 2009) y en 1579 aparecen los primeros escritos médicos que abordan la anatomía, enfermedades y tratamientos de los ojos (Lozano-Alcàzar, 2016).

En los primeros años del siglo XIX, como indicamos líneas arribas, la Oftalmología no era una especialidad, ya que era practicada por todos los médicos, aunque por esos años, se intentó crear una cátedra de *oculística*, proyecto que no fue aceptado (Neri-Vela, 2013).

Existieron grandes médicos formados en las universidades europeas que regresaron a radicar en nuestro país, trayendo con ellos los adelantos tecnológicos que fueron un parteaguas en la historia de la Oftalmología, como el oftalmoscopio (Lozano-Alcázar J., 2007) o las “modernas” técnicas quirúrgicas para tratar las cataratas (Neri-Vela, 2013), todos ellos interesados en las enfermedades oculares, que fueron labrando el prestigio de la especialidad con base a sus trabajos académicos e innovaciones en el tratamiento de estas afecciones; pero no es hasta la creación de la cátedra de Oftalmología en la Escuela de Medicina de Santo Domingo en 1887, de donde surgieron los primeros

profesionales del área en México, empezando a darle un carácter propio a la especialidad (Lozano Alcázar, 2009).

En 1876 se fundó la Institución Oftalmológica Valdivieso, que después tomó el nombre de Hospital de Nuestra Señora de la Luz, el hospital más antiguo de México y de América Latina dedicada a la especialidad. Aún hoy fomenta la docencia, la investigación y la labor asistencial. Anterior a este Hospital Oftalmológico existen indicios de otro centro de atención dedicado a los enfermos de los ojos en 1750 que cerró posteriormente (Lozano-Alcàzar, 2016)

Para ese entonces, la Oftalmología se independizó en nuestro país como disciplina médica y así se funda en 1893 la Sociedad Oftalmológica, la más antigua de Latinoamérica (Lozano Alcázar, 2009), un acontecimiento muy importante para el desarrollo de la especialidad como la conocemos ahora.

Los textos sobre la historia de la Oftalmología abordan avances de la disciplina (Lozano Alcázar, 2009) (Sampedro, 2015) (González-Pérez, 2012), hechos relevantes (Lozano Alcázar, 2009) (Lozano-Alcàzar, 2016) (Neri-Vela, 2013) (Valdés Petitón, 2015) (Khan Durrani, 2018) y rescatan personajes clave en distintas partes del mundo (Lozano-Alcázar J. , 2007) (Og̃uz, 2009) como una oportunidad para generar investigación en la historia de esta profesión desde diferentes perspectivas y como una forma de darle un lugar destacado al cuidado de los ojos a lo largo de los siglos. Generalmente los autores que han dedicado su pluma y su tiempo a escribir sobre el tema son miembros del propio campo descrito. Podemos mencionar como uno de los iniciadores de este género al Dr. Enrique Graue-Díaz González con *Historia de la Oftalmología en México* (Graue Díaz-Gonzalez, 1973).

Existen otros autores que han abordado la historia de la Oftalmología desde la perspectiva del arte (De Grado, 2005) (Lozano-Alcázar J. , 2013) o intentando descubrir, a partir de ciertas obras de personajes importantes, los síntomas de algún

padecimiento ocular en el artista, como la ceguera de Jorge Luis Borges o la supuesta enfermedad ocular de El Greco, Degas, Monet y otros grandes artistas de la pintura (Enrique de la Piedra, 2017) (Marmor, Vision, eye disease, and art: 2015 Keeler Lecture., 2016) (Marmor, Ophthalmology and Art: Simulation of Monet's Cataracts and Degas' Retinal Disease, 2006).

En esta sección, se observa que todos los documentos se centran en revisiones que presentan una historia lineal, armoniosa y sin fisuras. Estas narrativas sugieren que el desarrollo o la evolución de la especialidad se derivan simplemente de la acumulación de eventos. No obstante, la singularidad de este trabajo radica en la intención de aportar un análisis social que profundice en la dinámica de los grupos, introduciendo elementos de poder, luchas y jerarquías.

Tradicionalmente, los textos sobre la historia de la Oftalmología han presentado una evolución armoniosa y lineal, enfocándose en avances técnicos y personajes clave (Lozano Alcázar, 2009; Sampedro, 2015), como ya pudimos observar en los estudios citados anteriormente. Este trabajo se propone ir más allá de esta narrativa simplista y abordar la Oftalmología como un campo socialmente construido, donde las prácticas médicas se configuran a través de luchas de poder y procesos de legitimación.

Pierre Bourdieu nos proporciona un marco teórico para analizar cómo se configuran las jerarquías y las relaciones de poder dentro de la Oftalmología. Las instituciones educativas, asociaciones profesionales, empresas de tecnología médica, así como las normas y legislación sobre este campo médico son componentes clave en esta configuración. La formación de los oftalmólogos, las residencias médicas y los programas de educación continua no solo transmiten conocimientos técnicos, sino que también inculcan *habitus* específicos y reproducen el capital cultural y simbólico del campo.

Las asociaciones profesionales y los colegios de Oftalmología actúan como guardianes del capital simbólico, determinando qué prácticas y conocimientos se consideran legítimos. La participación en estas asociaciones y los reconocimientos que se otorgan son formas de acumular capital social y simbólico, esenciales para la legitimación profesional.

En el siguiente capítulo, se presentan los conceptos fundamentales que sirvieron como punto de partida para llevar a cabo el análisis histórico-social del tema. Estos conceptos constituyen los cimientos teóricos sobre los cuales se construyó la investigación, proporcionando un marco conceptual sólido para el desarrollo posterior del tema.

2.2. Un acercamiento al pensamiento de Pierre Bourdieu.

Al estudio de la Oftalmología (del griego ὀφθαλμός, el estudio o tratado de los ojos) siempre se le ha abordado desde la postura única de una relatoría de hechos y personajes, sin una visión de criticidad. En este trabajo propuse el análisis a partir de lo que se ha nombrado Teoría de los Campos que parte de los conceptos del sociólogo francés Pierre Bourdieu como campo, capital y habitus. Este autor rompió paradigmas al analizar la cultura a partir de la construcción del objeto de estudio y para ello se debe destruir el sentido común, es decir, lo preconstruido. Para ello utilizó conceptos propios, novedosos y siempre integró su perspectiva teórica con su compromiso social.

A partir de sus investigaciones nos explica que en un campo existe un capital específico cuyo monopolio se disputan los diversos actores del campo y cuya desigual distribución subyace a la estructura jerárquica que los ordena, las luchas que se libran en su interior con el objetivo tener el control y de la capacidad de dictar sus reglas; la naturaleza de esas reglas y del juego en el que compiten los agentes; las presuposiciones que estos comparten (la doxa o aquellos esquemas de la vida cotidiana a nivel colectivo

que se consideran naturales y, por lo tanto, no se cuestionan sino que se admiten tal y como son), y el habitus (del cual hablaremos más adelante) con el que actúan y reproducen la estructura del campo; y la estructura y propiedades espaciales, que se refieren tanto a la posición que ocupan los diversos agentes en el mismo, como a los subcampos que lo componen (Castro R. V., 2019).

Pierre-Félix Bourdieu, nació en Bearne, el 10 de agosto 1930, fue influenciado tanto por el marxismo como por el estructuralismo, en sus investigaciones abordó la dominación y la lucha por la igualdad, fue un intelectual comprometido, defensor de las causas de los más desprotegidos y escribió sobre educación, clases sociales, bailes, lenguaje del cuerpo, prestigio social, la televisión, etc. Participó en eventos acompañando a los estudiantes en sus luchas, con los intelectuales argelinos en el conflicto por la independencia, junto a Lech Walesa contra la ocupación soviética en Polonia, etc. Entre sus obras más conocidas: *Sociologie de l'Algérie* (1956), *La Distinction - Critique sociale du jugement* (1979), *Le Sens pratique* (1980), *Cuestiones de Sociología* (1980), *Homo academicus* (1984), *Les Règles de l'art - Les Règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire* (1992), *El Misère du monde* (1993). Murió a los setenta y dos años, el 23 de enero de 2002 en París (Biografias.es, 2023) . A continuación, un esbozo de algunos de sus conceptos.

Desde la perspectiva bourdiana, un sociólogo es una especie de inquisidor terrorista que solo puede acceder a la lucidez si denuncia tanto la representación populista del pueblo, que solo engaña a sus propios autores, como la representación elitista que se denomina “alta sociedad”, perfecta para engañar a ambos, tanto los que pertenecen a ella como a los que no (Bourdieu P. , Lección sobre la lección, 2002). Sostenía que:

debe considerarse sociólogo a todo científico que está interesado en investigar fenómenos sociales, ya sean políticos, educativos, económicos, culturales, de salud, tecnológicos, artísticos, etc., incluso químicos, médicos, artistas o matemáticos interesados en la historia de su disciplina o las maneras de cómo se practican sus profesiones (Ceron-Martínez, 2020) .

Para Bourdieu, el hombre es enteramente un ente social, y de acuerdo con su visión, la sociología:

tiene una función como instrumento de análisis extremadamente poderosa: permite a cada uno comprender mejor lo que es, al brindarle una explicación de sus propias condiciones sociales de producción y de la posición ocupada en el espacio social (Capdevielle J. , 2011)

Bourdieu fue influenciado por Durkheim, Marx y Weber en diferentes aspectos; de hecho, su teoría de los campos pareciera que es una reelaboración creativa a partir de *El Capital* de Marx y de la idea de dominación de Weber. Bourdieu coincide con Karl Marx (1818-1883) en que el orden social es siempre violento y antagónico al componerse por un grupo dominante y otro grupo dominado (Modenutti, 2015)

Emile Durkheim (1858-1917) fue uno de los autores que más influenció el pensamiento de Bourdieu. Este autor describió tres características del hecho social:

la primera es que es exterior y pre-existe al individuo, es decir, las personas cuando nacen se encuentran en una conciencia colectiva que se encarga de internalizar las reglas y creencias en la conciencia del individuo. La segunda característica es que el hecho social tiene fuerza coercitiva sobre el individuo, impidiendo que elija libremente y tenga que ajustar su acción a las normas, reglas, tradiciones, etc. Finalmente, la tercera característica es que el hecho social no depende del individuo y su forma de existencia, siempre está ubicada en la colectividad, en los otros (Laffourge, 2012).

Durkheim sostiene que los logros del hombre son el resultado de fuerzas sociales que escapan a su control y que la estructura social es algo que obliga a actuar o pensar de determinada forma, es decir, el individuo carece de autonomía. (Laffourge, 2012) Por el contrario, Bourdieu, sí le reconoce al agente la posibilidad de conciencia individual que le permite acrecentar su capital social para ganar jerarquía en la estructura social y no solo eso, sino que lo considera capaz de modificar las estructuras, de ahí su interés en participar políticamente en movimientos sociales (Vizcarra, 2002).

El estructuralismo de Bourdieu no debe identificarse como determinismo, ya que él mismo reconoce los *márgenes de acción del sujeto*, lo cual remite a la teoría de la acción social de Max Weber (1864-1920), que nos recuerda que los individuos actúan motivados por valores, por la racionalidad orientada a fines o por tradición, es decir, la acción no es del todo consciente. Weber asevera que la acción social, como cualquier otra acción, puede dividirse en cuatro categorías en función de la orientación del proceder social y muy rara vez está orientada exclusivamente por uno u otro de estos tipos:

1) la acción racional con arreglo a fines “determinada por expectativas en el comportamiento tanto de objetos del mundo exterior como de otros hombres, y utilizando esas expectativas como condiciones o medios para el logro de fines propios racionalmente sopesados y perseguidos”, 2) la acción racional con arreglo a valores “determinada por la creencia consciente en el valor –ético, estético, religioso o de cualquiera otra forma como se le interprete– propio y absoluto de una determinada conducta, sin relación alguna con el resultado, o sea puramente en méritos de ese valor”; 3) la acción afectiva que es determinada por emociones y estados de ánimo, y 4) la acción tradicional que es determinada por una costumbre arraigada (Lutz, 2010).

Bourdieu le da un cierto margen de consciencia a la acción individual en el marco de la estructura social, y propone que sólo a través del análisis de los grupos sociales se pueden comprender los mecanismos que de otra manera no serían visibles y con ello, abrir oportunidades para el cambio, para ser conscientes, transformar y reformar la sociedad (Morales Zúñiga, 2009).

Hay autores que consideran que el concepto de habitus que presenta Bourdieu es solo una herramienta para entender la reproducción de la estructura de la sociedad, por tanto, su teoría es incapaz de explicar un cambio social (Giner, 2003). También se refieren a que sus sistemas de clasificación cultural están desactualizados y no se pueden generalizar de una nación a otra, o que solo aborda procesos de distribución vertical del capital, no siendo aplicables sus observaciones a una historicidad de larga duración (Giner, 2003). Algunas otras críticas en contra de Bourdieu es que los temas

que aborda en sus investigaciones se consideraban insignificantes por sus contemporáneos (la educación, la música, la pintura, etc.) (Capdevielle J. , 2011), y que su escritura es difícil, ampulosa, confusa y recargada. En defensa a esto último, otros afirman que su estilo se transformó para ser más accesible a las masas en la última parte de su vida.

Para Bourdieu, uno de los objetivos de las ciencias sociales es descubrir los criterios de diferenciación relevantes que colocan a las personas en un lugar específico y no en otro, en un momento determinado. En los siguientes párrafos expondré algunos conceptos de Bourdieu que considero fueron de utilidad para el análisis del tema de este trabajo.

2.3. Conceptos clave: Campo, Habitus, Capital Cultural, Violencia Simbólica.

2.3.1. Campo.

Previo a entrar de lleno al concepto de campo, considero importante hablar del espacio social que se puede definir como una realidad invisible, ordenada y multidimensional. Las personas nos colocamos dentro de él a partir de las diferencias que guardamos en relación con otros, es decir, la posición se define por cuánto me alejo o me parezco al otro.

Pierre Bourdieu concibió al espacio social como un espacio que define acercamientos y distancias sociales; en él no se pueden ignorar las diferencias objetivas fundamentales. Así, el espacio social se caracteriza por la existencia de diferencias sociales, por el acento en la desigualdad ligada a la distribución de recursos eficientes (los capitales) y con ello, la cuestión de poder como constitutivo de la sociedad. Bourdieu considera que todo es relacional: “*Lo real es relacional*”, por ejemplo, para definir los sexos. A la pregunta ¿qué es una mujer?, la respuesta es: no es un hombre. En el espacio social bourdieussiano, las posiciones y las tomas de posiciones de los agentes se definen siempre relacionamente (Capdevielle J. M., 2013).

En la sociología de Bourdieu, el control diferencial de recursos críticos-capitales-constituye el principio de definición de posiciones e intereses antagónicos, desde donde se hacen comprensibles y explicables las prácticas. Cada campo tiene sus reglas propias, sus propios mecanismos de regulación entre los agentes que lo conforman y estos agentes se encuentran en posición de imponer condiciones dentro del campo de acuerdo con los capitales que posea (y no necesariamente económicos) (Capdevielle J. M., 2013; Sánchez Dromundo, 2007) . Esto es la base de las relaciones de dominación.

Emile Durkheim sostiene que la sociedad es la encargada de integrar a los individuos y de regular sus conductas a partir del establecimiento de normas que permiten un orden estable y un desarrollo pleno de la colectividad, es decir, existe una relación armoniosa individuo-sociedad porque ambos se necesitan recíprocamente. Bourdieu, por el contrario, ve en esta relación una fuerza que mantiene las desigualdades (Morales Zúñiga, 2009).

El concepto de campo se refiere a un espacio de conflicto donde se establecen luchas, alianzas, estrategias y rupturas para lograr formas específicas de dominio y monopolio de un tipo de capital eficiente solo dentro del mismo campo. La posición de los agentes dentro del campo depende del tipo, el volumen y la legitimidad del capital y del habitus. De ahí que campo, capital y habitus sean conceptos ligados (Sánchez Dromundo, 2007).

Lo que existe en el mundo social son relaciones independientes de las conciencias y de las voluntades individuales, y dentro de un campo, la posición de sus ocupantes, agentes o instituciones otorga beneficios específicos que están en juego por las relaciones objetivas con las otras posiciones (dominación, subordinación, etc.) (Bourdieu P., 2005).

Los campos son dinámicos y producen una jerarquización relacionada con formas de poder y dominación donde quien tiene legitimidad es quien establece las categorías de los dominados. Un individuo, simultáneamente, juega en distintos campos y tiene

que seguir las reglas de cada uno de ellos. En su momento, puede tener una jerarquía muy distinta en uno y otro (Capdevielle J. M., 2013) (Sánchez Dromundo, 2007).

En las sociedades altamente diferenciadas el cosmos social está constituido por el conjunto de esos microcosmos sociales relativamente autónomos, espacios de relaciones objetivas que son el lugar de una lógica y de una necesidad irreductible a aquellas que rigen los otros campos. (Bourdieu P., 2005)

El agente es capaz de tomar decisiones razonadas, de actuar en consecuencia orientado por su habitus (Bullen Aguiar, 2017) . Su capacidad creativa los caracteriza porque “siempre disponen de un margen objetivo de libertad que pueden explotar o no según sus disposiciones ‘subjetivas’” (Bourdieu P., 2005). Los agentes se distinguen entre sí de acuerdo con el volumen y composición de los recursos económicos, culturales y sociales poseídos en un momento dado, lo que Bourdieu llama volumen y estructura de capital (Bullen Aguiar, 2017).

El lugar que ocupa el agente dentro del campo le brinda poder o diferentes poderes en relación con otros agentes con los que siempre habrá distancia, complicidad, dependencia, enfrentamiento y complementariedad.

Dos agentes pueden tener un capital global más o menos equivalente, tanto en su posición como en sus tomas de posición, en tanto que uno tiene (relativamente) mucho capital económico y poco capital cultural (un patrón de una empresa privada, por ejemplo), el otro tiene mucho capital cultural y poco capital económico (por ejemplo, un profesor) (Bourdieu P., 2005)

Una vez que un agente ha logrado trabajar constantemente para acumular capital, distanciarse de sus rivales más próximos, y acceder a los niveles jerárquicos más elevados del campo, empieza a diseñar estrategias que le permitan reducir la competencia, mantener su lugar y excluir del campo a los participantes actuales o potenciales que pudieran convertirse en una competencia para él.

Esto lo logra elevando el derecho de entrada, aumentando el capital necesario para pertenecer e imponiendo reglas que limiten la entrada y perpetúen la posición de poder que alcanzó mediante su esfuerzo. Se convierte de dominado en dominante (Bourdieu P., 2005).

Los campos son producto del conflicto y de la competencia. Tienen su propia lógica, luchas, reglas y características específicas. Pueden cambiar los límites y las reglas si esto les permite seguir existiendo. Por otro lado, el habitus no existe en tanto tal, sino porque tiene un campo al que pertenece; y el campo no puede sostenerse si no hay habitus que lo defina.

Los agentes se constituyen socialmente como activos y actuantes en el campo por el hecho de que poseen las cualidades necesarias para ser eficientes en él. Para construir el campo, hay que identificar las formas de capital específico que serán eficientes en él y para construir esas formas de capital específico, hay que conocer la lógica específica del campo. (Bourdieu P., 2005)

Justamente, la existencia del campo reside no en su estructura, sino en el movimiento constante que se genera entre los agentes, las tensiones, sus luchas y las diferentes posiciones que van tomando de acuerdo con el capital que van adquiriendo y las distancias entre los sujetos.

Cada uno de ellos va a su vez construyendo-construyendo(se)-el habitus que les permita pertenecer o ser excluidos del juego. Cada cual sabe por experiencia que lo que espolea al alto funcionario puede dejar al científico indiferente y que las inversiones del artista resultan ininteligibles para el banquero. La relación entre el habitus y el campo hace que el habitus contribuya a determinar lo que lo determina (Bourdieu P. , Lección sobre la lección, 2002).

...pertenecer a un campo significa por definición ser capaz de producir efectos en él (aunque sólo sea para generar reacciones de exclusión por parte de aquellos que ocupan las posiciones dominantes). (Bourdieu P., 2005).

El límite de un campo es el límite de sus efectos o, en el otro sentido, se forma parte de un campo en la medida en que se sufre y se produce efectos en el mismo (Capdevielle J. M., 2013). El ingreso al campo se regula conforme a reglas impuestas por las posiciones dominantes, que tratan de determinar la posesión de capital y habitus imperante. Con ello, se separa y define a los miembros legítimos de los advenedizos. Mientras más raras y escasas sean estas normas, darán mayor protección y valor a sus miembros (Sánchez Dromundo, 2007).

Un campo se define, entre otras formas, definiendo aquello que está en juego y los intereses específicos, que son irreductibles a lo que se encuentra en juego en otros campos o a sus intereses propios (no será posible atraer a un filósofo con lo que es motivo de disputa entre geógrafos) y que no percibirá alguien que no haya sido construido para entrar en ese campo (cada categoría de intereses implica indiferencia hacia otros intereses, otras inversiones, que serán percibidos como absurdos, irracionales, o sublimes y desinteresados). Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté dotada de los habitus que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego, de lo que está en juego, etcétera (Bourdieu P. , Sociología y cultura, 1990).

La estructura del campo es un estado de la relación de fuerzas entre los agentes que intervienen en la lucha o de la distribución del capital específico que ha sido acumulado durante luchas anteriores y que orienta las estrategias ulteriores. Las luchas que ocurren en el campo ponen en acción al monopolio de la violencia legítima (Bourdieu P. , Sociología y cultura, 1990), el capital vale en relación con un campo determinado y sólo se puede convertir en otra especie de capital dentro de ciertas condiciones (Bourdieu P. , Sociología y cultura, 1990) (Bourdieu P. , Cuestiones de Sociología, 2017). Citando a Bourdieu:

Aquellos que, dentro de un estado determinado de la relación de fuerzas, monopolizan (de manera más o menos completa) el capital específico, que es el fundamento del poder o de la autoridad específica característica de un campo, se inclinan hacia estrategias de conservación -las que, dentro de los campos de producción de bienes culturales, tienden a defender la ortodoxia-, mientras que los que disponen de menos capital se inclinan a utilizar estrategias de subversión: las de la herejía” (Bourdieu P. , Sociología y cultura, 1990) .

En el estado del arte narro la historia de la Oftalmología como una serie de hechos en forma lineal, como aparece reportada por diversos autores a lo largo del tiempo, con algunos hechos relevantes, la biografía de algunos médicos, la invención e intervención de las tecnologías, etc., como una oportunidad sociológicamente hablando, de “construir” un campo, con la mirada, aludiendo a Bourdieu, de quienes “tienen interés en conservar y en conservarse conservando”.

Un paso seguro para la construcción de un campo es el surgimiento de un cuerpo de conservadores que desarrolle la historia del campo y de sus agentes -los biógrafos- y de las obras (filólogos, historiadores del arte y de la literatura, etc.) que comiencen a archivar los esbozos, los bocetos, los manuscritos, a “corregirlos” (el derecho de “corrección” es la violencia legítima del filólogo) a descifrarlos, etc.- otras personas que están aliadas con la conservación de lo que se produce en el campo, que tienen interés en conservar y en conservarse conservando (Bourdieu P. , Cuestiones de Sociología, 2017).

Para entender la forma en que se pueden realizar los procesos de integración o exclusión de los agentes de un campo, es importante hablar del concepto de habitus a continuación.

2.3.2. Habitus

Bourdieu desarrolla el concepto de agente para referirse a quien realiza una acción, pero que, en sus propias palabras, *no es un sujeto o una conciencia, ni el simple ejecutante de un rol o la actualización de una estructura o de una función* (Bourdieu P., 2005) contiene en sí mismo un habitus, es decir, explica que las acciones de los agentes están determinadas por su contexto social, el espacio que ocupan en la estructura social y por sus decisiones personales (Morales Zúñiga, 2009).

Los agentes sociales están dotados de unas disposiciones heredadas que los condicionan a permanecer en un lugar dentro de la estructura social, pero esto no es determinante ya que el habitus regula las prácticas sociales y al mismo tiempo limita las formas de pensar, actuar y sentir, abriendo otras posibilidades para elegir una forma

diferente de actuar (Ferreira, 2010). El habitus se encuentra implicado en el pasado del que es producto (Bourdieu P., 2005).

El concepto de habitus como el conjunto de condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia, es decir, a las posiciones ocupadas en un campo y que se ajustan al espacio en que se desarrollan, además de integrar todas las experiencias pasadas y funciones en cada momento como una matriz de percepciones, de apreciaciones y de acciones. Todo lo anterior, se introduce en el cuerpo, en su actuar, en su postura, en su vestir, en toda la parte física del individuo, de esta manera, lo que se aprende con el cuerpo es algo que se ES (hablar, caminar, sentir, pensar). Cada agente lo introduce en el cuerpo, lo *incorpora* casi inconscientemente como parte de su SER (Bourdieu P., 2005).

Las clases sociales son construidas en la teoría de Bourdieu como el conjunto de agentes que ocupan posiciones semejantes y que:

...situados en condicionamientos semejantes y sometidos a condicionamientos semejantes, tienen todas las probabilidades de tener disposiciones e intereses semejantes y de producir, por lo tanto, prácticas y tomas de posiciones semejantes (Capdevielle J. , 2011)

El énfasis en el carácter disposicional del concepto de habitus busca vincular las estructuras sociales y las prácticas de los agentes, entre lo colectivo y lo singular, integrando las experiencias pasadas en una matriz de percepciones, de apreciaciones y de acciones

El *habitus* está determinado por condiciones pasadas, pero preforma, a su vez, las prácticas futuras siendo una forma de reproducción social, de perpetuación de las estructuras sociales, como sistema de disposiciones en que ser y hacer es una potencialidad (Capdevielle J. , 2011).

El concepto de habitus creado por Bourdieu, sirve precisamente para superar la oposición entre las teorías objetivistas y subjetivistas. Las primeras se refieren a que las prácticas sociales están determinadas por la estructura, pero no pueden dar cuenta de cómo, una misma estructura, genera prácticas sociales distintas: por su parte, los

subjetivistas suponen que los actores ejecutan sus acciones con cierta independencia de las estructuras, pero no explican cómo se generan las irregularidades sociales. El habitus es un concepto que contribuye a superar esta dicotomía y a entender que las acciones de los sujetos se producen socialmente, de esta manera, los sujetos no actúan libremente, pero tampoco se reducen a la estructura en la que se insertan. Como categoría de percepción, el habitus permite ver lo que coloca al agente en la posición en que se encuentra dentro de la sociedad, lo obliga a pertenecer, a seguir ciertas reglas, lo clasifica dentro del campo social.

Hay habitus específicos que incorporan a los sujetos a determinadas formas de relaciones de poder constitutivas en un campo. Por ejemplo, un médico etiquetado como “exitoso” requiere el desarrollo de esquemas de representación incorporados a través del habitus, un capital social suficiente que garantice la pertenencia y la perpetuidad del poder (Laffourge, 2012), (Capdevielle J. , 2011).

Bourdieu está muy lejos de ser determinista, pero es enfático en el carácter activo y generador del habitus, dentro de los límites que le imponen las condiciones objetivas que lo han generado, es decir, fija límites, pero abre posibilidades de migrar a otros espacios sociales.

El habitus puede ser transformado por el autosocioanálisis que se caracteriza por un despertar de la conciencia y una forma de “autotrabajo” que permite al individuo manipular sus disposiciones. La posibilidad y eficacia de esta clase de autosocioanálisis está determinada en parte por las condiciones objetivas bajo las cuales el despertar de la autoconciencia tiene lugar (Capdevielle J. , 2011)

Al final de su vida, Bourdieu escribió un libro sobre él, que más que una autobiografía, es un autoanálisis donde se coloca a él mismo como objeto de estudio. A lo largo de la obra reflexiona, entre otras cosas, en las circunstancias que fueron construyendo su habitus, nos explica los momentos de entrada al campo universitario: la distribución de capitales que había, las relaciones, las estrategias de los ortodoxos contra los heterodoxos, los personajes y las corrientes que dominaban el mundo de la academia francesa en la segunda mitad del siglo pasado, las avenencias y desavenencias con sus colegas, etc.

Y así, más que relatar hechos personales, es un análisis social de su transición por posiciones en los distintos campos, siendo una herramienta que nos permite observar cómo llevaba la teoría de sus conceptos a explicar la realidad en su propia posición (Martínez Álvarez, 2011).

En la teoría de Bourdieu, el cuerpo de los agentes es el lugar en el que se expresa el habitus, es un cuerpo sociabilizado, un cuerpo estructurado, un cuerpo que se ha incorporado a las estructuras inmanentes de un mundo (Capdevielle J. , 2011). El cuerpo, como un lenguaje del habitus, contamina y sobre determina todas las expresiones intencionales de los mensajes percibidos y no percibidos comenzando por la palabra (Bourdieu P. , Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo, 1986). Dependiendo de los medios económicos y culturales, los aspectos modificables del cuerpo (peinado, barba, bigote, etc.) o de vestimenta se convierten en marcas sociales que reciben su sentido y su valor dependiendo del lugar que se ocupa dentro de la escala social. De la misma forma, también las expresiones corporales reflejan una construcción cultural heredada o aprendida a través de categorías de percepción y de sistemas sociales de clasificación.

La torpeza, la soltura, la gracia, las gesticulaciones, se presentan en formas desiguales entre los miembros de los diferentes grupos sociales, siendo mayores las posibilidades de comprometerse con su cuerpo o lenguaje corporal mientras mayor sea el nivel de conocimiento o aristocracia (porque ellos determinan las reglas), obligando a los dominados a vigilarse, corregirse, reprimir sus desesperadas tentativas para reapropiarse de ese lenguaje que les permita avanzar a otros niveles jerárquicos (Bourdieu P. , Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo, 1986).

El cuerpo es, entonces, condicionado por el mundo, modelado por las condiciones materiales y culturales de existencia en las que está colocado desde el origen. Esta incorporación es una práctica que se realiza en forma cotidiana, sin discursos, sin explicación, simplemente, se da, sin intención, se es.

Al hablar de colectividad, también debemos contemplar que la práctica del oficio o profesión es producto de un habitus que a su vez es producto de la incorporación de las regularidades y de las tendencias inmanentes del mundo (Bourdieu P., 2005).

Por ejemplo, ser médico implica la pertenencia a un grupo de referencia poseedor de un habitus específico, muy concreto. Las predisposiciones adquiribles a partir de esta profesión están vinculadas a las prácticas razonables que tienen un sentido socialmente “legítimo”. La sociedad ha establecido el capital cultural y los diplomas que debe poseer el médico y éstos deben ser avalados por una escuela o facultad que tenga cierta jerarquía en el campo docente. Las principales escuelas de medicina son de carácter público, y entre la formalidad de este reconocimiento y el desarrollo de la práctica profesional, se abre el espacio en el que se gesta y se reproduce el habitus del médico. Aquí la sociedad supone que el médico va a continuar sus estudios para avanzar en la jerarquización del campo y convertirse en un médico especialista. Los médicos generales no van a ocupar puestos elevados en el espacio social y su ámbito de actividades siempre estará en los niveles con menor jerarquía. El médico busca la promesa de reconocimiento y poder en el desarrollo de su profesión. El capital simbólico por excelencia es el del “éxito”, el logro social supuestamente alcanzable a través del esfuerzo y del mérito individual (Ferreira, 2010).

La función social de las profesiones y los ritos de institución forjan una imagen social, moldean la representación que puede y tiene que dar una persona moral y también, al imponerle un nombre o título que lo define, lo instituye a entrar en un papel determinado por la sociedad siendo una representación de la institución a la que pertenece el agente (escuela, iglesia, asociación, etc.). El heredero legítimo, el funcionario, el dignatario, contribuye a perpetuar la eternidad de la función que le preexiste y le sobrevivirá. (Bourdieu P. , Lección sobre la lección, 2002). En el caso de los médicos, los títulos profesionales, las certificaciones, los diplomas de asistencia a cursos y congresos representan ese tipo de capital que les brinda legitimidad, igual que un título nobiliario les proporcionaría jerarquía y colocaría en una clase social elevada.

Mediante un análisis profundo, es posible relacionar dos modos de existencia de lo social: el habitus, y el campo como lugar donde el habitus desarrolla su acción. Dicha relación está condicionada mutuamente, ya que uno constituye al otro y viceversa pero

el habitus también dota al campo de un sentido de valor único que caracteriza y da lugar a la experiencia primaria del campo.

La realidad social existe, por decirlo de algún modo, dos veces, en las cosas y en los cerebros, en los campos y en los habitus, en el exterior y en el interior de los agentes (Bourdieu P., 2005).

Los individuos entran en juego en un contexto social históricamente definido, donde desde la infancia se internalizan las reglas que este impone, contribuyendo así a la reproducción social. Dentro de este marco, existe espacio para la libertad de invención y de improvisación. Pierre Bourdieu critica la teoría de la acción racional por su omisión de los condicionamientos sociales y de la historia tanto individual como colectiva de los agentes. En contraposición, Bourdieu desarrolla una teoría de la acción que incorpora el concepto de habitus, donde la mayoría de las acciones humanas no están principalmente orientadas por la intención consciente, sino por disposiciones adquiridas que guían la conducta hacia ciertos fines sin que necesariamente se haya formulado inicialmente una intención explícita hacia ese fin. Así, el habitus, según Bourdieu, conserva un carácter pre-reflexivo, representando un sentido práctico de lo que se debe hacer en una situación dada (Bourdieu P., 2005).

El principio de la acción histórica ya sea del artista, del científico o del gobernante, ya sea del obrero o del funcionario subalterno, no es un sujeto que se enfrente a la sociedad como a un objeto constituido en la exterioridad. No reside en la conciencia ni en las cosas, sino en una relación entre dos estados de lo social, es decir entre la historia objetivada en las cosas, bajo forma de instituciones, y la historia encarnada en los cuerpos, bajo la forma de este sistema de disposiciones duraderas que yo llamo habitus. El cuerpo está en el mundo social, pero el mundo social está en el cuerpo. Y la incorporación de lo social que lleva a cabo el aprendizaje es el fundamento de la presencia en el mundo social que suponen la acción socialmente ejecutada con éxito y la experiencia corriente de este mundo como evidente (Bourdieu P. , Lección sobre la lección, 2002)

En el marco de la teoría de Bourdieu sobre la acción, el concepto de habitus define las condiciones bajo las cuales los agentes desarrollan sus estrategias prácticas. El habitus se entiende como una estructura de disposiciones que otorga a los individuos la capacidad de operar en el mundo. Esta estructura, heredada del grupo de pertenencia,

limita objetivamente las opciones disponibles para el agente al incorporar predisposiciones cognitivas, perceptivas e interpretativas que configuran sus habilidades anticipadas. Aunque el habitus impone un marco estructural inicial, solo adquiere sentido cuando se pone en práctica; a través de la acción y los efectos prácticos que genera, el agente lo transforma al apropiárselo. Según Bourdieu, el habitus es una estructura que es simultáneamente estructurada por las condiciones sociales y estructurante en términos de cómo influye en las acciones y decisiones de los individuos (Ferreira, 2010).

Un habitus es un “oficio”, un capital de técnicas, de referencias, un conjunto de “creencias”, propiedades que se deben a la historia (nacional o internacional) de la disciplina, a su posición en la jerarquía de las disciplinas y que son a la vez la condición del funcionamiento del campo y el producto de este funcionamiento (Bourdieu P. , Cuestiones de Sociología, 2017)

Ahora abordaremos otro concepto sobresaliente dentro del pensamiento de Pierre Bourdieu, el capital, concepto que rescata de los escritos de Karl Marx, lo actualiza y le da su propia interpretación.

2.3.3. El concepto de capital cultural.

La noción de capital, según Bourdieu (Bourdieu P., 2005), abarca aquello que se revela eficaz en un contexto específico, ya sea como herramienta de dominio o como medio de influencia.

El capital cultural puede existir bajo tres formas: en el estado incorporado, es decir, bajo la forma de disposiciones duraderas del organismo; en el estado objetivado, bajo la forma de bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios, instrumentos, maquinaria, las cuales son la huella o la realización de teorías o críticas a dichas teorías, y de problemáticas, etc., y finalmente en el estado institucionalizado, como forma de objetivación muy particular, porque tal como se puede ver con el título escolar, confiere al capital cultural -que supuestamente debe garantizar-las propiedades totalmente originales (Bourdieu P. , Los tres estados del capital cultural, 1979).

El concepto de **estado incorporado** se refiere a las disposiciones, conocimientos, ideas, valores y habilidades que los agentes adquieren a lo largo de su proceso de socialización y que constituyen su ser. Estos elementos no pueden acumularse más allá de las capacidades individuales. Es decir, el estado incorporado representa todo aquello que el agente conoce, sabe hacer y lleva consigo como parte intrínseca de su persona (Sánchez Dromundo, 2007).

La acumulación del capital cultural exige una incorporación que, en la medida en que supone un trabajo de inculcación y de asimilación, consume tiempo, tiempo que tiene que ser invertido personalmente por el “inversionista”. El capital cultural es un tener transformador en ser, una propiedad hecha cuerpo que se convierte en una parte integrante de la “persona”, un hábito. Quien lo posee ha pagado con su “persona” con lo que tiene de más personal: su tiempo (Bourdieu P. , Los tres estados del capital cultural, 1979).

El **estado objetivado** se refiere a todo aquello que el agente consume y que contribuye a su capital incorporado, representando un valor significativo en el campo al que pertenece. La posesión y el consumo de estos elementos son fundamentales para el desarrollo y la formación del individuo en dicho contexto (Sánchez Dromundo, 2007).

El capital cultural objetivado en apoyos materiales (escritos, pinturas, monumentos, etc.), es transmisible en su materialidad. Por otro lado, el agente se beneficia del dominio de ese capital objetivado y en la medida de su capital incorporado (Bourdieu P. , Los tres estados del capital cultural, 1979). Como ejemplo, en el tema de este trabajo, un oftalmólogo adquiere una gran cantidad de conocimientos y habilidades que lo hacen tener mayor jerarquía dentro del campo, que le lleva a tener mejor tecnología en su consultorio (y que va a poder transmitir a sus herederos), y todo esto, a su vez, aumenta su capital económico. Y es un ciclo, ya que, al tener mayor capital económico, es capaz de seguir adquiriendo tecnología cada vez más actualizada y desarrollar más habilidades, aumentar su conocimiento académico (puede pagar cursos y/o congresos) y mejores posiciones dentro del campo.

El **estado institucionalizado** se refiere a los títulos escolares que otorgan reconocimiento al capital cultural institucionalizado. Estos títulos también proporcionan diferentes grados de consagración según el prestigio de la institución educativa que los confiere (Sánchez Dromundo, 2007).

Los títulos escolares son una evidencia ante la sociedad del capital incorporado de los agentes, y también se relacionan con el capital económico ya que este último permite pagar escuelas más caras y donde es difícil el acceso, convirtiendo al portador del capital cultural en un agente que puede moverse más fácilmente dentro del campo. Además, permite a otros agentes con el mismo capital, a compararse y aun intercambiarse (sustituyéndose los unos por los otros en la sucesión). Por ejemplo, el presidente de una sociedad médica que es sustituido al terminar su ciclo por un agente con capital institucionalizado comparable. Los agentes desarrollan estrategias de reconversión de capital económico en capital cultural, y viceversa, que van a transformar la estructura de posiciones dentro del campo (Bourdieu P. , Los tres estados del capital cultural, 1979).

No siempre el capital cultural o el capital económico coinciden, pero por lo general, conviven en el espacio social donde una persona comparte los mismos capitales con otros. En el caso que nos atañe, a los hijos de médicos reconocidos y respetados por el grupo social, les costará menos esfuerzo acceder a una jerarquía más alta que a aquéllos que son hijos de obreros, es decir, sin ningún tipo de capital con significado dentro del campo.

Es un hecho ordinario que el médico, para ser reconocido, debe pertenecer a sociedades o asociaciones que cuenten con la certificación que le dé legitimidad. Esto no es obligatorio ni le impide ejercer la especialidad, sin embargo, le da pertenencia. Le brinda capital cultural individual y al grupo social como colectividad.

Los consejos que avalan la certificación de los médicos, a su vez, cuentan con la certificación de instituciones con mayor jerarquía. Ser certificado por el consejo, significa para el agente, el reconocimiento de sus pares y le brinda el capital requerido para adquirir los mismos bienes económicos y académicos de otro que está a su mismo nivel social.

Como requisito para lograr la certificación se requiere aprobar un examen, pero más allá de eso, se requiere mantener el nivel jerárquico que le va dando la adquisición de capitales académicos. Para tal fin, el agente realiza un gasto económico en inscripciones a congresos, transporte, hospedaje, alimentos y otros lujos en cada actividad a la que asiste dentro del mismo evento. El agente se somete tácitamente a la dominación de la institución con base lograr un mínimo de puntaje que le permita seguir gozando de los beneficios sociales que le da la pertenencia al campo.

La posesión de diferentes capitales en los agentes tiene enormes consecuencias en los estilos de vida, gustos, consumos culturales, votos, etc. De hecho, el acceso a los distintos tipos de capital es fundamental en la construcción del mundo social.

En el trabajo empírico el determinar qué es el campo, cuáles son los límites y determinar qué especies de capital actúan en él, dentro de qué límites ejerce sus efectos, etc., es una misma cosa (se ve que las nociones de capital y de campo son estrechamente independientes). (Bourdieu P., 2005)

La posición de los agentes en el espacio global se distribuye, de acuerdo con el volumen y la estructura del capital (Capdevielle J. , 2011). Hay capitales de valor en todos los campos y otros de valor relativo que varían según del campo de que se trate (Bourdieu P., 2005). Un capital no existe ni funciona sino en relación con un campo específico: confiere un poder sobre el campo, sobre los instrumentos materializados o incorporados de producción o de reproducción, sobre las reglas y beneficios que dentro del campo se producen.

La forma en que se posicionan los agentes dentro del campo, en cuanto a la posesión de capital, da lugar a que unos sean dominantes y otros dominados, lo que favorece un proceso de lucha entre ellos que no siempre es explícita, pero existe. A esto se refiere el concepto de violencia simbólica, de lo que trataré en la siguiente sección.

2.3.4. Violencia simbólica.

La posesión de capital en unos agentes y su carencia en otros propicia el surgimiento del concepto de dominación. Max Weber, antes que Bourdieu, ya lo había abordado planteando que la dominación es el ejercicio del poder sin la necesidad de imponerlo con la fuerza física, porque ya se ha legitimado, y bajo esta visión, la dominación también tiene que ver con la aceptación del que obedece (dominado) (Bourdieu P. , La dominación masculina, 2000).

Bourdieu introduce el concepto de dominación y violencia simbólica basándose en la existencia de dos tipos de posiciones dentro de la estructura social: los dominantes y los dominados. Ambos grupos internalizan de manera tácita sus roles desde temprana edad, a través de procesos imperceptibles en contextos como la familia, la escuela y la iglesia. Este proceso de internalización incluye la incorporación del habitus dominante o dominado tanto a nivel individual como colectivo (Bourdieu P. , La dominación masculina, 2000) .

La dominación se considera simbólica en aspectos como etnia, sexo, cultura, lengua, entre otros, porque carece de evidencia física directa, pero ejerce efectos reales y sutiles en la psique individual y social. Estos efectos son casi invisibles y se manifiestan a través de esquemas de percepción, valoración y acción que conforman los hábitos dentro del orden social establecido. Por ejemplo, la dominación masculina y la sumisión femenina se aceptan en ciertas sociedades como algo natural y espontáneo, ya que están arraigadas profundamente en las disposiciones corporales, desencadenando comportamientos automáticos frente a situaciones específicas y reproduciéndose socialmente (Bourdieu P. , La dominación masculina, 2000).

...los dominados contribuyen, unas veces sin saberlo y otras a pesar suyo, a su propia dominación al aceptar tácitamente los límites impuestos, adoptan a menudo la forma de emociones corporales -vergüenza, humillación, timidez, ansiedad, culpabilidad- o de pasiones y de sentimientos -amor, admiración, respeto-; emociones a veces aún más dolorosas cuando se traducen en unas manifestaciones visibles, como el rubor, la confusión verbal, la torpeza, el temblor, la ira o la rabia impotente, maneras todas ellas de someterse, aunque sea a pesar de uno mismo y como de malagana, a la opinión dominante, y manera también de experimentar, a veces en el conflicto interior y el desacuerdo con uno mismo, la complicidad subterránea que un cuerpo que rehúye las directrices de la conciencia y de la voluntad mantiene con las censuras inherentes a las estructuras sociales (Bourdieu P. , La dominación masculina, 2000).

La violencia simbólica influye en los aprendizajes, los hábitos corporales, el lenguaje y la forma en que los individuos se relacionan con la sociedad. Por ejemplo, en algunas sociedades, las mujeres tienen roles específicos como obedecer al hombre, permanecer en casa cuidando de los hijos y mantener un perfil bajo. En contraste, los hombres asumen roles dominantes, a menudo sin ser plenamente conscientes de ello, pero conformados por las normas no escritas del núcleo social. Otro ejemplo claro es el mejor desempeño académico de los alumnos de clases sociales más altas, quienes comprenden las expectativas, saben cómo relacionarse y dónde enfocar sus esfuerzos académicos. En contraposición, los alumnos de familias proletarias pueden carecer de este conocimiento transmitido por sus padres, lo que les coloca en desventaja. La violencia simbólica también se manifiesta en el sistema educativo, donde los profesores tienen el poder de seleccionar qué conocimientos son considerados valiosos y cómo se transmiten, basándose en sus propias estructuras de pensamiento interiorizadas y aprendidas socialmente. Este proceso educa a los estudiantes de acuerdo con las normas y monopoliza el poder del conocimiento (Bourdieu P. , Los herederos, 2009).

La violencia simbólica permea todos los ámbitos de la sociedad, actuando tanto sobre los cuerpos como sobre las mentes de manera efectiva y sutil. Es una forma de dominación que, aunque invisible y suave, tiene un impacto brutal. Un claro ejemplo de esto es la restricción en las opciones educativas para los hijos de padres que habitan sectores populares cuando acceden a la universidad. A menudo, estos estudiantes optan por carreras de menor prestigio, lo que perpetúa la sumisión a la que están sometidos, y

muchas veces no es que opten, sino que no tienen más opción que entrar a carreras de menor prestigio. De una forma u otra, esta sumisión no es el resultado de reglas explícitas como leyes o costumbres, sino de la interiorización de esquemas mentales, es decir, del habitus. En este sentido, la violencia simbólica representa una forma de dominación culturalmente establecida (Bourdieu P. , Los herederos, 2009).

Podemos entrever que, en este juego, en estas luchas, donde uno acepta y otro establece las reglas, se vislumbra un poder entendiéndolo como una fuerza que ejerce el ganador del juego frente al resto de los jugadores.

En el siguiente capítulo abordaremos el contexto del tema que nos ocupa.

gobierno de la Nueva España para enseñar el arte del cultivo de la tierra a los indios aborígenes (Corona S. , 2016) (Corona S. , 2011). Región con personalidad propia, a partir de 1594 la Comarca fue conocida por Felipe II como la “Provincia de La Laguna”, haciendo referencia a su clara identidad como sistema hidrológico de ríos y lagunas en medio del desierto oriental de la Nueva Vizcaya. Su nombre evolucionó a “País de La Laguna”, “País de Lagunas” y, finalmente, al de “Comarca Lagunera” (Corona S. , La Comarca Lagunera en la historia nacional, 2014). A partir de la ocupación española en el norte de México en este periodo se fueron criando rebaños para el abasto de carne, cultivos comerciales, manufacturas de carácter agroindustrial, mineral, vinícola y cultivo algodonero que inició la industria de hilados y tejidos hacia finales del siglo XIX (Corona S. , La Comarca Lagunera en la historia nacional, 2014).

Entre los años 1884 a 1888 la región quedó comunicada con el cruce de las dos rutas de ferrocarril más importantes hasta ese momento en México: el **Ferrocarril Central Mexicano** con la ruta México-Paso del Norte (hoy Ciudad Juárez, Chihuahua), y el **Ferrocarril Internacional**, que cubría la ruta Ciudad Porfirio Díaz -hoy Piedras Negras, Coahuila- a Durango. (Sotomayor Garza, 1992) (Corona S. , La Comarca Lagunera en la historia nacional, 2014). Al punto geográfico donde se cruzaban ambas rutas se le nombró Torreón, en recuerdo a una vieja torre de vigía localizada en los alrededores utilizada para protegerse de las invasiones indígenas.

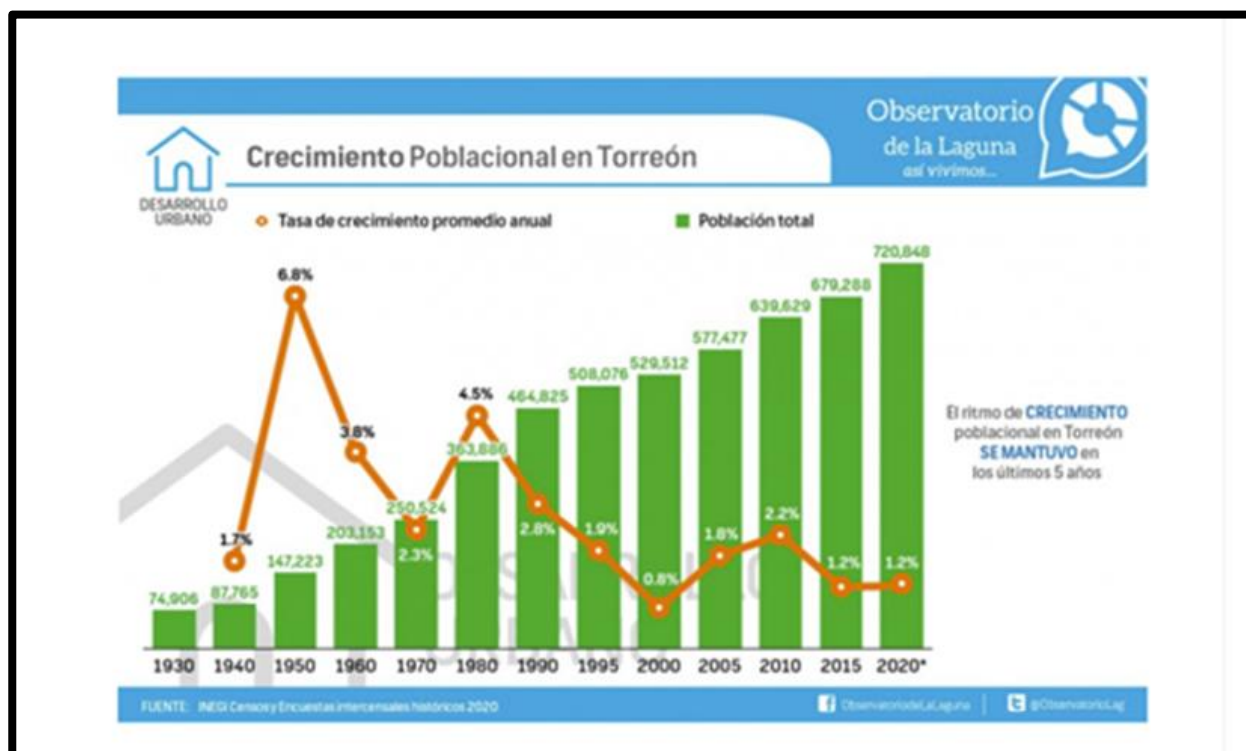
Ya en este contexto de modernidad se impulsó el crecimiento de la localidad que en poco tiempo vio multiplicarse de unas cuantas tiendas de campaña y furgones a múltiples cabañas de madera que funcionaban como hoteles, restaurantes, bares y tiendas que fueron atrayendo poco a poco a una ola de migrantes como inversionistas o trabajadores que venían de otras regiones del país, o incluso del extranjero, con el consecuente aumento del comercio e industrias de todo tipo. Las instalaciones ferroviarias y los sistemas de riego se expandieron, se construyeron caminos, se instalaron telégrafos, teléfonos y sistemas eléctricos, hasta convertir la zona en la mejor cotizada y comunicada de México (Corona S. , La Comarca Lagunera en la historia nacional, 2014).

En la primera década del siglo XX ya se habían instalado fábricas de textiles, de jabón, de glicerina, de dinamita, de harina, una fundidora, una acerera y una cervecería. Torreón tenía ya para entonces una población de 40 mil habitantes, de los cuales más de cinco mil eran extranjeros (Corona S. , La Comarca Lagunera en la historia nacional, 2014). Fue la primera ciudad “planeada” de México, la más “americana” y también la más moderna fuera de la capital del país. Es en ese periodo cuando llegan a la región los primeros profesionistas: doctores, dentistas, farmacéuticos, ingenieros, etc., provenientes principalmente de Estados Unidos y Alemania para servir a los extranjeros y a la élite mexicana (Meyers, 1996).

La ciudad de Torreón, por su localización estratégica, tuvo un lugar destacado en las batallas de la Revolución Mexicana siendo tomada en cuatro ocasiones por diferentes grupos armados (1911, 1913, 1914 y 1916) (Corona S. , La Comarca Lagunera en la historia nacional, 2014), lo que siguió fortaleciendo su lugar destacado en el mercado de producción algodonera, agrícola, ganadera y la llegada constante de migrantes con necesidades específicas, especialmente en el área de la salud.

El flujo migratorio siguió también creciendo exponencialmente pues se conoce que el número de habitantes en 1921 era de 50,902 y aumentó a 263,564 en el año de 1960, lo que corresponde a un crecimiento porcentual de más del 400% (Guerrero, SF). Aunque en las últimas décadas el número de habitantes se ha mantenido relativamente estable, para el año 2020 el municipio de Torreón contaba con una población de 720,848 habitantes (INEGI, 2022).

Figura 2. Crecimiento poblacional de Torreón.



Fuente INEGI 2022

3.2. Los primeros oftalmólogos en Torreón.

Hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX en medio de la guerra de la revolución mexicana, los “médicos de los ojos” se formaban fuera del país, en Nueva York, París o ciudad de México, o acompañando a médicos más experimentados en los hospitales de la capital del país. Aunque muchos de ellos no tenían un título oficial, era la práctica lo que los respaldaba. En esa época trabajaban solos o acompañados de un óptico quienes eran los responsables de hacer los lentes que recetaban. No radicaban en la región, sino que venían sólo en periodos específicos a consultar.

La presencia de los combates revolucionarios en todo el país propició un ambiente de incertidumbre en el ámbito médico y, una manera de fortalecer la presencia de los profesionistas médicos consistió en proponer que la sociedad de Oftalmología, ya formada a finales del siglo XIX, acogiera al pequeño grupo de profesionales de los

oídos, nariz y garganta. Es así como se fusionan en 1920 y surge el concepto de “especialista en ojos, oídos, nariz y garganta” (Cronica de la otorrinolaringología en México, 2018).

El Estado mexicano promovió la inmigración de algunas comunidades extranjeras y se tuvo cuidado en que los inmigrantes no introdujesen al país enfermedades contagiosas. Familias de europeos llegaban enfermas de sarampión u otras enfermedades transmisibles: las autoridades sanitarias mexicanas las aislaban y las trataban hasta su curación, luego de lo cual les permitían establecerse en el país. La inspección de los ojos de los inmigrantes se hacía de manera especialmente cuidadosa en el puerto de Salina Cruz, detectándose casos de tracoma (enfermedad infecciosa causante de ceguera provocada por una bacteria, *Chlamydia trachomatis*) en europeos, americanos, asiáticos, criollos e indígenas (Carrillo A. M., 2001).

Para 1896 la presencia del tracoma en el país ya era un tema de suma importancia que se discutió en el Segundo Congreso Médico Panamericano (el hospital de Oftalmología en la ciudad de México tenía un registro de 42000 casos procedentes de pueblos indígenas del Valle de Toluca y Texcoco en 1876) (Botton, 2008).

Por supuesto, el tracoma se presentó también en la población de la Comarca Lagunera, debido al constante paso y establecimiento de extranjeros en la región, lo que contribuye a dispersar la enfermedad. Durante la segunda década del siglo XX, se conocieron de varios casos en Torreón y en municipios aledaños por lo que el departamento de salubridad tomó diversas medidas para contener los brotes como establecer cuarentenas entre los pobladores, visitas sanitarias a diversos establecimientos y en septiembre de 1922 se convoca en la ciudad de Saltillo, Coahuila al VII Congreso Médico Nacional cuyo fin era difundir entre los médicos temas de interés contemplándose entre los temas sobre los ojos: el tracoma, las iridociclítis, conjuntivitis purulentas, nuevas operaciones anti glaucomatosas, pero también dentro de la misma sección se contemplaban la amigdalotomía y patogenia y tratamiento de los zumbidos de oídos. Esto último demostraba dos cosas: el interés por la educación continua que tenían los médicos de la época y la fusión formal de ojos con oídos, nariz y garganta como ya comenté líneas más arriba (VII Congreso Médico Nacional, 1922).

La población de la Comarca Lagunera, hacia la segunda década del siglo XX siguió aumentando y con ello todo tipo de servicios, incluyendo la atención médica. En ese contexto se presentó el Dr. P. C. Marchant, residente de San Francisco, California, y se anunciaba como un profesional especializado en “ojos, oídos, nariz, garganta, del cerebro y de los nervios”. Atendía en El Hotel Salvador, que en esa época era de gran categoría (Oportunidad excelente, 1923).

Es probable que el equipo con el que contaban este tipo de médicos fuera muy básico, pues debía permitirles desplazarse por diversos lugares del país y además competían con los boticarios que recetaban sin control oficial cualquier clase de medicamentos o gotas que supuestamente curaban todo tipo de afecciones. También existía la posibilidad de que el paciente fuera consultado por correspondencia, lo que era tardado y no exento de complicaciones.

El teniente coronel Médico Cirujano Dr. Fernández Talledo (Orden General de la Plaza de Torreón Coah., del 27 al 28 de nov de 1929, 1929) fue un médico militar especialista de ojos, oídos, nariz y garganta, uno de los primeros que atendió en la región de manera temporal, pues entre sus labores en el ejército mexicano también estudió la blenorragia (o gonorrea, enfermedad de transmisión sexual que se conoce como blenorragia en relación con el flujo blanco que se expulsa a través del orificio uretral) reportando, en 1923, que en 90 mil soldados, 18,400 de ellos (20.4%) la tenía. Concluyó que “en males venéreos nuestro ejército supera a cualquier otro en todo el mundo.” (Zavala, 2015). Infiero su preocupación y trabajo para la prevención de la gonorrea (agente causal *Neisseria gonorrhoeae*) y sus diversas manifestaciones, entre otras, por la posible conjuntivitis, una infección del ojo por contacto con secreciones genitales de una persona infectada y que afecta gravemente sobre todo a los niños nacidos a través del canal del parto.

El mismo Dr. Fernández Talledo, en su “Ensayo de geografía médico-militar de los principales lugares de la República Mexicana”, elaborado para uso del personal médico

del ejército, reportó que las enfermedades venéreas se habían generalizado en las ciudades de Torreón y Matamoros:

Por no estar debidamente reglamentada la prostitución y vigilada por un cuerpo de inspectores competentes, único medio de restringir el alarmante desarrollo de esta clase de enfermedades (Carrillo, 2010).

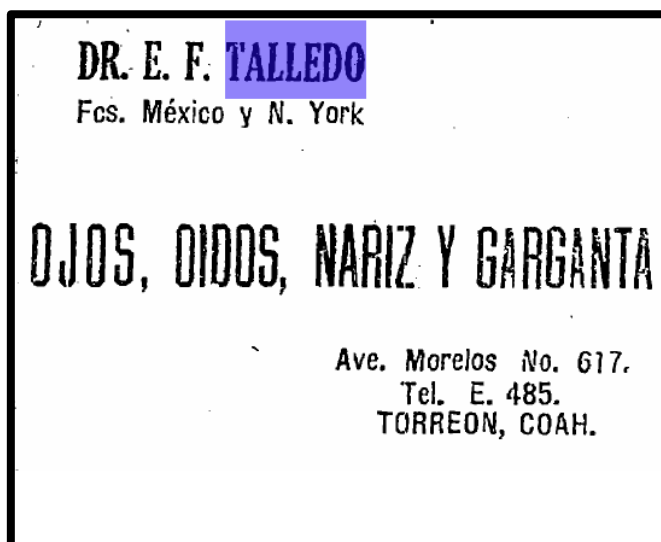
El Dr. Fernández Talledo aparece en la publicidad de un diario de la Comarca Lagunera (Anuncios clasificados, 1929) como especialista de ojos, oídos, nariz y garganta y realizó campañas para *examinar ópticamente* a todos los alumnos de escuelas municipales (El examen óptico de los escolares, 1930). También fue director del órgano oficial de la Asociación de Médicos de Torreón, “La Gaceta Médica” en el mismo año (Sociales y Personales, 1930) y un año antes del Hospital Militar (De alivio, 1929).

En esa época los pacientes acostumbraban a publicar en el periódico notas de agradecimiento a los médicos por su atención y evolución hacia la mejoría, así encontramos notas relativas al profesionalismo del Dr. Fernández Talledo lo que trasluce el prestigio que ya se había ganado con su trabajo, su nivel académico y su reconocimiento social, lo que seguramente le añadió capital cultural y económico a este médico.

Bourdieu explica que las acciones de los agentes están determinadas por su contexto social, el espacio que ocupan en la estructura social y por sus decisiones personales (Morales Zúñiga, 2009). De esta manera es como se va formando el habitus. Tenemos que recordar que los primeros oftalmólogos venían de familias acomodadas, con un capital cultural y económico elevado que les permitía estudiar en el extranjero y relacionarse con lo más selecto de la profesión, entonces, cada uno de ellos busca perpetuar ese capital consolidado relacionándose con agentes que tengan por lo menos el mismo capital, restringiendo el acceso al campo que va poco a poco formándose y alimentando el habitus que les da exclusividad, regula las prácticas sociales y al mismo

tiempo limita las formas de pensar, actuar y sentir (Ferreira, 2010). El habitus se encuentra implicado en el pasado del que es producto (Bourdieu P., 2005).

Figura 3. Anuncio Clasificado.



Publicidad del Dr. Flores Talledo donde se presenta como egresado de las facultades de México y Nueva York. (El Siglo de Torreón, 22 dic 1929 página 14)

Un incidente ocurrió en Torreón en relación con un hombre llamado Francisco M. Sanz, de origen chino, que presentaba una afección ocular. Acudió a consultar a un personaje de nombre Óscar Rozas quien descartó la presencia del tracoma como origen del padecimiento. Sin embargo, como no vio mejoría, el Sr. Francisco M. Sanz acudió a consultar al Dr. Enrique Orvañanos, jefe del Departamento de Salubridad de Torreón y especialista en enfermedades de los ojos quien determinó que sí padecía tracoma, por lo que redactó una carta abierta al público denunciando la usurpación de funciones del Sr. Rozas, quien ni siquiera tenía estudios de medicina. Este incidente nos muestra como ya era muy importante el título especialista para sustentar opiniones médicas y como el prestigio del Dr. Orvañanos fue suficiente para que la opinión pública rechazara totalmente al personaje antes mencionado quien continuó anunciándose como optometrista únicamente, pero poco después se pierde su rastro en la historia de la región (El Departamento de Salubridad de esta ciudad declara que un chino padece el grave mal de la Tracoma., 1925). Cabe mencionar que el Sr. Rozas, en su declaración

ante el juez, exhibió su título de oculista optometrista expedido por la Universidad de Nueva York y agregó que esa clase de títulos no se expedían en México por no darse cursos especiales en ninguna de las universidades o facultades. Así mismo, sostiene que nunca ha ejercido la medicina y solo se ha dedicado a la optometría (Declararon los Sres Oscar Rozas y A. Torres Pico, 1924). Justo en este evento se reflejan ya los que quizá fueron los primeros conflictos en la construcción del campo: la medicina profesional en contra de optometristas por la delimitación de la atención a los ojos en los inicios del siglo XX en Torreón.

Un capital es aquello que es eficiente en un campo determinado como arma y apuesta de lucha, lo que permite a su portador ejercer un poder, una influencia. Es como si un grupo de jugadores tuviera delante de sí pilas de fichas de diferentes colores, correspondientes a las diferentes especies de capital que posee, de manera tal que su fuerza relativa en el juego, su posición en el espacio de juego y también sus estrategias de juego dependen del volumen global de sus fichas y de la estructura de las pilas de fichas, del volumen global de la estructura del capital. (Bourdieu P. , Cuestiones de Sociología, 2017). Los jugadores pueden jugar para aumentar o conservar su capital, sus fichas, conforme a las reglas del juego o trabajar para transformar el valor de su capital.

Muchas luchas en el campo del poder son así: jugar con recursos económicos, sociales o políticos que permitan ejercer un poder sobre otros jugadores y sobre las reglas que lo rigen. Este es el juego que se juega entre actores y el que juega el propio Estado. Numerosas luchas en el campo del poder son de este tipo: especialmente las que apuntan a apoderarse de un poder ya existente.

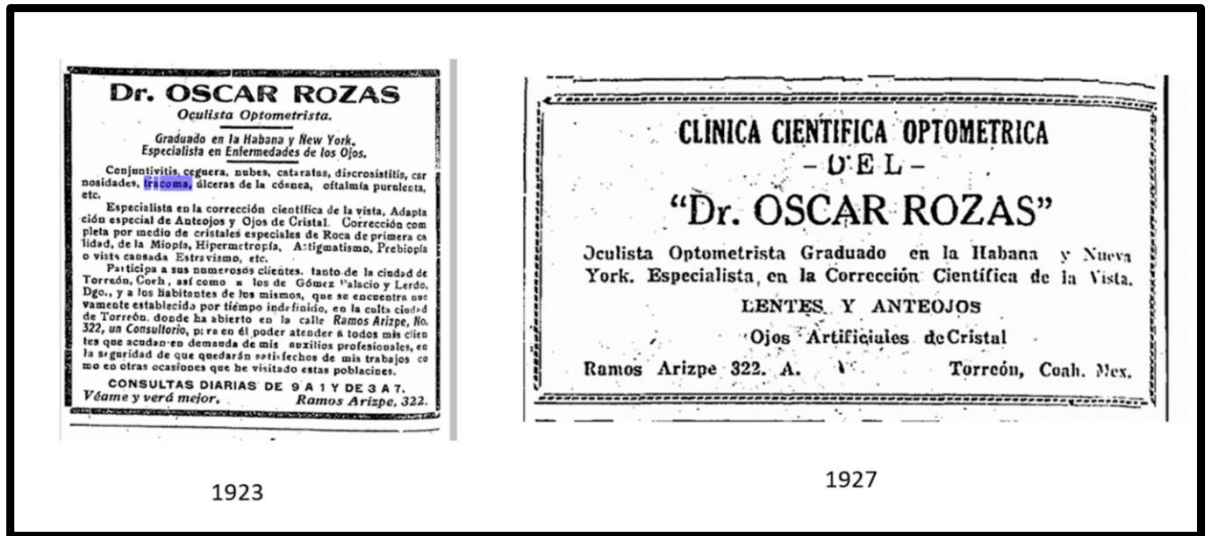
Fig. 4 Título de un artículo sobre una disputa acerca del diagnóstico de un paciente.



Fuente:

(El Departamento de Salubridad de esta ciudad declara que un chino padece el grave mal de la Tracoma., 1925)

Fig. 5. Anuncio de uno de los involucrados en el asunto del habitante de ascendencia china con probable diagnóstico de tracoma.



Fuente: (Anuncio publicitario, 1923). Este hombre fue acusado de usurpación de funciones médicas, presenta papeles que sí lo acreditan como optometrista lo que hace que retiren el proceso y en posteriores apariciones de sus promociones personales se observa que desaparece todo lo relacionado a curar enfermedades y sólo permanece la corrección científica de la vista.

Con relación al tracoma, las autoridades sanitarias fueron implementando medidas de control en todas las comunidades y grupos poblacionales de la región, así como tratamientos mediante soluciones antisépticas, raspado quirúrgico y la utilización de antibióticos del tipo de sulfonamidas, y de esta forma se observó una reducción de casos hacia 1942 (SALUD, 2016). Cabe mencionar que es hasta 2016 que el tracoma fue eliminado como problema de Salud Pública en nuestro país.

En nuestra región, cada vez eran más frecuentes los eventos sociales donde se reunían grupos de médicos, incluyendo a los doctores Enrique Orvañanos y Ernesto Fernández Talledo quienes encabezaban los círculos selectos de profesionales de la salud en esa época (Sociales y personales, 1932). Aparecían en actos públicos

conviviendo con otros personajes notables de la ciudad y miembros del Club Rotario (Vistazos a tiempos idos, 1942)., y eran autoridades de opinión en temas tan diversos como la educación en la infancia (Opiniones, 1945).

Fig. 6. En opinión de un especialista.

OPINIONES DEL

Doctor Enrique Orvañanos

dadas a las señoritas profesoras SOCORRO SALDAÑA Y MARIA ELENA MARTINEZ.

- El estado de educación en Coahuila es muy deficiente, pues se podría tratar de ir modernizando aunque fuera lentamente.
- Sobre el establecimiento de direcciones técnicas es muy necesario para orientar en todos los nuevos conocimientos que día a día la enseñanza reclama.
- Sobre los Jardines de Niños, son muy necesarios para su salud y desarrollo físico y mental.
- En cuanto a los sueldos que devengan los Maestros son muy bajos y es justo que se les aumenten más.

TORREON, Coah., 8 de Marzo de 1945.

Fuente: (Opiniones, 1945). Aquí vemos como la opinión de los médicos especialistas influía en diferentes aspectos de la vida de Torreón

En este punto ya se puede ver como el grupo de oftalmólogos empieza a conformarse, aunque como dice Bourdieu, la construcción de un campo no se efectúa por un acto de decisión. Solamente estudiando cada uno de estos universos, los campos, puede establecerse cómo están concretamente constituidos, dónde terminan, qué forma parte de ellos y qué no y si constituyen verdaderamente un campo (Bourdieu P. , Cuestiones de Sociología, 2017). La dinámica de un campo reside en la configuración

particular de su estructura, en la distancia entre las diferentes fuerzas que se enfrentan dentro de él y en el capital específico que funciona con relación a él y que confiere poder a los diferentes actores, y sobre las reglas y beneficios que en él se gestan. Y esto es justamente lo que estaremos viendo a lo largo de este capítulo.

Los médicos también destacaron como autoridades en el ámbito político pues participaron en fortalecer el desarrollo de la región con la unión de obreros y campesinos en un solo órgano rector. Todos ellos formaron la “*asociación de profesionistas al servicio de campesinos y obreros*” en apoyo al candidato a la presidencia de la república Lic. Miguel Alemán (A la opinión pública, 1945).

Esta postura de la asociación de profesionistas al servicio de campesinos y obreros, desde mi perspectiva no es más que un ejercicio de poder del más fuerte sobre el más débil, de acuerdo con sus capitales. Lo real es relacional: lo que existe en el mundo social son relaciones-no interacciones o lazos intersubjetivos entre agentes, sino relaciones objetivas que existen “independientemente de las conciencias y de las voluntades individuales” como decía Marx (Bourdieu P. , Cuestiones de Sociología, 2017). Es decir, si entendemos que el cosmos social está constituido por una serie de microcosmos que buscan posicionarse mediante la dominación, subordinación, homología, etc., entonces, el tener un título como profesionista te faculta a ejercer un poder sobre alguien que carece de él (obreros y campesinos) y a decidir por él y sobre él como un padre “amoroso” que busca lo mejor para aquel más débil, con todos los beneficios propios que puede conllevar esta acción.

3.3. Institucionalización y mercantilización de la Oftalmología en Torreón.

Uno de los logros de la gesta revolucionaria fue la Constitución de 1917 que en su artículo 123 contiene normas y disposiciones constitucionales de derecho a la seguridad social que le concede al trabajador el derecho a ser protegido por el Estado, y que se ratifica en la reforma constitucional de 1929, en la que se demanda la necesidad de crear

el Seguro Social con las coberturas de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez, cesantía y muerte (Federación, 1929).

Seguramente la expedición de la Ley del Seguro Social fue el culmen de diversas luchas, pero también un intento más amplio de control de la salud por parte del Estado. Por ejemplo, en 1925 surge el Sindicato de los médicos en Torreón (Los médicos forman su sindicato, 1925), con el propósito de defender los privilegios de su profesión ante la amenaza de la explotación laboral por parte del Estado al sentirse desprotegidos como gremio. Cabe aquí recordar que, debido al gran crecimiento económico de la región, llegaron a establecerse inmigrantes de lugares diferentes, muchos de ellos con la necesidad de trabajar. Algunos encontraron la oportunidad de desempeñarse curando enfermedades, aunque no lo hacían siempre de una forma científica, ya que promovían baños eléctricos, diatermia, pomadas “milagrosas”, etc. Esto generó gran disgusto en la comunidad médica, cuyos miembros habían invertido tiempo y dinero en su formación, y aunque cumplían todos los requisitos legales, veían que su autoridad era menoscabada por el mismo Estado que los acreditaba, por un lado, pero por otro permitía el ejercicio profesional de personas extranjeras (o nacionales) sin ningún tipo de certificación académica. Es entonces que se forma el sindicato de médicos, siendo Torreón una de las ciudades iniciadoras del movimiento que se extendió a nivel nacional (Ha quedado constituido en esa ciudad un sindicato de médicos, 1923). La Constitución Política del Estado, en su artículo 175, establecía que la ley determinaría qué trabajos y profesiones no podían ser ejercidos libremente sin cumplir los requisitos de una reglamentación (Intrigas de los Doctores. El sindicato de médicos de La Laguna se queja contra el centro naturista alemán, 1928). También había ciertas complacencias por parte del Estado en la revalidación de títulos (incluso a personas que no hablaban el idioma español). Por último, el vicio de visar títulos aun cuando la palabra “visar” no autorizaba a ejercer ninguna profesión. Todo esto contribuía a que una avalancha de pseudo-médicos, sin pizca de ética profesional (ya que no son profesionistas), “...se dedican a lanzar al público anuncios desbordantes en un gran charlatanismo de ‘Sanalotodo’ ante los que la gente humilde, sobre todo, cae engañada dejando en esa red de farsa los pocos recursos con los que podría quizá curarse”. Los médicos extranjeros podían ejercer libremente en el país sin revalidación de su título, al contrario de los médicos mexicanos que tenían que someterse a duros exámenes y protocolos para poder

realizar su práctica en otros países (Porqué la fundación del sindicato médico de la Laguna, 1925).

Los médicos comparaban la seguridad ofrecida a los obreros, por parte del Estado, de la que no podían disfrutar pese a que ejercían sus habilidades en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Si bien ellos no realizaban un trabajo manual, sí trabajaban con la mente. Fue en este rubro que los médicos también buscaron igualdad de oportunidades y protección por parte de la legislación como todo trabajador.

Fue hasta 1930 cuando se formuló a nivel nacional el proyecto de ley del Seguro Social que definiría la forma en que los trabajadores recibirían participación en las utilidades de las empresas en que laboraran, así como la manera de realizar jubilaciones e indemnizaciones por muerte en accidentes de trabajo (Se formulará el proyecto del Seguro Social, 1930).

En 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la capital del país, lo que trajo consigo cambios que impactaron a diversos sectores de la sociedad, así como cambios de fuerza en las relaciones económicas y de poder entre trabajadores, sindicatos, empresarios y funcionarios. Los trabajadores no aceptaban afiliarse, pues las prestaciones laborales eran menores que las que gozaban en empresas privadas; en otros casos, los trabajadores reclamaban que sus salarios se verían afectados por las aportaciones obligatorias al IMSS (Obreros piden que se aplase la vigencia del Seguro Social, 1943). Los sindicatos cuestionaban la administración, transparencia y manejo de los fondos públicos que se hacían en la nueva institución; otros grupos señalaban las posibles relaciones deshonestas que sucederían entre los médicos y la industria farmacéutica al convertirse ellos mismos en proveedores y finalmente los mismos médicos veían cómo, su relación con el Estado sería de empleado-empendedor.

Aunado a todo lo anterior, a los médicos se les negó la posibilidad de representación dentro de la Asamblea General, del Consejo Técnico y de la Comisión de Vigilancia del IMSS, cosa que les pareció inaceptable dado que el Instituto recién formado trataba sobre la salud como elemento esencial de la población trabajadora. Además, a la mayor parte de los médicos no se les informó la forma en que su inclusión como trabajadores

del Seguro Social afectaría su desempeño profesional ya que la población de pacientes privados que atendía cada médico disminuiría por el otorgamiento de atención a nivel institucional (Salamanca, 1943).

Como consecuencia de lo anterior, en la ciudad de Torreón fue convocada una convención de agrupaciones médicas de la república para tratar sobre los problemas que generaba el IMSS para el gremio médico y los diversos sindicatos médicos que acudieron a dicha convención pedían establecer tarifas para los servicios médicos en cada población (los que nombraron como *servicio prestado-servicio pagado*) (La convención de los médicos, 1947), es decir, proponían que la consulta de especialidad se diera en el consultorio privado de cada médico y de acuerdo a cada región económica del país se establecieran tabuladores para cada procedimiento que el médico le cobraría al Seguro Social. Esto tendría, entre otros beneficios, que el médico seguiría siendo independiente del IMSS sin tener un horario estipulado y con la libertad de autonomía en las decisiones respecto a su paciente (Los acuerdos de los médicos, 1947).

Otra de las propuestas de los sindicatos médicos en ese momento era que los servicios que el IMSS prestaría en las respectivas localidades serían atendidos única y exclusivamente por médicos de esa localidad (Los acuerdos de los médicos, 1947).

Y así continuaron por varios años las discusiones entre los diversos sectores a favor y en contra de la implantación del IMSS en diversas regiones del país y es hasta 1945 que se anuncia en el municipio de Torreón su instalación, solicitando al municipio sus planes financieros y a los empresarios un censo de la plantilla trabajadora (El Seguro Social en este municipio, 1945). En este punto surge nuevamente con fuerza el reclamo del sindicato médico de Torreón sobre la deficiente remuneración del Seguro Social a los médicos, el número excesivo de enfermos que se les asigna para su atención, la limitada lista de medicamentos para prescripción y la explotación de sus conocimientos, su trabajo y su persona (Silva, 1946).

Por lo que se refiere a Torreón, inicialmente la implantación del IMSS se calculó que beneficiaría a las familias de más de cinco mil trabajadores donde los patrones aportarían el 6.05%, los obreros el 3.05 % y la misma cantidad otorgaría el gobierno del

Estado de Coahuila sobre el sueldo que perciba cada obrero (La implantación del Seguro Social, 1956).

Surgieron numerosos incidentes que fueron retrasando la instalación del IMSS en la región, y es hasta 1962 que empieza a funcionar en Torreón subrogando los servicios y brindando atención en las instalaciones del Hospital Civil, hoy Hospital Universitario. En 1963 se inicia la compra de los terrenos donde está actualmente la Unidad Médica de Alta Especialidad HE No. 71 (UMAE) y el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16. Mientras todo esto sucedía, el sindicato médico de Torreón dirigía sus actividades hacia las reuniones sociales, académicas, de beneficencia y cada vez menos hacia la lucha contra la instauración del IMSS, incluso, dispusieron colaborar en su instalación en la región siempre y cuando obtuvieran un salario de acuerdo a su profesión y que ellos y sus familiares recibieran sus beneficios (Problemas de esta ciudad, 1955) (Los médicos locales colaborarán con el SS si funciona honestamente, 1959). Cabe mencionar que una vez que se instaló el IMSS en este lugar, solo se contrataron médicos residentes de la región, uno de los reclamos en los inicios del proyecto.

Aquí quiero hacer notar dos cosas: cómo fue cambiando con el paso del tiempo el objetivo del Sindicato de los Médicos de Torreón, ya que parecía un grupo con gran interés en defender a los agremiados frente a la intención del Estado de convertirlos en asalariados y todo lo que ello conllevaba, y pasaron a estar dispuestos a emplearse siempre y cuando se cumplieran algunas de sus peticiones. Por otro lado, es importante notar que el Estado no se impuso por la fuerza frente al gremio médico sino por el contrario, fue creando necesidades, por ejemplo, la capacitación del personal de salud al ofertar cursos para enfermeras y otros trabajadores, horarios fijos y remunerados de acuerdo con el perfil, cobertura por enfermedades del trabajo, o atención médica al trabajador y su familia, etc.

En estos últimos acontecimientos mencionados podemos ver como el poder se instaure sutilmente convirtiéndose en una relación de dominación donde la violencia simbólica determina los aprendizajes, los hábitos corporales, el lenguaje, y la forma en que se enfrenta un agente a la sociedad, en este caso, el Estado determina la función específica de los médicos que aceptan tácitamente su papel de dominados.

Entre los primeros médicos especialistas que empezaron a trabajar en las instalaciones del IMSS aparece en los registros hemerográficos el Dr. Mario Albores Culebro, oftalmólogo (Hoy será inaugurado el Seguro Social de G.P., 1962). Éste sería el primer paso de los oftalmólogos dentro del IMSS, que, con los años, se abriría como sede de formación académica de oftalmólogos en el norte del país lo que hasta la fecha sigue ocurriendo, atrayendo a médicos de otras regiones que finalmente deciden establecerse profesionalmente aquí al terminar sus estudios y otros que, al finalizar, regresan a sus lugares de origen, pero llevando como parte de ellos la cultura, forma de ser, de sentir, apreciar, valorar, en fin, el habitus.

En 1987 se gradúa la primera generación de médicos especialistas formados en la UMAE HE No. 71 de Torreón en total 77 médicos, (8 internistas, 13 cirujanos, 13, anestesiólogos, 14 de gineco-obstetras, 14 pediatras y 13 familiares). La especialidad de Oftalmología inicia unos años después (Graduación de la primera generación de medicos especialistas del IMSS., 1987).

En 1992, el IMSS realizo una inversión de más de 690 millones de pesos en equipamiento en la UMAE HE No. 71 de Torreón que incluía equipo de alta tecnología para Oftalmología. que en ese entonces permitió avanzar en calidad de atención, oportunidad y nivel resolutivo (Reciben diverso equipo medico en el hospital de especialidades , 1992). En ese año los residentes de Oftalmología presentaron trabajos de investigación con impacto en la salud de la comunidad lagunera (Trabajos de investigación clínica a cargo de los residentes de Oftalmología, 1992).

El IMSS fue equipando poco a poco a la UMAE HE No. 71 en Torreón con aparatos para el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades oculares lo que representó en su tiempo un gran avance tecnológico. Aún hoy este instituto es uno de los más grandes centros de atención oftalmológica en el noroeste del país. Lo anterior no solo es un capital simbólico para el IMSS, sino también para la Oftalmología lagunera al hacer la diferencia con otros grupos en otras partes del país que no cuentan con hospitales de

especialidades de la magnitud del que se cuenta en Torreón, incluso casi a la par de la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey.

A medida que crecía la actividad comercial en la ciudad de Torreón, también lo hacía la publicidad de productos para conservar la salud con narrativas más acordes a la época, por ejemplo, las curas dictaminadas milagrosas que se presentaban como grandes descubrimientos científicos por personajes que casi nunca tenían una formación rigurosa y más bien, emergían del empirismo. Una de ellas ocupaba un espacio publicitario: *fórmula cuidadosamente dosificada por el Dr. McGregor de fama internacional*, que duraba más de 90 aplicaciones a un costo de \$3.75, además del *Oro Sol gotas*, receta de un famoso oculista. El uso de estos productos se posicionaba como un signo de pertenencia a la sociedad moderna y respetable (Serdân P., 2019) y al publicitarlas se usa un lenguaje técnico, incluso el nombre de las gotas está en idioma francés y se indica que el médico que diseñó la fórmula es de “fama internacional”, lo que las legitima ante el público al que van dirigidos. Esto también se ve en los anuncios de las ópticas en esa época donde se puede leer “surtimos todas las recetas de su oculista” (figura 9).

En la década de 1950 empezaron a proliferar en la región ópticas que ofertaban su trabajo brindándole al cliente la seguridad de que se realizaría fielmente en base a las indicaciones del especialista en enfermedades de los ojos. Así lo hacían saber en su publicidad: óptica Rivas, óptica Cristal, El Anteojo Moderno, etc. También fue creciendo progresivamente el número de oftalmólogos en la región y algunos de ellos empezaron a establecer sus propias ópticas.

Figura 7. Anuncio sobre “fórmula cuidadosamente dosificada”.

No le Afecta la Luz Artificial



Porque conoce la forma fácil y segura de prevenir y curar las conjuntivitis. El exceso de sol. El calor intenso. Las tolveneras y los microbios que levantan. Los baños prolongados en las albercas, RESECAN, IRRITAN Y CONTAMINAN SUS OJOS. Cúrelos a tiempo para evitar CONJUNTIVITIS, BLEFARITIS, y AFECCIONES OCULARES más graves. Si siente los ojos cansados, irritados, enrojecidos, llorosos, aplíqueles, en casos rebeldes hasta tres veces al día, unas cuantas gotas de

GOUTTES LOCE

Fórmula cuidadosamente dosificada por el Dr. J. C. F. Mac Gregor oculista de fama internacional. GOUTTES LOCE devuelven a sus ojos el brillo y apariencia naturales. DAN BELLEZA PORQUE DAN SALUD. Muy benéficos resultados se obtienen en los NIÑOS.

Frasco tamaño grande con su gotero de goma y cristal, ya listo para usarse y que dura para más de NOVENTA APLICACIONES.

\$3.75

BOTICA EUROPEA, FARMACIA SALVADOR, BOTICA JUAREZ. — TORREON, COAHUILA.
MAYOREG: Apartado 66-08.—México, D. F. Reg. 20834. D.S.P. Prop. 1243.

Fuente: (Gouttes Loce, 1940). Llama la atención la modelo que aparece representando a una mujer moderna

Figura 8. Anuncio sobre gotas “milagrosas”



Fuente: (El Siglo de Torreón septiembre 21, 1944). Se hace referencia a su preparación respaldada por un *famoso oculista*.

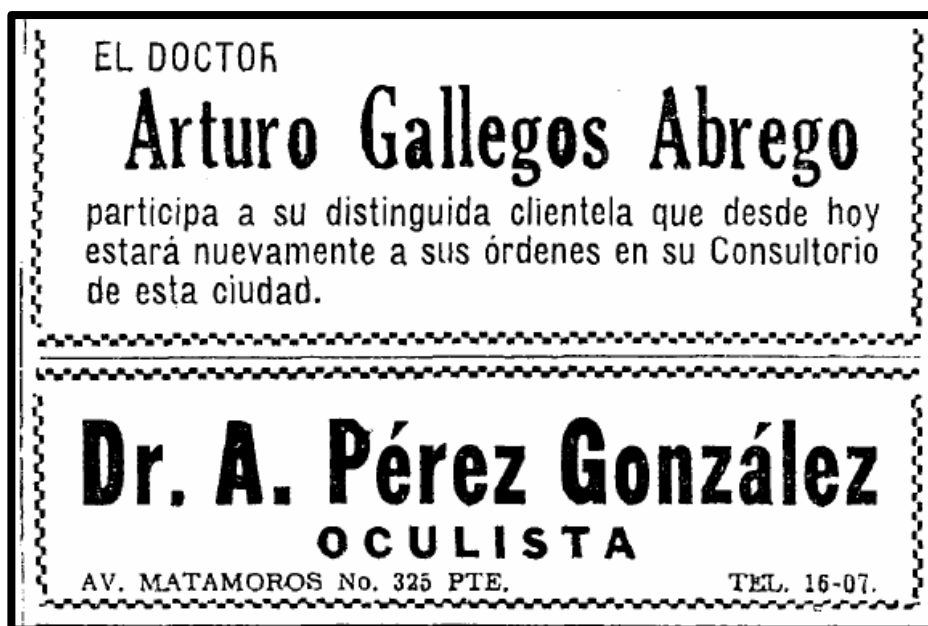
Figura 9. Servicios de optometría.

An advertisement for optometry services. On the left, there is a line drawing of a pair of eyeglasses. To the right of the glasses, the text reads 'Torreón Cuenta con Competentes' followed by 'MEDICOS OCULISTAS' in large, bold, sans-serif letters. Below this, it says 'ESPECIALISTAS EN OJOS, OIDOS, NARIZ Y GARGANTA. - CONSULTELES SU CASO. SOLO UN BUEN MEDICO, PUEDE HACERLE UN BUEN EXAMEN DE SU VISTA.' and '★ ■ ★'. At the bottom left, it says 'TAMBIEN CUENTA CON LOS SERVICIOS DE' followed by 'EL ANTEOJO MODERNO' in large, bold, sans-serif letters, and 'QUE SURTE TODAS LAS RECETAS DE LOS MEDICOS OCULISTAS, A SUS ORDENES EN:'. On the bottom right, the address 'HIDALGO 729 Pte.' is written in large, bold, sans-serif letters. The entire advertisement is enclosed in a rectangular border.

Fuente: (El Siglo de Torreón, 1948). Anuncio sobre los servicios de optometría que buscan legitimar su trabajo con referencias a los especialistas médicos.

En contraste, los anuncios de los servicios médicos eran escuetos, frugales, sobrios, muy formales; mencionaban la especialidad del profesional y la localización del consultorio. Se mencionaba en ellos si los médicos se ausentaban de la ciudad, si regresaban de algún viaje o padecían alguna enfermedad. Era una época donde aún el uso de teléfono no estaba extendido, por ello, se infiere que sólo las personas de una clase social media o alta tenían acceso a ellos.

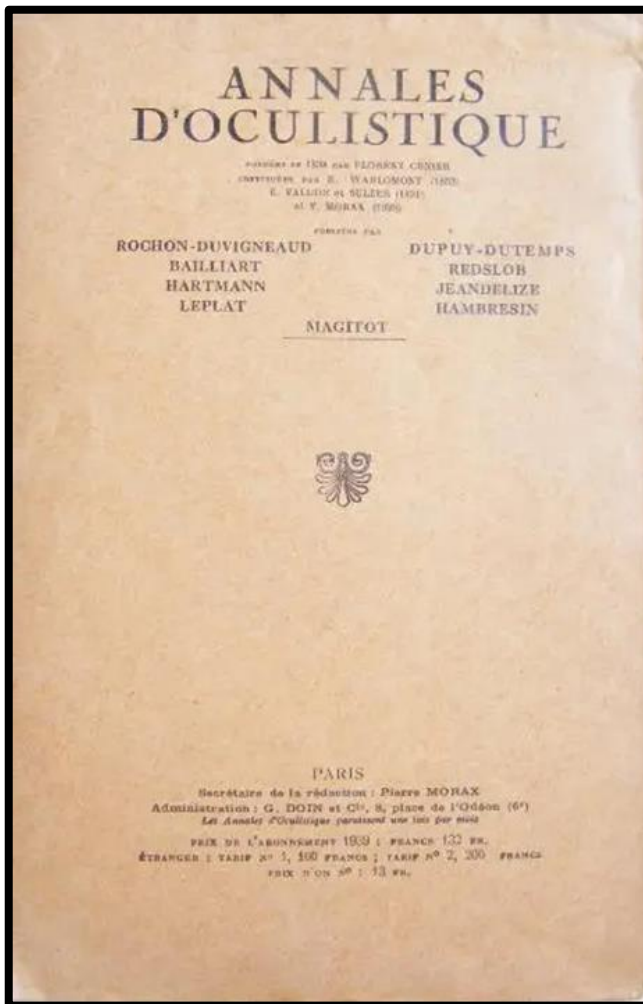
Figura 10. Diferentes anuncios de los primeros profesionistas en Torreón.



Fuente: (El Siglo de Torreón, noviembre 15, 1950).

A los “médicos de los ojos” que como vimos anteriormente atendían ojos, oídos, nariz y garganta, se les empezó a nombrar “oculista”, palabra proveniente del latín, y es hasta 1948 que se empezó a utilizar el vocablo “oftalmólogo”, término proveniente de raíces griegas, y que significa estudio o tratado de los ojos. Una de las grandes revistas especializadas de la época, publicada en francés, todavía usaba el nombre antiguo, se llamaba *Annales d’Oculistique* (figura 11).

Figura 11. Una de las primeras revistas del tema.



Fuente: Recuperada el 23 de noviembre de 2021 de <https://drsoler.com/blog/que-es-un-oculista-y-que-es-un-oftalmologo/>

Los servicios médicos siguieron transformándose en la región y estableciéndose nuevos hospitales donde se incorporaron diferentes especialidades que fueron creándose en nuestro país: la Casa de Salud de Torreón S.A., que ofrecía atención de cirugía, partos y enfermedades de los ojos; el Sanatorio Mondragón con atención en medicina interna, ojos, oídos, nariz y garganta, rayos X, cirugía, ginecología y la atención de partos desde 25 pesos; el Hospital Civil; el de Ejidatarios; el Infantil ejidal; el General de Torreón; la Clínica Leonística, en las que se atendían enfermedades de ojos, oídos, nariz y garganta y daba servicio gratuito para enfermos indigentes, etc. La región también seguía creciendo en número de habitantes, en industria, en economía y en necesidades de salud. Otros centros de atención médica se fueron estableciendo

paulatinamente: Clínica Centro Médico Torreón que inició sus servicios el 5 de diciembre de 1951 (Centro Médico de Torreón cumple 70 años de servicio a Comarca Lagunera, 2021), contemporánea de la Policlínica Laguna (fundada en 1953) y la Clínica de Diagnóstico (en 1962). (Guerrero, SF).

Las clínicas y hospitales continuaron creciendo en estructura física, en número de médicos y otros profesionales de la salud ya que la población seguía aumentando y era una región atractiva para que los profesionistas pudieran establecerse por las condiciones económicas y la oportunidad de crecimiento. Una gran parte de los grupos privados ofrecían atención a población de bajos recursos y con precios accesibles. El manejo de recursos, por esta razón, era lo más transparente que se podía y un ejemplo de ello fue un informe del patronato de la Clínica Leonística para enfermos de ojos, oídos, nariz y garganta con servicios prestados en forma gratuita, con cuotas módicas y cuotas de distinción. (Un informe del Patronato de Clínica de Ojos, 1947).

Las aportaciones de los médicos oftalmólogos mexicanos empezaron a ser cada vez más importantes a nivel mundial y cabe destacar las del Dr. Magin Puig Solanes, quien a finales de los años cincuenta estuvo en la ciudad de Torreón donde realizó estudios sobre las manifestaciones oculares de la Fiebre de Malta o brucelosis (Rico, 2019). La brucelosis es una enfermedad infecciosa transmitida por una bacteria que infecta al ganado vacuno y caprino y afecta a los humanos por contacto directo o consumo de productos lácteos no pasteurizados. Provoca demencia, problemas pulmonares, cefalea, anorexia, astenia, depresión mental, tendencia a la aprehensión, irritabilidad del humor, facilidad para el llanto, pérdida de la memoria, trastornos del lenguaje, fotofobia y pérdida de sensibilidad en la punta de las extremidades. Era considerada una emergencia médica extrema en la región (Orellana, La locura en la Comarca Lagunera: más de un siglo en las márgenes, 2020), tanto así que la ciudad contaba con un Centro Especializado para el control y estudio de los casos de brucelosis y diferentes entidades, entre ellas las autoridades en salud recomendaban el establecimiento de una empresa industrializadora de leches (Brucelosis, 1949) como medida preventiva para el control de la infección. Debido a todo lo anterior y por la importancia del tema, se organizó el Primer Congreso Nacional para el estudio de la Fiebre de Malta en la ciudad de Torreón (Orellana, La locura en la Comarca Lagunera: más de un siglo en las márgenes, 2020).

Figura 12. Informe de actividades de la Clínica del Club de Leones de Torreón.

RESUMEN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES MEDICO-QUIRURGICAS-DESARROLLADAS POR LA CLINICA DEL CLUB DE LEONES DE TORREON

durante el pasado mes de Agosto, en el cual aparecen en distintos cuadros los Servicios prestados por concepto de operaciones gratis a enfermos indigentes, operaciones a enfermos de posibilidades con "Paga Convencional", por concepto de enfermedades menores atendidos gratuitamente, resumen de operaciones practicadas por cada uno de los Sres. Médicos especialistas que atienden la Clínica y por último el Corte de Caja correspondiente al mismo mes.

VALOR DE LAS OPERACIONES PRACTICADAS A ENFERMOS INDIGENTES DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1950, POR LOS SIGUIENTES MEDICOS:

Dr. Inocencio de Lara				Dr. Jorge Siller				Dr. A. Lozano Kocha				Dr. A. Gallegos Abrego				Dr. Garibay Fernández				TOTAL					
Enfermos	Internados	Medicinas	Honorarios	Enfermos	Internados	Medicinas	Honorarios	Enfermos	Internados	Medicinas	Honorarios	Enfermos	Internados	Medicinas	Honorarios	Enfermos	Internados	Medicinas	Honorarios						
1		\$ 30.00	\$150.00	\$ 40.00	1		\$ 30.00	\$ 37.50	\$137.36	1		\$ 60.00	\$150.00	\$125.75	1		\$120.00	\$225.00	\$100.31	1		\$ 50.00	\$ 75.00	\$ 39.35	
				</																					

Lo anterior se trataba de un problema social en la región y los oftalmólogos, como figuras de autoridad, intervenían en la promoción a la salud visual, lo que posiblemente contribuiría a aumentar su impacto social y prestigio como grupo profesional.

En 1957 las condiciones sociales, culturales y económicas de la región permitieron que se estableciera la escuela de Medicina, que junto con la de Comercio y Administración empezaron a funcionar en el cuarto piso del edificio Vallina con más de 100 estudiantes (Rico, 2019). Esto fue muy importante ya que a partir de los siguientes años los médicos que ejercían en la región, también eran formados aquí y no tenían necesidad de viajar a ciudades más grandes o al extranjero para estudiar.

Poco a poco y debido a los procesos de especialización de la medicina, los oftalmólogos pasaron de ser profesionistas que trabajaban en forma independiente a buscar la creación de sociedades para trabajar en equipos. Al inicio, estos grupos tenían un sentido práctico: compartir gastos, secretarías, equipamiento, manejar casos complicados donde cada uno aportaba su experiencia para encontrar la solución y el interés por continuar preparándose académicamente. Algunos otros beneficios fueron el favorecer la convivencia social y fortalecer lazos de amistad.

Las primeras sesiones médicas de estos grupos fueron multidisciplinarias y sus fechas, lugares de reunión y programas se publicaban en los periódicos locales regularmente, invitando a todos los médicos que desearan asistir. Estas reuniones estuvieron lideradas, como podemos consultar en el periódico local, por los primeros médicos que iniciaron su trabajo en el tratamiento de enfermedades de ojos, oídos, nariz y garganta. Estos grupos no sólo se hicieron paulatinamente más fuertes en conocimientos, sino también como autoridades en diferentes ámbitos, como grupo social y al lograr prestigio y capitales diversos (sociales, culturales, económicos, políticos), dictaban sus propias reglas.

Esta intención puede observarse en las opiniones que suscitaba la *Asociación Médica de Torreón*,² que congregaba a médicos de todas las especialidades, hacia mediados del siglo XX. Mientras que algunos destacaban su importancia en desarrollar

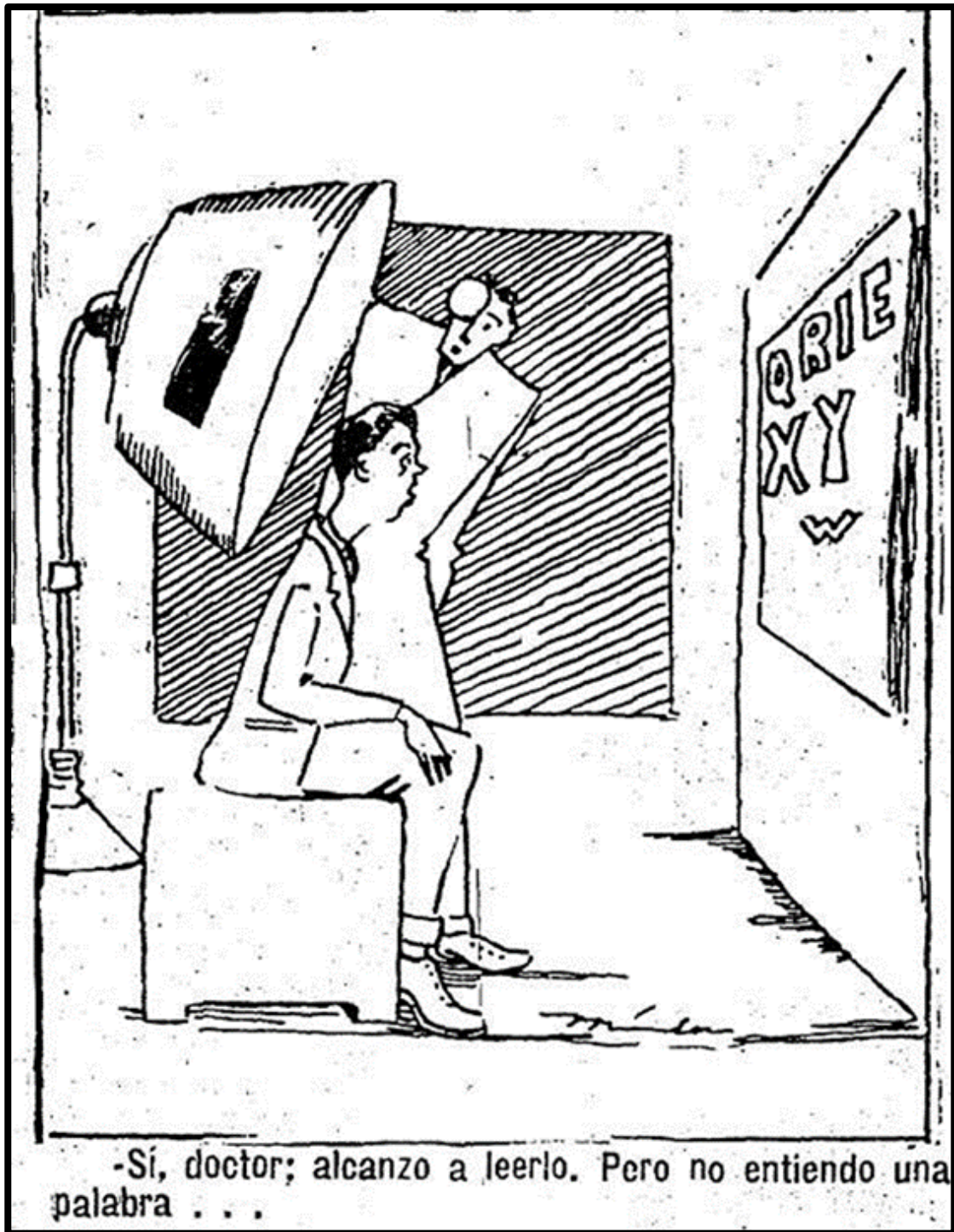
² Esta Asociación surgió en 1921.

el proyecto del examen médico pre-escolar, la prevención de la tuberculosis infantil, el reforzamiento de la campaña contra la fiebre de Malta, las campañas pro cultura médica y el desarrollo de actividades científicas, académicas y la lucha contra el charlatanismo, (Actividades Médicas, 1946) (Toma posesión la directiva de la Asociación Médica, 1947), otras opiniones la exponían como *una asociación incolora, indefinida, anónima, sin claro provecho para los intereses personales ni profesionales de los asociados ni para la sociedad de Torreón* (La Asociación Médica de la Laguna, 1945).

Este tipo de agrupaciones proporcionaba a sus miembros la socialización del oficio, el apoyo para la inserción profesional y las actividades de enseñanza e investigación. Al agruparse, se propiciaba la transmisión de comportamientos típicos de pertenencia, formas de pensar, valores, lenguaje especializado y significados. Entre ellos, defendían los intereses de la profesión, controlando el reconocimiento y el reclutamiento de los que pertenecían al gremio (Guerrero, SF).

Es así como las primeras sociedades médicas estuvieron formadas por médicos de diversas especialidades, y poco a poco los especialistas en ojos, oídos, nariz y garganta se fueron haciendo más independientes, siendo un número aún mayor los dedicados a la salud ocular y en menor número los dedicados a ambas especialidades. Con el tiempo fue surgiendo cierta inquietud y desacuerdos porque el grupo de “oído, nariz y garganta” operaba en desventaja al ser menos numeroso, luchando constantemente en hacerse oír, estructurando ideas, limitando campos, desarrollando conceptos, formando discípulos, etc., provocando que las reuniones fueran menos regulares. A nivel nacional, ese cisma ocurre oficialmente en 1946, aunque de acuerdo con datos localizados, parece ser que la separación de los grupos en Torreón tuvo otro ritmo. En el año 1950 aún existía la *Sociedad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Broncoesofología de Torreón*. Por otro lado, todavía en los años sesenta la *Sociedad de Oftalmología y Otorrinolaringología*, que agrupaba a médicos de todo el territorio nacional, organizó el 6°. Congreso Mexicano de Oftalmología los días 28, 29, 30 y 31 de marzo de 1962 en la ciudad de Torreón, con la asistencia de especialistas de todos los estados de la República Mexicana. En dicho congreso se presentaron 30 trabajos científicos, 5 ponencias y una mesa redonda coordinada por el destacado médico oftalmólogo Dr. Luis Sánchez Bulnes (Sexto Congreso Mexicano de Oftalmología, 1962).

Figura 13. Con el oculista.

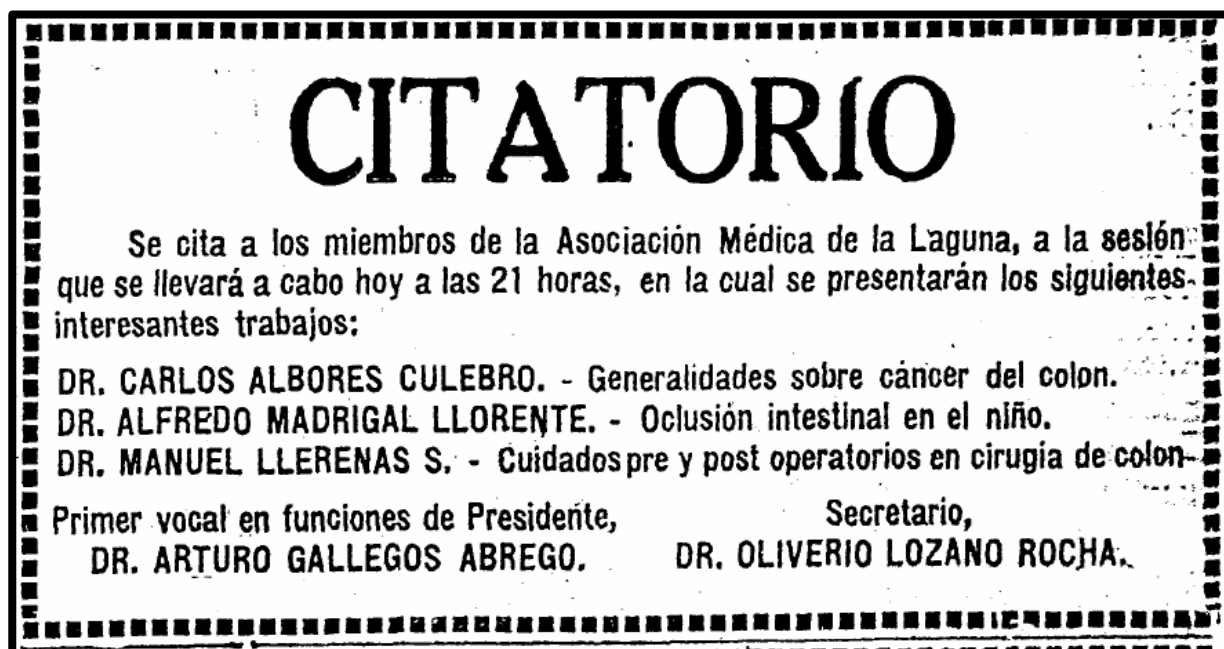


Fuente:

(Con el oculista, 1942)

En la figura 13 vemos a un doctor que trae un espejo en un ojo (un espejo plano). Este espejo tenía un orificio en el centro y con la luz que está detrás del paciente podía ver el reflejo del fondo de ojo y tratar de hacer una esquiascopia (o retinoscopia, que es una técnica empleada por los oftalmólogos para realizar la medición objetiva del poder refractivo del ojo). En la época que se publicó la imagen las especialidades de Oftalmología y Otorrinolaringología estaban fusionadas y este espejo frontal se usaba más en otorrinolaringología para revisar garganta, y aunque no era muy práctico para la retinoscopia (se prefería usar uno más pequeño y actualmente se utiliza uno mucho más sofisticado) se utilizaba para ambos procedimientos por ser fácil portarlo cotidianamente en la forma mostrada en la figura. Aun así, por la fecha en que aparece esta imagen es una clara representación de los famosos médicos que atendían ojos, oídos, nariz y garganta. Cabe mencionar que este tipo de herramientas se traía a México por médicos que habían estudiado en Estados Unidos y Europa.

Figura 14. Citatorio para la reunión de la Asociación Médica de Torreón



Fuente: (Citatorio, 1947). Vemos aquí como en un inicio las reuniones médicas convocaban diversas especialidades En ese año fue presidida por dos médicos dedicados a la especialidad de ojos, oídos, nariz y garganta.

Como vimos anteriormente, al instalarse el IMSS en la Comarca Lagunera cambió la forma de trabajo de los médicos: por un lado, amplió las oportunidades de empleo y disminuyó los costos de establecimiento en un consultorio, pero también afectó su percepción salarial, los cosificó como empleados obligándolos a apearse a ciertas normas de trabajo como la atención a un número específico de enfermos que debían atender diariamente, el tiempo que le debían dedicar a cada uno, un horario de trabajo, los medicamentos que debían prescribir dentro de un inventario institucional, y las condiciones en que debían prestar sus servicios dentro de un contexto en que todo debe funcionar de acuerdo a ciertos estándares.

Es esta etapa histórica, los oftalmólogos también empezaron a trabajar para los sistemas de salud públicos integrándose como fuerza laboral, sin dejar la independencia de su consulta privada, pero ya con medio tiempo para cada una. Para 1964 el médico oculista atendía **4 pacientes por día** en el ISSSTE, por lo cual había disconformidad entre los trabajadores (Piden que se mejore servicio médico del ISSSTE, 1964). Lo anterior contrasta con los 17 pacientes subsecuentes que actualmente atienden los médicos por turno de 8 horas y que siguen siendo insuficientes.

En la década de 1980 se instalan las primeras mujeres oftalmólogas en la región y poco a poco éstas han ido tomando lugares destacados en su práctica profesional, así como dentro de la mesa directiva de las sociedades de oftalmólogos.

El género como elemento condicionante de diferencias en la práctica médica y en el perfil profesional ha sido estudiado en muchísimos trabajos desde el siglo XVIII (Médicos y médicas: ¿es diferente su práctica profesional?. Editorial., 1999). Debido a la sociedad patriarcal en la que estamos insertos, las mujeres se concentran en determinadas especialidades como resultado de un balance entre demandas familiares y profesionales, así como de una evaluación consciente de las oportunidades y obstáculos de la profesión. Son códigos culturales que asignan los roles de género que también influyen en la relación médico-paciente. Por otro lado, se ha visto que las mujeres desarrollan más empatía con los pacientes. Por ejemplo, el tiempo por paciente es superior en las consultas de las médicas, pues éstas realizan más manifestaciones

verbales y no verbales de empatía con sus pacientes, les hacen más preguntas, escuchan más y dan más información tanto biomédica como psicosocial que los médicos. Los pacientes piensan que las médicas les proporcionan explicaciones más claras, les permiten una implicación personal más activa y les conceden mayor capacidad de negociación sobre los aspectos del diagnóstico y tratamiento de sus problemas, por lo cual se sienten tratados de forma más igualitaria (Médicos y médicas: ¿es diferente su práctica profesional?. Editorial., 1999).

3.4. Tratado de Libre Comercio y crecimiento de la Oftalmología en Torreón.

El Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) entre México, Canadá y Estados Unidos, entró en acción en enero de 1994. Entre sus retos estaba la redefinición de las políticas de salud a nivel nacional (Terrés, 1999). El argumento que se manejaba era que el gobierno mostraba una incapacidad para atender la demanda de la población mexicana que requería atención médica y que no contaba con los recursos económicos para acudir a la medicina privada, la que tampoco garantizaba una atención de mejor calidad. El TLCAN permitía una inversión al 100% que podrían realizar empresarios extranjeros en áreas como aseguradoras, hospitales, clínicas, laboratorios y gabinetes. Esto apuntaba a un crecimiento en el ejercicio de la atención privada y la competencia entre profesionales, con precios competitivos, mejora en la calidad en la atención. Así mismo, surgen programas de acreditación y certificación de profesionistas médicos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED (Terrés, 1999), esto con el fin de estandarizar la atención en salud y permitir el libre ejercicio en los tres países de los médicos que cumplieran con las acreditaciones correspondientes

La situación geográfica de la Comarca Lagunera, su infraestructura carretera y de comunicaciones, así como de servicios y de instituciones de enseñanza básica y superior le permitió afrontar el reto ante el TLC como la generación de empleos, el desarrollo económico y la inversión extranjera. En esta zona se permitió que se instalaran inversionistas de Estados Unidos, Inglaterra y Japón principalmente. Cabe recordar que este tratado modificó, casi en forma total, la ley de inversión extranjera, la cual era una de las causas principales que impedía al inversionista extranjero establecerse en territorio mexicano. Esta apertura, además del arribo de tecnología de alto nivel

provocó que los médicos de todas las especialidades, incluyendo la Oftalmología, requirieran, con mayor demanda, capacitación y actualización, no sólo en forma personal sino también para sus herramientas de trabajo, refacciones, reparaciones, e innovaciones.

En ese contexto, pese a la incertidumbre política, surgieron grupos de oftalmólogos interesados en formar clínicas para brindar una demanda insatisfecha y con precios competitivos. Estos grupos también se aprovecharon de la facilidad que surgió con el TLCAN para la importación de tecnología de punta que mejoraba la calidad del cuidado médico y la oferta de tratamientos. Los costos de mantenimiento a clínicas y consultorios de los médicos disminuyeron al agruparse, ya que eran diferentes profesionales los que aportaban recursos económicos; esto permitió bajar los precios del servicio médico para que fueran accesibles a la clase media y baja que no podía satisfacer sus necesidades de atención en los sistemas de salud del gobierno, sin que por ello los médicos vieran afectadas sus ganancias. Poco a poco este modelo fue mostrando ser efectivo y empezó a replicarse por todo el país.

Otro aspecto que se fue reestructurando a la sombra del TLCAN fue la educación superior. Ésta comenzó a gestarse como un servicio que podía ser puntualmente proporcionado. Las grandes empresas encuentran en el Tratado de Libre Comercio un camino que les permite asociarse con universidades para formar consorcios educativos. Esto significa hacer crecer varias veces el mercado potencial, pudiendo ofertar artículos especializados relacionados a la educación: libros de texto, equipos de cómputo, transporte, ropa, tecnología de alta especialidad, etc.

De esta forma, los hospitales privados o fundaciones van ganando terreno en la formación de médicos especialistas en Oftalmología, a diferencia de las instituciones públicas donde el acceso a tecnología u ofertas académicas es más restringido para los estudiantes. Lo vemos también en la gran cantidad de artículos que venden en los congresos, con el patrocinio de cursos y becas, etc. Incluir a la educación como parte de

un Tratado de Libre Comercio fue como el descubrimiento de todo un nuevo continente, lleno de riquezas (Aboites, 2007).

La competencia de precios y la llegada de oftalmólogos extranjeros generó preocupación en el gremio oftalmológico mexicano, ya que se enfrentaban a la posibilidad de abaratamiento de precios y a la utilización de tecnología avanzada por parte de los profesionales extranjeros que en ese momento, no eran asequibles para ellos (Sesion General Sociedad Mexicana de Oftamología, 2007).

Esta necesidad de la actualización académica constante, el intercambio de experiencias y la innovación en el uso de tecnología obligo a fortalecer las sociedades de oftalmólogos, que ya se habían formado a finales del siglo XIX, dictar reglas de funcionamiento al interior del grupo y, sobre todo, de ingreso a las mismas como veremos a continuación.

3.5. Las sociedades de oftalmólogos en Torreón.

La Sociedad Mexicana de Oftalmología (SMO) tiene sus antecedentes de fundación a finales del siglo XIX y continúa siendo hasta hoy el órgano rector de la formación, agrupación, educación y fortalecimiento del ejercicio de la Oftalmología en nuestro país. Tiene sociedades filiales y locales que emanan de ella y agrupan a los oftalmólogos por regiones geográficas o intereses en común y cabe mencionar que cada sociedad local filial recibe un porcentaje de lo recaudado en cada Congreso Nacional organizado por la SMO de manera proporcional al número de socios de cada agrupación filial que asistan al congreso.

A nivel local, el primer antecedente de este tipo de grupos son las sociedades médicas de las que ya hablamos y que han ido transformándose a lo largo del tiempo, y de las que surge el Colegio Coahuilense de Oftalmología, del que hablaremos más adelante. Las primeras reuniones de estos grupos se realizaban en las casas de los mismos agremiados, sentados en la sala o el comedor, y al ser poco numerosas, la

convivencia social y de amistad prevalecía sobre otros intereses. Con el tiempo se involucraron intereses económicos y de negocios al asociarse para fundar clínicas especializadas y disminuir los costos, o reunirse entre diferentes subespecialistas en Oftalmología para ofrecer una oferta más diversificada para la atención de enfermedades de los ojos y sus anexos (surge la cirugía estética-funcional de párpados, lo cual en un tiempo atrae a mayor número de pacientes a buscar los servicios de un oftalmólogo especializado en esa área).

El grupo de oftalmólogos establecido en la Comarca Lagunera se constituyó en asociación civil nombrándose Sociedad de Oftalmología de Torreón A.C. (SOLAC) el 19 de febrero de 1982 como consta en el acta notariada de los archivos del Colegio Coahuilense de Oftalmología, aunque ya ejercía funciones desde 1980 cuando los doctores Buenaventura De Nigris, Emilio Villareal M. y Teodoro Núñez E. fungían como presidente, secretario y tesorero (Sociales, 1980) Los miembros fundadores fueron ellos tres, además del Dr. German Madero Garza, el Dr. José Manuel De Alva y el Dr. Oliverio Lozano Rocha y el Dr. Roberto Villareal Roiz. En sus estatutos establecieron como objetivos el ser una asociación civil de carácter científico que agrupa en un cuerpo colegiado a los médicos cirujanos especializados en Oftalmología para promover: el estudio, la enseñanza e investigación de esta especialidad, así como coadyuvar en los problemas sociales, divulgar la enseñanza deontológica relacionada con la misma y promover los lazos de amistad entre sus agremiados (Acta notariada, 1982).

El patrimonio de la asociación lo constituyen las cuotas de admisión y membresía, las cuotas por concepto de cursos patrocinados por la asociación, así como las donaciones que efectúen instituciones o personas a favor de la asociación. Dicha recaudación se destina a atender o ayudar al financiamiento de cursos o eventos en Oftalmología, a la compra de bienes muebles e inmuebles, a cubrir los gastos propios de la mesa directiva y para la adquisición de material didáctico (revistas, libros, videos, etc.) siendo obligación de la mesa directiva en turno y del comité de finanzas vigilar este patrimonio. En este punto podemos ver como los oftalmólogos a través de sus grupos o sociedades buscaban formar y aumentar un capital para legitimar su presencia como autoridades. Y en ese camino también realizaron campañas de consulta y cirugía

de diferentes padecimientos, promovieron la educación para la salud entre la población, promovieron en la prensa sus actividades académicas y asistenciales lo que los hacía visualizarse como grupo y les posicionaba en el campo de la salud en la región, lo que contribuyó a darles identidad y a establecer sus límites.

En el año 2005 la cuota anual de la SOL se acordó debía ser \$800.00 pesos, requisito indispensable para ser miembro activo y, además, tener al menos una asistencia a las reuniones mensuales en un año. Se excluía a aquellos oftalmólogos que no estuvieran al corriente de sus pagos. Los eventos académicos se realizaban con el apoyo económico total o parcial de laboratorios o empresas dedicadas al ramo de la Oftalmología.

La SOL se mantuvo en funciones hasta el año 2006 cuando se fusiona con la Sociedad de Oftalmólogos de Saltillo formando un Colegio Médico. Lo anterior como respuesta a las disposiciones legales tanto federales como del Estado de Coahuila que rigen la operación de los Colegios de Profesionistas y a las disposiciones previstas por la Ley Reglamentaria del Artículo 5º. Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones y a la Ley de Profesiones para el Estado de Coahuila.

Este nuevo grupo formado se agrupa en una sociedad civil y toma el nombre de Colegio Coahuilense de Oftalmología (CCO) el 20 de julio del año 2006. En su carácter de presidente, secretario y tesorera comparecen los doctores Roberto Pablo Cárdenas Cantú, Fernando Javier Olivares Valdivia y Patricia Armida Domínguez Martínez. Firmaron el acta constitutiva 21 socios de la sociedad de Saltillo y 24 socios de la sociedad de Torreón.

La formación de un colegio, en conjunto con los oftalmólogos de Saltillo, no sólo fue motivada para cumplir con las normativas del Estado: se buscaba consolidar a los oftalmólogos de Coahuila como un gran grupo que se visualizara a nivel nacional a la luz del TLCAN.

Entre sus objetivos contempló:

- Agrupar y procurar los intereses a todos los médicos especialistas en Oftalmología del Estado de Coahuila
- Impulsar todas las actividades que promuevan el progreso de la Oftalmología
- Impulsar y mejorar las relaciones, profesionales, culturales y sociales de todos los especialistas en Oftalmología.
- Elevar y dignificar profesionalmente la personalidad del oftalmólogo, promoviendo y exigiendo se respeten los derechos del médico ante las instituciones de salud gubernamentales y académicas, así como ante cualquier otra entidad o persona civil.
- Promover la expedición o anulación de leyes relativas al ejercicio de la Oftalmología.
- En respuesta al compromiso social adquirido como organización y conscientes de los niveles de pobreza en nuestro país, realizar labores asistenciales con cada una de las subespecialidades de los miembros del colegio que vayan en beneficio de la población de escasos recursos, así como la celebración de convenios con instituciones públicas, privadas y organismos de la sociedad civil que promuevan la filantropía en el estado de Coahuila a fin de ofrecer servicios médico-oftalmológicos con carácter asistencial.

-Acta constitutiva CCO 20 de julio del año 2006.

En el acta constitutiva se contempla que, por razones geográficas, entre otras, el estado de Coahuila se distribuyó en regiones para agrupar a los oftalmólogos de varios municipios y que, si se afiliaban 10 o más de ellos, se le denominara “Capítulo”, así se denominaron capítulo Torreón, capítulo Saltillo, capítulo Carbonífera y capítulo Zona fronteriza (Acta constitutiva CCO 20 de julio del año 2006). Con el tiempo esto no ha

sido posible, porque la distancia geográfica con la capital del estado, además de las luchas por el control de la presidencia no lo han permitido.

Figura 15. Festejo.



Fuente: Fotografía tomada de la página de Facebook del Colegio Coahuilense de Oftalmología en la celebración de fin de año 2017 de algunos miembros y sus familias

En este texto me referiré específicamente al capítulo Torreón (en lo sucesivo CCO) que en la práctica es el único que mantiene sus funciones apegado a lo normado en el acta constitutiva del Colegio Coahuilense. Hasta el día de hoy, los afiliados al CCO se reúnen el tercer jueves de cada mes en diversos lugares como salones de hoteles o clubes deportivos de renombre donde habitualmente se invita a algún experto a compartir sus conocimientos y experiencias en el área de la especialidad, y posteriormente se inicia la convivencia social compartiendo una cena. Durante los años 2020 y 2021 las reuniones se realizaron en formato virtual. En años previos a la pandemia las reuniones eran casi siempre patrocinadas por la industria farmacéutica, lo que actualmente es cada vez más difícil, tanto por las condiciones económicas del país, como por las restricciones a la publicidad de los productos farmacéuticos que están

haciéndose en diversos medios. Así, los oftalmólogos están cada vez más decididos a basar sus tratamientos en información científica basada en evidencias y no a lo que dictan las conveniencias económicas de los laboratorios.

En la información localizada en actas de sesiones del CCO podemos evidenciar que los miembros del colegio promovían la necesidad de que el grupo tuviera poder de decisión sobre el nombramiento del responsable del banco de ojos del Hospital Universitario de Torreón, como autoridad moral para hacer observaciones sobre las campañas de cirugías de catarata en la región o para regular los costos de consultas o cirugías de los mismos oftalmólogos para evitar competencias desleales.

La incidencia de enfermedades de los ojos es alta en todo el país y la región lagunera no es la excepción: la población necesitada de ayuda para cirugías de catarata ha sido atendida por prestigiados oftalmólogos en forma gratuita a precios módicos, demostrando el sentido social del CCO en múltiples campañas que ha presidido. También los afiliados al CCO en diversas ocasiones han acudido a los medios de difusión como televisión, radio o prensa impresa para alertar a la población a acudir a buscar atención especializada para la prevención de enfermedades que pueden provocar ceguera: glaucoma, retinopatía diabética y otras enfermedades frecuentes en la región como conjuntivitis y ojo seco. Estas actividades se dan actualmente en forma constante, lo que impacta en la mejor calidad de vida de la sociedad lagunera.

En el año 2000 se realizaron modificaciones a la Ley General de Salud donde se incluye lo relativo a la procuración y donación de órganos para trasplante en seres humanos, otorgando al paciente mayores posibilidades de obtener una córnea sana para recuperar la vista en casos específicos. A pesar de que uno de los trasplantes más comunes es el de córnea, los oftalmólogos que la practicaban antes de los cambios en la ley estaban en riesgo de tener problemas legales acusados de profanación de cadáveres o tráfico de órganos por los familiares del fallecido. En este sentido también los oftalmólogos han trabajado para mejorar la educación y la cultura de la donación de la población.

El colegio cuenta con una página en Facebook desde 2017 <https://www.facebook.com/ofthalmocoahuila>, donde se comparte información académica. También cuenta con una sala de reuniones en YouTube exclusiva para miembros del CCO donde se retransmiten las pláticas académicas que se presentan mensualmente y que busca mantener los conocimientos científicos actualizados y al alcance de todos.

Los grupos de oftalmólogos en la región también han mejorado no solo la educación y la cultura de la población lagunera, también han contribuido al desarrollo tecnológico de la región con la instalación de equipos de vanguardia y la creación de un banco de ojos en el hospital universitario y posteriormente en la UMAE 71.

Actualmente el CCO está conformado por 43 oftalmólogos que realizan su práctica profesional en Torreón, Gómez Palacio y la ciudad de San Pedro en Coahuila. Hay algunos oftalmólogos que, aunque ejercen en la región no pertenecen al CCO por diversos motivos sin que esto afecte su desarrollo como profesionales de la salud visual.

Un aspecto en el que también interviene el CCO es el relativo a la certificación profesional ya que se adaptó para México, como resultado de la firma del TLCAN, el punto que se refiere al "desarrollo profesional y renovación de la certificación" (Aboites, 2007). Derivado del proyecto previo al establecimiento del TLCAN que vimos en secciones anteriores, se presentó la necesidad de que los conocimientos y habilidades de los médicos formados en nuestro país fueran avalados por una autoridad independiente al gobierno que les permitiera a estos médicos ejercer en Estados Unidos y Canadá bajo la certeza de que su desempeño como profesionistas estaba a la par que cualquiera otro de sus colegas extranjeros en esos países. Lo anterior se estableció en nuestro país con la creación de los consejos médicos de especialidad, en Oftalmología específicamente, con el Consejo Mexicano de Oftalmología (CMO) que fue creado el 19 de noviembre de 1974 (Consejo Mexicano de Oftalmología, 2019) que otorga la

certificación con duración de 5 años y la define como "un documento expedido por el consejo de certificación de un colegio que acredita mediante la evaluación y calificación de conocimientos, aptitudes y habilidades que el profesionista ha demostrado poseer los conocimientos y la experiencia requerida para el ejercicio de una profesión".

Entonces el CMO es una entidad que tiene la facultad de certificar que el profesional oftalmólogo tiene las competencias necesarias para ejercer. Aunque no es necesario estar certificado para ejercer, sí es un respaldo ante una querrela, pero no una defensa por mala praxis. El costo económico por certificarse es elevado e incluye el pago quinquenal más las cuotas anuales a la SMO o a alguna sociedad filial, inscripciones a cursos, congresos, ser profesor de la especialidad, publicar artículos científicos, trabajar en una institución pública, etc. Todos estos elementos podríamos interpretarlos, siguiendo a Bourdieu, como una forma "de adscripción al campo".

Algunos médicos optan por no certificarse y otros deciden no pertenecer a ninguna sociedad o colegio ni asistir a ningún evento académico; para éstos existe la opción de presentar un examen quinquenal con un costo equivalente y que, en caso de aprobar, automáticamente les permite obtener su certificación. Según registros del CMO, hay 31 oftalmólogos en Torreón certificados por el consejo y el resto no lo están, lo que no les impide ejercer (anexo 6)

En el siguiente capítulo se analiza cómo los oftalmólogos en esta región han acumulado capitales, las luchas que han enfrentado y los mecanismos que han empleado para mantener su jerarquía y su posición de poder.

Capítulo IV: Bases del capital y estructuración del campo oftalmológico en Torreón.

4.1. La forma en cómo los oftalmólogos en Torreón han construido su capital.

Es difícil en algunos casos delimitar los tres aspectos (capital, luchas, poder) en el estudio de los campos desde la perspectiva de Bourdieu y el campo de la Oftalmología no es la excepción, por esta razón decidí abordarlos en conjunto en este capítulo. Aquí hablo de las luchas simbólicas, las disputas por el reconocimiento, los recursos, la posición y la legitimidad que se han presentado entre los actores y las competencias y conflictos por el capital. Presento también los diferentes tipos de capital que han sido relevantes para el desarrollo y consolidación del campo oftalmológico en Torreón.

Por ejemplo, para una persona que estudia medicina el buscar realizar una especialidad es lograr un capital que lo va posicionando más alto en la esfera de jerarquías del campo de la medicina. Este valor va aumentando si la especialidad ocupa una de las posiciones más elevadas en el puntaje del Examen Nacional de Residencias, o si elige estudiarla en países de primer mundo como Estados Unidos, Inglaterra, etc. Si elige estudiarla en el país, existen lugares que abonan más a su capital institucionalizado como hospitales de asistencia privada que hospitales públicos, en el caso de la Oftalmología, por ejemplo. Aun si al terminar la especialidad, elige realizar una subespecialidad tendrá mayor capital que optar por no estudiarla, y finalmente, hay subespecialidades que van incrementando el capital por el desarrollo de habilidades técnicas que se requieren como retina, segmento anterior o córnea, a diferencia de otras subespecialidades dentro de la Oftalmología como visión baja, ultrasonido o neuro-Oftalmología.

En el capítulo IV, presenté una narración en la que relato cómo los oftalmólogos lograron establecer su campo y obtener poder a través de demostrar su formación científica. Esto les permitió adquirir capital económico, social y cultural. En este capítulo, puntualizaré algunos aspectos relativos a lo anterior, así como abordaré los

enfrentamientos con otros grupos médicos como los optometristas y aquellos que intentan tratar enfermedades oculares sin una formación académica especializada.

4.2. Estudios como forma de distinción y de prestigio.

Para comenzar, haré una reflexión breve acerca de cómo la educación y particularmente entre los médicos es algo que genera distinción, especialmente a través del proceso de especialización de la medicina para después hiper-especializarse, lo que además de generar conocimiento para la atención de las enfermedades, también es la manera en que se crean jerarquías. Como señalé al inicio, no es lo mismo, estudiar en el extranjero, que, en la ciudad de México, que en Torreón. Salir implica tener o conseguir recursos económicos para los gastos de manutención y los estudios, e incluso dejar la estabilidad económica y afectiva para dedicarse a estudiar una especialidad. Todos estos procesos impactan a los médicos, incluyendo a los oftalmólogos, en su jerarquización, legitimidad, prestigio, etc.

Previo al ingreso al estudio de la especialidad, los aspirantes tienen que presentar el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), y los alumnos con solvencia financiera tienen una ventaja en términos de acceso a cursos de preparación para el ENARM. Estos cursos pueden ser costosos y los ofrecen varias universidades y sedes hospitalarias como la Universidad Panamericana, la Universidad Autónoma de Nuevo León, el Instituto Nacional de Pediatría, entre otros, además de diversas plataformas y sitios online (Rojas, 2021) (Retoenarm, 2022). No todos los estudiantes pueden permitirse pagarlos, lo que genera una disparidad entre aquellos que pueden pagar en comparación con aquellos que no tienen los recursos para hacerlo (Castro R., 2019). En 1992 la Universidad Autónoma de Guadalajara ofertaba estos cursos de 260 horas a un costo de 4,900 pesos y en 2022 la Universidad La Salle promovió su curso de preparación al ENARM de 330 horas con un costo de 23,388 pesos (XIII Curso preparatorio para exámenes nacionales de residencia, 1992) (Universidad LaSalle Mexico, 2022), es decir, el costo promedio del examen en 20 años se incrementó 4.77 veces. Como podemos ver, la oferta es diversa y el alumno puede optar por el más cercano o barato, pero incluso en eso, siempre va a tener más oportunidad de aprobar si

elige un curso de preparación de mayor prestigio. A eso hay que agregar el costo de inscripción al examen, por ejemplo, el XLVII ENARM 2023 fue de 3,000 pesos, pero sólo que se abrieron 3 sedes para presentarlo (Hermosillo, Sonora; León, Guanajuato y Puebla, Puebla), lo que va aumentando los gastos de traslado, hospedaje y comida (Salud S. d., 2023). Y este es el primer paso, como veremos más adelante, para delimitar el campo de la Oftalmología.

- Me platican (los residentes) de lo difícil que fue entrar a la especialidad pues el puntaje era muy alto para acceder a ella. Al final lo lograron, pero no quedaron en la sede que deseaban inicialmente ... la única opción que pudieron alcanzar fue aquí en Torreón.

Guía de observación 1, 2 de agosto 2023.

No olvidemos, como hemos dicho previamente, que el alumno que aprueba el examen aún debe competir por la puntuación necesaria para poder inscribirse a Oftalmología como especialidad. Aun con eso, el siguiente paso es participar por las elecciones de plaza, y pagar (sí, otro pago) por el examen que algunas de ellas establecen como requisito (APEC Hospital de la Ceguera, 2021). He aquí otro nuevo reto de los alumnos que aspiran a ser oftalmólogos.

4.3. Jerarquización del conocimiento médico.

Las especialidades médicas se establecen a partir de una autonomía de saberes y conocimientos especializados de una rama de la medicina; asociado a esto, un grupo de sociedades médicas especializadas en un núcleo específico de conocimiento se adueñan de este saber, controlando, vigilando y validando el conocimiento nuevo. Esto facilitó la parcelación de la medicina en todas sus vertientes (Casas Patiño, 2015).

A finales del siglo XVIII en Francia la educación médica se centró en los hospitales, donde se enseñaba junto a la cama de los pacientes, lo que convirtió a París en el centro de la enseñanza en Medicina. Los médicos, no solo divulgaban los saberes existentes

sino también creaban conocimiento y un puesto hospitalario, era el *sine qua non* del prestigio y de una próspera carrera (Casas Patiño, 2015).

En Inglaterra, en la misma época, los médicos y cirujanos que atendían a los pacientes impartían enseñanza a cambio de honorarios a los estudiantes que recorrían las salas detrás de ellos.

El médico ejercía una “profesión de posición”, es decir, la profesión médica se definía por su rango de privilegio y tener un puesto en un hospital de beneficencia le permitía acceder a la clase alta al proporcionarle el bien cultural de aparecer en el papel humanitario y caritativo propio de las elites (Casas Patiño, 2015).

Este punto, como lo veremos más adelante, es esencial en la elección del lugar para realizar la especialidad en Oftalmología, ya que aumenta el nivel jerárquico al hacerla en un hospital de beneficencia que en un lugar que ve otro tipo de pacientes.

La medicina fue situándose como el prototipo de profesión caritativa, compasiva y solidaria con valores que se relacionan con el bienestar de los enfermos y la salud de las personas y que en los últimos tiempos le reconoce al paciente su autonomía, pero que en un inicio tenía un carácter paternalista (Lifshitz, 1997).

Al establecerse las colonias en Estados Unidos, los médicos de la elite inglesa no tenían ningún motivo para viajar a ellas porque la sociedad americana en ciernes no les garantizaba conservar sus privilegios, así que la medicina, al establecerse en las incipientes colonias de América del Norte, cayó en manos de charlatanes y barberos que eran los encargados de ejercerla (Pérez Tamayo, 2001)). La guerra de Secesión, que tuvo lugar entre 1861 y 1865, provocó numerosas epidemias de tifus, cólera y fiebre amarilla por todo el país. En Baltimore estas pandemias causaron verdaderos estragos, muriendo más de ochocientas personas en el verano de 1863, y es en esta ciudad donde un adinerado empresario, de apellido Hopkins, donó siete millones de dólares en 1870 para la construcción de una universidad asociada a un nuevo hospital. Así nació la Universidad Johns Hopkins y el hospital del mismo nombre, abriendo sus puertas en

1876 (Callejo, 2020). Es hasta 1893, en ese mismo lugar que se crearon las residencias médicas (capacitación especializada posterior al internado) en campos muy definidos que conjuntaban ciencia, investigación y práctica hospitalaria de un modo más estructurado. En este momento, las filas de la profesión médica se llenaban con miembros de la clase media baja lo que ponía en peligro los esfuerzos para elevar la posición de los médicos en la sociedad por lo que, en 1904, la Sociedad Médica Americana (AMA), estableció un consejo para elevar y uniformar los requisitos de la educación médica (4 años de preparatoria, otros 4 de enseñanza profesional y aprobar un examen, 5 años de escuela de medicina y 1 año de internado en el hospital) (Casas Patiño, 2015). Al elevar el nivel de estudios se limita el número de aspirantes, así como la clase social de la que provienen, ya que se requiere la mayor inversión en el mejor capital que tiene un estudiante: tiempo. Y si, además, después de los estudios básicos de medicina, se requieren otros de especialidad, las personas que pasan por este “embudo”, son las que estarán en la cima de la jerarquía.

En el siguiente párrafo exploraremos la procedencia de los primeros médicos que trataban las enfermedades oculares y que se establecieron en la Comarca Lagunera para empezar a vislumbrar la manera en que los oftalmólogos lucharon simbólicamente entre sí para lograr un mayor capital y, por tanto, un mejor lugar en la jerarquía médica local.

4.4. Capital académico y visibilidad en la prensa.

El surgimiento de la Oftalmología como una especialidad médica en México fue influenciada por profesionales que estudiaron en el extranjero y adquirieron conocimientos y prácticas relacionadas con los ojos. A Torreón llegaron con estudios que habían realizado en diversas ciudades de Estados Unidos, Alemania, Francia, Inglaterra o en la ciudad de México que como he comentado, fueron los primeros lugares donde se formaron especialistas a nivel mundial y estos casos que voy a presentar traían un amplio bagaje no solo académico, sino también cultural (como ejemplos: Fernández Talledo, Orvañanos, y Schuldt).

El C. Mayor Ernesto Fernández Talledo fue un oftalmólogo formado como médico militar (Orden General de la Plaza de Torreón, Coah., 1929), trabajó en el Hospital Militar y ofrecía sus servicios como especialista en su consultorio de la calle Morelos No. 612 en Torreón, Coah., (Aviso oportuno, 1932). Realizó sus estudios en las facultades de México y Nueva York. No existen más datos biográficos acerca de él, de sus orígenes, o sobre quienes fueron sus padres, empezando a aparecer en anuncios de ocasión en el periódico lagunero *El Siglo de Torreón* a partir de 1929 lo que me hace pensar que probablemente no era originario de esta ciudad y que probablemente sus estudios en Nueva York y la ciudad de México se relacionaron con sus actividades militares.

El Dr. Francis Schuldt fue un especialista alemán de “ojos, oídos, nariz y garganta” que según los registros que constan en la hemeroteca, sólo permaneció en la región de 1930 a 1931, y atendió en Avenida Hidalgo No. 1526, en la óptica alemana (1931).

El Dr. Enrique Orvañanos aparece como oculista con práctica profesional en Ave Matamoros 729 frente a la escuela “Alfonso Rodríguez” en Torreón en el año 1925, anunciándose con práctica en el Hospital de la Luz de México y principales clínicas de Estados Unidos (1925).

En estos tres ejemplos vemos como los oftalmólogos se formaron en el extranjero o en la Ciudad de México, aunque desconocemos si venían de familias acomodadas porque no hay más datos de sus antecedentes en el periódico regional. Lo que puedo rescatar es que en ningún caso mencionan que son graduados o están certificados por alguna universidad o consejo de especialidades, que actualmente son requisitos actuales que funcionan como herramientas para lograr jerarquías dentro del campo, sólo mencionan su formación o su práctica, lo que nos sitúa en el contexto histórico donde aún este tipo de estudios no eran formales, ni recibían ningún título de especialistas, la enseñanza era tutelar, informal, sin una organización, el médico era guía del discípulo y su ejemplo era imitado (Vázquez Martínez, 2018), pero sí tenía más peso una formación en Europa donde los médicos, como vimos anteriormente, creaban conocimiento

(hacían ciencia) y no solo lo difundían, además de tener una “profesión de posición”, a diferencia de Estados Unidos donde la tradición de formación de médicos estaba iniciándose. No obstante, esta formación tenía más relevancia que la que se impartía en la ciudad de México, donde aún no había estructura académica para la formación de especialistas. También puedo señalar que en esta etapa los médicos aún no se anunciaban como oftalmólogos, vocablo que se generalizaría algunos años después, al tener más delimitadas las reglas para el estudio de la especialidad, aunque sí relacionados a las enfermedades de los ojos.

- La medicina creció y los oftalmólogos no podían estar atendiendo tantas partes del cuerpo. Se tuvo que dedicar exclusivamente al ojo. También las universidades fueron cambiando y ya fueron haciendo cursos de especialidad de Oftalmología o sólo de otorrino. Yo sí llegue a conocer un oftalmólogo-otorrino. No aquí en la Comarca, sino en Mérida.

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

Como puede el lector observar en los párrafos anteriores, se pueden vislumbrar las luchas simbólicas de estos primeros médicos por el reconocimiento, los recursos, la posición y la legitimidad de su labor en el campo de la salud visual. Ya se adivina o se observa claramente la competencia y los conflictos por la obtención de capital (su formación en Europa, Estados Unidos o la Ciudad de México). El Dr. Francis Schuldt no promovía los orígenes de sus estudios, pero por su nombre y por estar asociado a una óptica alemana (lo que además le daba ventaja frente a sus entonces pocos competidores), se infería que pudiera provenir de Europa lo que abonaba a su capital. Y así, vemos como estos primeros médicos empiezan a diferenciarse de otros profesionistas por los órganos del cuerpo humano que trataban y por los estudios que los respaldan.

Finalmente, empezamos a observar la formación profesional con estudios en México, y es interesante ver cómo se van acreditando los hospitales para estudios de especialidad y cómo van ganando poco a poco capital en el ámbito académico. Eso lo revisaremos en el siguiente apartado.

4.5. Jerarquías hospitalarias en México.

El Hospital General de México fue inaugurado el 5 de febrero de 1905 por el presidente de la República el General Porfirio Díaz. Se equipó con todos los adelantos de la época y se contrataron los mejores médicos para trabajar en él. Se establecieron dos pabellones para la atención de pacientes con enfermedades de los ojos, el pabellón 9 de hombres y el 19 de mujeres (Meyrán, 2018). La mitad de cada uno de estos pabellones estaba dedicado a la otorrinolaringología, puesto que todavía no existía una delimitación clara entre estas dos especialidades. De hecho, hay antecedentes de que en algún momento histórico los médicos dedicados a las enfermedades de los ojos aún estaban más alejados de dedicarse solo a esa parte del cuerpo, ya que eran conocidos como “médicos de ojos, oídos y señoras” (Meyrán, 2018).

Las primeras residencias hospitalarias en el país se inician hasta 1942, los primeros residentes permanecían en el hospital de 24 hasta 36 horas, pero la enseñanza aún no estaba sistematizada y el aprendizaje era por iniciativa propia. Es hasta 1960 que se constituye la primera residencia con aval universitario (Vázquez Martínez, 2018). Un dato destacable es que entre los primeros cursos formales de especialización se menciona a la Oftalmología a cargo del Dr. Magín Puig Solanes en septiembre de 1959 (H., 2007). La Oftalmología ya estaba destacando y diferenciándose en el campo de la medicina.

Los doctores Fernando López, Agustín Chacón y Emilio Montaña fueron los primeros catedráticos de la Oftalmología y también fueron el presidente, vicepresidente y tesorero de la mesa directiva que fundó la Sociedad Oftalmológica de México (SMO) en 1893 (Meyrán, 2018). En este momento histórico podemos observar cómo se estaban definiendo los límites de la especialidad, estableciendo una autonomía de saberes y conocimientos especializados y un pequeño grupo de estos médicos se adueña de este saber, controlando, vigilando y validando el conocimiento nuevo sobre las enfermedades de los ojos, ganando prestigio y privilegios sobre los que son diferentes a

ellos. Todo esto se estaba generando en la Ciudad de México, pero estos eventos impactarían en la formación de los oftalmólogos laguneros que ya tenían como opción su formación como especialistas dentro del país, pero que aún requerían de un capital económico suficiente para vivir y estudiar en la capital. Seguía siendo un privilegio el poder acceder a los estudios de la especialidad.

Cabe destacar que actualmente el Hospital General en su estructura de atención médica contempla diversas especialidades como medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología, imagen, dermatología, nefrología, urología, etc., y sólo uno o dos pabellones están dedicados a la Oftalmología. Ahí se forman médicos especialistas en todas estas ramas, lo que hace que los equipos de atención a pacientes sean multidisciplinarios, a diferencia de otros hospitales que como veremos más adelante, están estructurados únicamente para la formación de especialistas en Oftalmología.

En el registro de egresados del Hospital General de México aparecen los laguneros Arturo Gallegos Salcido (grupo IX 1976-1977), Roberto Madero Ruiz, José Antonio Villareal Maíz (grupo XI 1982-1983) y Alejandro Llama Alatorre (grupo XIII 1984). Es interesante observar que después de estos médicos ya no aparecen más laguneros egresados del Hospital General, lo cual se puede explicar por varias razones. En esos primeros años había pocos lugares de preparación para ser oftalmólogos en nuestro país, pero con la apertura de nuevos hospitales, la oferta de sedes fue creciendo y diversificándose y fueron apareciendo hospitales como el Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1954, lo que abrió nuevas posibilidades de preparación, y es así como los médicos laguneros buscaron otras opciones como la calidad de la enseñanza, la tecnología innovadora, el prestigio de los docentes, la posibilidad de hacer viajes al extranjero como parte de la preparación, etc. (Echeverría-Zuno S, 2018) (Meyrán, 2018). En estos hospitales (del IMSS, del ISSSTE, PEMEX, SA, etc.), se privilegia la formación de oftalmólogos generales, y justamente esa es su fortaleza:

- Que tengan el pensamiento de oftalmólogo general y yo ahorita siempre me he decidido a ser la mejor versión de oftalmólogo general que pueda existir.

Ese es mi objetivo.

Porque también cuando ves la Oftalmología solamente pensando en esa subespecialidad pues ya no lo tomas todo integral y siento que yo soy muy buen oftalmólogo general.

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

Existen otro tipo de hospitales que privilegian la formación de subespecialistas. Es decir, los alumnos cursan los tres años de Oftalmología y se les impulsa a cursar en el mismo hospital una subespecialidad de uno o dos años más. Por ejemplo, el Hospital La Luz, anexo al Hospital de San Andrés, inicia labores a favor de personas de bajos recursos en 1876 y establece la cátedra clínica de Oftalmología en 1924 (Lozano Alcázar, El primer hospital oftalmológico de México, 2002). En 1918 se funda la Asociación para evitar la ceguera en México Hospital Dr. Sánchez Bulnes IAP (Sánchez Huerta, Sánchez Fontán, & Salcedo Casillas, 2018) y en 1976 el Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana IAP (Lozano Rechy, 2020).

Estas tres instituciones ofrecen servicios oftalmológicos de excelencia a nivel nacional e internacional y tienen como objetivo atender enfermos de los ojos de escasos recursos, son centros de asistencia, investigación y docencia reconocidos y avalados por la Universidad Autónoma de México como formadores de recursos humanos en estudios de posgrado en Oftalmología (especialidad y subespecialidad) con alumnos nacionales y extranjeros.

La formación de residentes en estas tres instituciones consta de tres años y en su estructura física y operativa se dividen en servicios super-especializados que atienden a los pacientes de acuerdo con el segmento afectado del sistema visual: Oftalmopediatría y Estrabismo, Glaucoma, Retina, Córnea, Órbita, Párpados y Vías Lagrimales, Uveítis y Enfermedades Inflammatorias Oculares, Baja Visión, Segmento Anterior, Genética, Ultrasonido, Anatomía Patológica, Microbiología, Electrofisiología y

NeuroOftalmología (Lozano Alcázar, El primer hospital oftalmológico de México, 2002) (Lozano Rechy, 2020) (Sánchez Huerta, Sánchez Fontán, & Salcedo Casillas, 2018).

A diferencia de lo que escribí líneas más arriba en relación al Hospital General de México, la preparación académica de los médicos en cualquiera de estas tres instituciones está totalmente enfocada a la Oftalmología y a que los alumnos se dispongan a realizar estudios de subespecialización al terminar la especialidad, por supuesto, el ingreso a cualquiera de ellas aumenta en dificultad, o incluso se ofrece en alguno de ellos que el alumno curse un año previo de investigación antes del ingreso al primer año de la residencia, si es que no logra entrar en el primer intento. Al aceptar cursar este año previo en investigación, tiene asegurado un lugar en la residencia al siguiente año académico y se compromete a intervenir en la elaboración de investigaciones y publicaciones que abonarán al prestigio del hospital y al *curriculum vitae* del alumno (APEC Hospital de la Ceguera Unidad de Investigación, 2023).

Estas instituciones son una opción para ganar un lugar jerárquico más rápidamente dentro de la Oftalmología y esto aplica también a los médicos que vienen de otras partes de América Latina a cursar sus estudios de posgrado en dicha especialidad en cualquiera de las tres opciones: tienen asegurada su cuota de capital cultural. Resulta difícil decidir cuál de ellas es mejor que las otras dos, pues compiten por la excelencia en muchas áreas. Además, de manera similar a como comenté líneas más arriba, tener una formación profesional en un hospital de beneficencia le permite al alumno la vinculación con agentes de mayor poder y capital cultural. Les brinda el beneficio cultural de ser percibidos como humanitarios y caritativos, algo que es comúnmente asociado con las élites o personas de alto estatus social. En otras palabras, sugiere que, al mostrar un compromiso con causas humanitarias y actos de caridad, aquellos en la clase alta pueden mejorar su imagen y posición en la sociedad al ser vistos como benevolentes y comprometidos con el bienestar de los demás. Este tipo de comportamiento a menudo se asocia con estrategias de relaciones públicas y puede ser utilizado para mejorar la reputación y la percepción pública de las personas de la clase alta. (Casas Patiño, 2015). Un médico que entrevisté señaló....

- Pues normalmente el oftalmólogo es uno de los mejores en medicina. De los mejores estudiantes de medicina del país.

¿Por qué? Porque es muy peleada.

Los promedios siempre están muy altos entonces normalmente entran los mejores estudiantes de medicina.

Normalmente es el perfil.

Ya siendo oftalmólogos, [se puede estudiar] la Oftalmología médica y quirúrgica.

Va a haber oftalmólogos más hábiles con las manos y otros más hábiles en diagnóstico y en pensamiento.

Por ejemplo, yo me considero más hábil quirúrgico...

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

Y así vemos que la carrera por ganar un lugar como oftalmólogo destacado inicia aun antes de empezar la especialidad. Es importante resaltar que el lugar donde se cursa la especialidad también da un ascenso determinado en la escala social del profesional médico como veremos más adelante.

4.6. Hospitales privados vs hospitales públicos.

Un concepto que llama la atención es que en un hospital público (por ejemplo, IMSS), los residentes que realizan ahí sus estudios de especialidad reciben una beca mensual durante toda su preparación como especialistas (Salud S. , 2022) y sus profesores acrecientan su capital de acuerdo con los años que han permanecido activos como docentes en la formación de profesionales de la salud. A diferencia de esto, en los tres hospitales de beneficencia (La Luz, La Ceguera y El Conde, como se conocen popularmente) no existe información pública sobre si los residentes reciben pago durante su preparación. Un fragmento de entrevista da cuenta del trato diferencial que reciben los residentes de los hospitales públicos y privados:

- ... los laboratorios se acercan de una manera diferente en cuanto a que les pagó los congresos a los residentes de los hospitales privados y a los de los hospitales públicos no se los pagan ... “de hospital privado le vamos a organizar una fiesta y los vamos a llevar a Xochimilco”, por ejemplo, que Alcon (un laboratorio) llevaba a conocer sus instalaciones allá en Texas. Entonces sí, sobre todo por parte de los laboratorios, sí noto que hay como cierta discriminación.

D. Martínez (comunicación personal 4 de diciembre de 2022)

También cabe mencionar que el examen de admisión se programa en la misma fecha y hora en los tres lugares, limitando las opciones de elección para hacer la especialidad, es decir, el alumno debe tener muy claro su elección inicial y convencer en la entrevista y en el examen de ingreso al jurado calificador que cumple con todos los capitales necesarios para ser merecedor del ingreso a ese lugar. Si el alumno es rechazado para su ingreso a cualquiera de estas sedes, aún tiene la opción de elegir hospitales públicos, que tienen fechas de selección posteriores. Además, como requisito de selección se piden cartas de recomendación de oftalmólogos destacados que avalen todas las capacidades del candidato. Esto limita mucho más el ingreso, ya que, si el alumno no es capaz de demostrar que cuenta con las relaciones sociales adecuadas, es muy seguro que no será aceptado. En este fragmento de entrevista, podemos constatar esta situación:

- Entonces cuando llegué a La Ceguera, tenía que presentar los papeles, yo no conocía a nadie en México y me pedían cartas de 2 oftalmólogos. Tengo un tío pediatra en el sanatorio español allá en México, bueno, ya no trabaja, pero en aquel entonces me mandó con el doctor X... que nadie quería y después supe porque no me habían aceptado, porque llevaba una carta del doctor X...

M. Porras (comunicación personal 21 de noviembre 2022)

Estos tres hospitales han sido semilleros de oftalmólogos que actualmente están establecidos profesionalmente en Torreón. Prácticamente todos los egresados en los últimos años de la Luz, La Ceguera y el Conde son subespecialistas y ése ha sido uno de los motivos por lo que los grupos de oftalmólogos se han consolidado en la región, ya que en un grupo conjuntan diferentes subespecialidades que aportan sus conocimientos para brindar una mejor cartera de servicios que los hace diferenciarse de otros grupos de

oftalmólogos o de clínicas unipersonales que no cuentan con ellas. Esta forma de asociarse ha cambiado la estructura del campo, donde inicialmente se ejercía la Oftalmología y la otorrinolaringología, posteriormente sólo la Oftalmología y ahora, pocos son oftalmólogos generales, ahora lo común es que sean expertos en algún segmento especial del órgano visual o de una rama de la especialidad. Así, encontramos que las segundas o terceras generaciones de los primeros oftalmólogos ofertan ser especialistas en órbita, en glaucoma, en retina, en estrabismo, en oftalmo-pediatría, en uveítis, en ultrasonido, en córnea, en segmento anterior (cataratas), etc. Es decir, prácticamente todas las subespecialidades que existen a nivel internacional ya se encuentran en la región Laguna, lo que hace que la Oftalmología lagunera sea tan competente como en cualquier otra ciudad importante.

A continuación, se muestra un fragmento de una entrevista que realicé a una oftalmóloga que ve la subespecialización como una fortaleza en su profesión que la distingue de otros colegas, lo que es un ejemplo de las luchas simbólicas que se observan en este campo, según la teoría de P. Bourdieu:

- Por ejemplo, yo lo que veo en los segmentólogos (oftalmólogos especialistas en cirugía de catarata) es que nos gusta el beneficio del paciente y de visión inmediato. No podemos andar ahí como los de retina que dicen: salió muy bien, su cirugía está padrísima, pero pues ve movimiento de manos (muy mal), o, no, fíjate que con el glaucoma pues ahí va, pero ahora le voy a cambiar el medicamento, le vamos a hacer un láser y ahora le vamos a hacer la trabéculoplastia (cirugía para el glaucoma).

D. Martínez (comunicación personal 4 de diciembre de 2022)

En este punto, hago la siguiente observación: si bien, los médicos laguneros que desean prepararse como oftalmólogos por cuestiones de practicidad aspiran a estudiar en una institución de beneficencia en lugar de desplazarse al extranjero, este enfoque es debido a que los costos de vivir en la Ciudad de México son menores que fuera del país y se logra un capital diferente, al menos así se argumenta. Los contactos en el país donde van a ejercer la subespecialidad se van fortaleciendo, la Oftalmología mexicana cuenta con toda la tecnología de vanguardia, y las enfermedades que se ven en el país

son justamente a lo que se van a enfrentar en su vida profesional. Esto representa otra forma de lucha simbólica entre los que prefieren quedarse en el país a estudiar la especialidad para luchar simbólicamente contra los que vienen del extranjero a ejercer como profesionistas, una vez formados fuera del país, como si expresaran a los que estudian en el extranjero: “tú tienes dinero, pero yo adquiero experiencia y contactos en el país, y eso me da ventaja sobre ti”.

4.7. Incorporación de nuevos agentes al campo de la Oftalmología en Torreón.

Aunque la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila, con sede en Torreón, data de 1957, el proceso de formación local de los primeros oftalmólogos tardaría más tiempo, casi tres décadas. Cabe recordar que los primeros tenían categoría de médicos generales y aún tenían que competir por un lugar para lograr la oportunidad de estudiar la especialidad durante tres años. Cada formación de especialistas en los hospitales debe estar respaldada y reconocida por una universidad pública o privada que es la que va a otorgar el título universitario como especialista a los alumnos. Pero, como ya mencionamos, en el posgrado de medicina, lo más importante es la sede hospitalaria donde se cursa y que es lo que cada profesionista va a colocar en su *curriculum*: formado en La Ceguera, el IMSS, el ISSSTE, etc.

Para comprender cómo surge la posibilidad de establecer la especialidad en Oftalmología en la región, resulta fundamental remitirnos a la historia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en aspectos puntuales, así como indagar en las razones que llevaron a la apertura de esta especialidad en Torreón. La evolución de los servicios médicos, las demandas de atención especializada, la evaluación de recursos locales, y las políticas de salud pública son factores que probablemente han influido en la decisión de incorporar la Oftalmología como una especialidad disponible en esta región.

Las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAЕ) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contribuyen a mejorar la salud en la población con padecimientos

complejos que requieren de recursos tecnológicos para su manejo, a través de 69 especialidades médicas y quirúrgicas. Mediante el acuerdo 5/2003 del H. Consejo Técnico del IMSS se aprobó la creación de las UMAE el 15 de enero de 2003, otorgó autonomía de gestión a estas Unidades (Social, 2021). En otras palabras, aunque la infraestructura hospitalaria ya estaba establecida y operativa, se decidió conferir a ciertos centros, seleccionados por su alta afluencia de derechohabientes, la autonomía para gestionar sus recursos financieros. Esto condujo a su transformación en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), otorgándoles la capacidad de administrar sus finanzas de manera independiente. La UMAE Hospital de Especialidades No. 71 fue desincorporado de la delegación estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social y adquirió la figura de Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) en 2007, el cambio obedeció a la necesidad de prestar un mejor servicio a la población y hacer más eficiente la operatividad de la institución (Holguín, 2007).

El Seguro Social cuenta actualmente con 36 unidades de Tercer Nivel, conformadas por 25 UMAE y 11 Unidades Complementarias, donde en un día típico se otorgan 12 mil 308 consultas de especialidades, se atienden mil 556 urgencias, se llevan a cabo 683 cirugías, nacen 114 bebés, se realizan 218 sesiones de hemodinamia, se llevan a cabo 105 mil 119 estudios de laboratorio, mil 777 tomografías y 840 resonancias magnéticas, mil 406 estudios de medicina nuclear, se otorgan mil 485 sesiones de quimioterapia, mil 396 de radioterapia y 714 de hemodiálisis y se brindan cinco mil 950 consultas de terapia física (Social, 2021). A diferencia de las expectativas comunes, las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) no están necesariamente ubicadas en las capitales estatales ni se establece una por cada estado. En Ciudad de México, Nuevo León y Jalisco, por ejemplo, existen más de una UMAE. En contraste, estados como Puebla, Guanajuato, Estado de México, Sonora, Veracruz, Yucatán y, por supuesto, Coahuila, cuentan con una sola UMAE (no todas en la capital), mientras que el resto de los estados dependen de la UMAE más cercana para acceder a estos servicios especializados (México, Directorio de Educación de UMAES y Delegaciones, s.f.).

Las UMAE del Seguro Social no cuentan con población adscrita, en sí todos los derechohabientes son susceptibles de ser atendidos si su estado de salud así lo requiere. Además, se llevan a cabo procesos de enseñanza e investigación y cuentan con personal de salud altamente especializado (Social, 2021).

Dicha modificación implicó el compromiso por parte del IMSS, de alcanzar un mayor poder resolutivo en el segundo nivel de atención, de manera que se envíe el menor número de pacientes a un tercer nivel y la UMAE pueda prestar un mejor servicio a los derechohabientes que realmente necesiten de atención especializada. La UMAE HE No. 71 atiende a pacientes de Coahuila, Chihuahua, Durango y Zacatecas (Holguín, 2007).

La creación de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Especialidades No. 71 (1985) en Torreón, que produjo los primeros oftalmólogos completamente formados en Torreón, marcó un hito importante en el desarrollo de la Oftalmología local. Esto demuestra cómo la formación médica especializada en instituciones de alta calidad también ha contribuido a la consolidación de la Oftalmología como una especialidad médica distinta y bien establecida en la región.

Desde la perspectiva de la teoría de los campos de Pierre Bourdieu, la creación de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de especialidades No. 71 en Torreón es un evento que refleja la lucha por el capital simbólico en el campo de la medicina, especialmente en el ámbito de la Oftalmología en la región de Torreón.

La apertura de una institución de alta especialidad indica la consolidación de un espacio específico dentro del campo médico. En términos de Bourdieu, este acto representa la acumulación de capital simbólico al establecer una entidad que ofrece formación médica especializada. Los oftalmólogos formados en esta unidad podrían ser

vistos como agentes que adquieren un conjunto particular de conocimientos y habilidades que les confieren un estatus distintivo en el campo oftalmológico local.

La UMAE HE No. 71 alberga la formación de oftalmólogos completamente capacitados en la región. Esto no solo significa una mayor disponibilidad de profesionales especializados localmente, sino que también puede contribuir a la autonomía de la región en términos de recursos humanos altamente capacitados lo que podría desafiar las jerarquías tradicionales en el campo médico. Bourdieu argumentó que los agentes luchan por mantener y aumentar su posición en el campo mediante la adquisición y exhibición de capital simbólico, y la formación de oftalmólogos en una institución local podría reinterpretarse como un desafío a la centralización de la formación médica en otras regiones. Este acto contribuiría a la consolidación de la Oftalmología como una especialidad médica bien establecida en la región, reforzando así la posición de Torreón en el campo médico.

Además, estudiar localmente en lugar de hacerlo en la Ciudad de México o en el extranjero puede tener implicaciones significativas en términos de capital simbólico, social y cultural. Bourdieu sostuvo que el capital simbólico, que se refiere al prestigio y reconocimiento social, es esencial en la competencia dentro de un campo específico. Estudiar localmente puede afectar cómo se percibe la formación académica. Si la institución local tiene una reputación respetable, los graduados pueden acumular capital simbólico que les brinde reconocimiento en el ámbito regional. Sin embargo, en comparación con estudiar en la Ciudad de México o en el extranjero, donde a menudo existen instituciones con mayor renombre, el capital simbólico asociado con la formación local puede ser diferente.

La elección de estudiar localmente también puede influir en la red de contactos y relaciones sociales que se desarrollan durante la formación académica. Bourdieu argumentó que el capital social, derivado de las conexiones y relaciones interpersonales, es crucial en la estructuración de las oportunidades y el éxito en un campo. Estudiar en la misma región podría facilitar la construcción de redes locales que podrían ser valiosas

en el contexto regional, pero podrían ser menos amplias en comparación con las que se pueden construir a nivel nacional o internacional.

Pierre Bourdieu identificó el capital cultural, que abarca conocimientos, habilidades y educación, como otro componente fundamental. Estudiar localmente podría proporcionar una formación más específica para las demandas y características particulares de la región, lo que puede ser beneficioso en ciertos contextos laborales locales. Sin embargo, también puede limitar la exposición a perspectivas y enfoques más amplios que se pueden obtener al estudiar en contextos más diversos.

Por otro lado, la formación de residentes en Torreón garantiza el relevo generacional de especialistas y la continuidad del campo. La UMAE Hospital de Especialidades No. 71 está ganando reconocimiento por tener toda la infraestructura necesaria para permitir que los residentes desarrollen las habilidades y competencias para convertirse en oftalmólogos altamente calificados y esto a su vez es una ganancia de capital no solo para la sede, sino también para cada médico que participa en la formación de residentes.

Desde la perspectiva de Bourdieu, la influencia de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAЕ) en la constitución del campo de la Oftalmología no implica una consolidación, más bien, la presencia de la UMAЕ introduce la posibilidad de un aumento significativo en las luchas y la competencia en el campo. Este fenómeno se relaciona directamente con la entrada de nuevos agentes.

Con la creación de la UMAЕ, se amplía el acceso a la capacitación en Oftalmología para individuos que desean permanecer en la región y no viajar para especializarse. La eliminación de barreras económicas crea un escenario donde nuevos agentes pueden ingresar al ámbito oftalmológico, aportando diversidad y desafiando las estructuras preexistentes. Es importante destacar que estos nuevos participantes no están obligados a presentar el examen si trabajan en el IMSS, lo que intensifica la competencia y, al mismo tiempo, plantea preguntas sobre la evaluación de la competencia en este contexto.

Bourdieu sugeriría que esta entrada de nuevos agentes no solo introduce una mayor competencia, sino que también puede generar tensiones y una lucha por el reconocimiento y la legitimidad que se vuelve más evidente en este escenario, ya que los nuevos participantes desafían las formas tradicionales de acceso y adquisición de conocimiento en la especialidad.

El reconocimiento obtenido por los egresados plantea preguntas cruciales sobre su posición en el campo y la competencia con oftalmólogos ya establecidos. Estos nuevos profesionales deben destacar no sólo en términos de habilidades técnicas, sino también en la adaptación a las últimas tecnologías y avances en Oftalmología. Además, su capacidad para ofrecer un enfoque integral en la atención al paciente, mantenerse actualizados con las investigaciones médicas y establecer relaciones efectivas con los pacientes y colegas puede marcar la diferencia. En última instancia, este proceso contribuye al enriquecimiento del campo al fomentar la innovación y el desarrollo continuo, beneficiando así a la salud ocular de la comunidad.

Lo anterior se vuelve atractivo para otras sedes formadoras de capital humano y atrae turismo académico como lo relata uno de mis entrevistados:

- Se hacía anteriormente {en los primeros años de la UMAE} un congreso de residentes y era excelente. Venían residentes de algunos lugares del país

G. Chávez (comunicación personal 6 de diciembre 2022)

Como escribí líneas arriba, la presencia del IMSS en la región abrió posibilidades a nuevos agentes que antes no las tenían por falta de recursos económicos. Hay oftalmólogos en Torreón que trabajaron en el IMSS como médicos familiares y ya con los años, gracias a becas del mismo instituto, pudieron prepararse como médicos

especialistas en Oftalmología y solicitar su cambio de rama (o especialidad) para seguir trabajando en el Instituto. Los cursos de especialización de ingreso a través del Examen de Competencia Académica están dirigidos a los médicos de base del IMSS con categoría de Médico General o Médico Familiar que laboran en los diferentes turnos (Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, 2023). En este caso ya no es necesario que presenten el ENARM para ingresar a la residencia al ser trabajadores del IMSS y estar sindicalizados (SNTSS). Tanto el Instituto como el SNTSS en apego a la Ley Federal del Trabajo tiene la obligación de velar por la capacitación permanente y superación académica constante de sus agremiados por lo que periódicamente ofertan la posibilidad de realizar una subespecialidad o una segunda especialidad. En este caso los médicos a los que nos referimos participaron en esta segunda opción para iniciar la residencia en Oftalmología. Ellos provienen de un campo muy diferente y tuvieron que trabajar aún más duro para ponerse a la par de aquellos médicos que entraron a la residencia directamente después de presentar el ENARM, además de que ingresaron a la especialidad con mayor edad que el resto, cuando ya sus compañeros de su misma edad han transitado por la profesión muchos años y ya cuentan con clientela, reconocimiento y un largo camino recorrido como oftalmólogos. Además, los capitales que poseen desde el campo de la medicina familiar muchas veces no son suficientes o necesarios o carecen de valor dentro del campo de la Oftalmología.

Todo lo anterior refleja la dinámica de lucha constante por el capital simbólico en el campo, un concepto central en la teoría de Bourdieu. La incorporación de nuevos agentes, como los profesionales formados en la UMAE No. 71, introduce cambios en la distribución de poder y prestigio en el campo de la Oftalmología ya que los agentes ya establecidos, con mayor prestigio y capital acumulado, pueden enfrentar desafíos a medida que nuevos actores ingresan al escenario. La competencia por la legitimidad y el reconocimiento en el campo se intensifica, y aquellos con más capital simbólico tienen que adaptarse o defender sus posiciones frente a los nuevos participantes.

Esta competencia dinámica puede influir en la evolución del campo, afectando las normas, prácticas y percepciones asociadas con la Oftalmología en la región. Los agentes con más prestigio pueden verse obligados a ajustar sus estrategias para

mantener su posición dominante, mientras que los recién llegados buscan ganar reconocimiento y establecer su legitimidad en el campo.

La teoría de Bourdieu destaca que esta lucha por el capital simbólico no solo se limita a la adquisición de recursos materiales, sino que también implica la disputa por la autoridad, la reputación y la definición del "bien" en el campo. La introducción de nuevos agentes puede desafiar las concepciones establecidas y abrir espacio para la reconfiguración de las relaciones de poder en la Oftalmología de la región. Este proceso continuo de lucha y competencia contribuye a la evolución y transformación del campo, influyendo en la forma en que se percibe y practica la Oftalmología en la región.

En la entrevista siguiente podemos ver qué motiva a los médicos que ya tienen una estabilidad económica y laboral (en el IMSS) a participar en la convocatoria para ser oftalmólogos:

- Siempre me llamó la atención la Oftalmología. Por la razón de siempre haber visto a la Oftalmología como una especialidad difícil de alcanzar, muy elitista y sobre todo que seguía siendo la más alta en puntaje para poder entrar, siempre lo tuve ahí como un reto y pues decidí presentar papelería y esperar la fecha para presentar el examen.

G. Chávez (comunicación personal 6 de diciembre 2022)

En la declaración anterior, llama la atención que lo "elitista" no se ve como algo criticable, sino como un aspecto deseable. Finalmente, los que están en la cúspide de la Oftalmología en la región tienen un estatus envidiable (deseo de tener lo que la otra persona tiene), algo que favorece las luchas simbólicas, aunque quizá con apariencia de cooperación.

La percepción de lo "elitista" como algo deseable puede estar vinculada a diversos factores sociales, culturales y económicos. Se asocia con el éxito, el conocimiento especializado y el acceso a recursos privilegiados, a logros alcanzados y habilidades

excepcionales. Los miembros de la élite a menudo tienen acceso a recursos, oportunidades educativas y conexiones que pueden no estar disponibles para la mayoría. Esto puede generar admiración y deseo por alcanzar un estatus similar.

Las personas exitosas a menudo se convierten en modelos a seguir. La sociedad a veces admira y aspira a seguir los pasos de aquellos que han alcanzado la cima de sus campos, creyendo que podrían lograr un éxito similar. La élite, en muchos casos, contribuye de manera significativa al avance de la sociedad, ya sea a través de innovaciones, avances científicos, o mejoras en la calidad de vida. Estas contribuciones pueden generar respeto y admiración.

Por otro lado, Bourdieu diría que la élite genera desigualdad y la acumulación de capitales que, de no favorecerlos, no se comparten, lo que incluso pueden generar estancamiento o retrocesos (el caso de medicamentos que pueden ser muy benéficos para la humanidad, pero con las patentes se hacen carísimos y no llegan a toda la sociedad). O si se comparten, en muchas ocasiones es porque generan una ganancia de capitales distintos para quien los otorga (por ejemplo, ser vistos como humanistas).

En cuanto a las luchas simbólicas, es posible que, incluso cuando hay competencia y rivalidad, se mantenga una apariencia de cooperación en determinados contextos. Esto puede deberse a la necesidad de colaborar en proyectos compartidos, a acuerdos tácitos para mantener ciertos estándares de calidad en la profesión, o a la participación en comunidades profesionales y académicas.

Como vemos, la percepción de lo "elitista" puede variar según la perspectiva. Para algunos, la élite puede representar aspiraciones y oportunidades, mientras que para otros puede simbolizar desigualdades y exclusión. La complejidad de estas dinámicas sociales y culturales hace que la interpretación de la élite sea subjetiva y sujeta a debate. La élite genera "ilusión", diría Bourdieu, pero en realidad genera exclusión. Es el caso de la escuela, que estudió con mucha profundidad. Parece que la escuela genera movilidad

social y económica, pero lo que hace es reproducir las clases sociales como están, con la ilusión de movilidad.

La incorporación de nuevos agentes al campo de la Oftalmología en Torreón es un proceso que se logra al facilitar oportunidades de formación y desarrollo profesional a talento joven y recién graduado pero excluido de la posibilidad de formarse en el exterior, ya sea en la capital o en el extranjero. Relacionado a lo anterior, leamos un relato de una joven residente de la UMAE HE 71:

- Ella estuvo haciendo un año ginecología y obstetricia en otra región del país. En esa ocasión aprobó el examen con un buen puntaje y pese a tener oportunidad de hacer especialidades con puntaje alto, eligió lo que creyó iba a ser su profesión (ginecología y obstetricia no requiere obtener puntajes altos para elegir, está en el promedio bajo). No le gustó la experiencia, tenía mucho trabajo, sentía que no estaba aprendiendo, no había supervisión académica ... me cuenta que su papá le dijo: “quieres ser rica y vivir tranquila, estudia Oftalmología”. Me dice que le dio risa en ese momento, pero pasado un tiempo lo pensó mejor, renunció a la especialidad que estaba cursando y presentó el examen otra vez. Nuevamente su puntaje le dio la oportunidad de elegir entre las especialidades más competidas. Optó por Oftalmología: “estoy contenta, estoy operando, las guardías son muy tranquilas, y aprendo. Mis papás vienen a verme más seguido porque ahora estoy más cerca de ellos aquí en el norte del país y ahora me dicen que porque nunca hago guardias. Y si hago, pero también puedo disfrutar con mi familia, no como en la otra especialidad, que nunca me veían”.

Guía de observación 1. 2 de agosto 2023.

En resumen, el análisis de las formas de capital y las dinámicas de poder dentro del campo oftalmológico en Torreón revela una estructura compleja y jerarquizada, donde las luchas simbólicas y las estrategias de legitimación juegan un papel crucial en la preservación del estatus y la autonomía del campo. Estos hallazgos establecen las bases para una comprensión más profunda del habitus de los oftalmólogos y de las formas en

que se perpetúan las posiciones de poder, temas que se abordarán en los próximos capítulos.

Capítulo V: Formas de capital y estrategias de preservación del estatus en la Oftalmología de Torreón.

Este capítulo se centrará en la educación continua, las publicaciones y otras prácticas que no solo legitiman el estatus de los oftalmólogos, sino que actúan como herramientas para la preservación y perpetuación del poder dentro de la jerarquía médica. Antes de adentrarnos en estos temas, reflexionaré brevemente sobre la importancia de estas estrategias en la consolidación de esta especialidad médica.

5.1. Educación continua y preservación de posiciones.

Se ha abordado previamente en el capítulo 3 tanto los antecedentes históricos como los objetivos del Colegio Coahuilense de Oftalmología (CCO), por lo que en esta sección se explorarán otros aspectos. El CCO, conformado principalmente por oftalmólogos de la región, cumple el rol de facilitar un contacto constante entre sus miembros, tanto en el ámbito social como en el intercambio de conocimientos y apoyo académico.

A lo largo de los años podemos encontrar en el periódico local noticias sobre los eventos académicos y culturales del grupo de oftalmólogos de la SOLAC, que luego se convertiría en el Colegio Coahuilense de Oftalmología. Su consolidación trae por consiguiente una acumulación de capital cultural a partir de coloquios, donde se promueven temas académicos. Son eventos que atraen a profesionales oftalmólogos de otras partes del país, difundiendo los lugares turísticos y trayendo una derrama económica que beneficia a toda la región (Nueva mesa de SOLAC iniciará programa de actividades científico-culturales, 1993) (La SOLAC programa curso de Actualización en Oftalmología, 1994) (SOLAC realizará sesión ordinaria mensual el día 23, 1993) (Coloquio Retina, 2019).

Las reuniones del CCO se realizan mensualmente, quedando constancia de los temas discutidos mediante la elaboración de minutas que son firmadas por todos los asistentes en el libro de actas. A modo de ejemplo, durante el año 2010, además de las reuniones habituales, se llevaron a cabo cuatro cursos de actualización en diversas áreas como glaucoma, córnea, neurodesarrollo y visión baja. En dichos cursos participaron destacados oftalmólogos, algunos provenientes de la Ciudad de México, como la doctora Silvia Moguel, el doctor Raúl Macedo Cué, la Dra. Enriqueta Hoffman, la Dra. Aurora Garrido, el Dr. Tito Ramírez Luquín, entre otros (Oftalmología, Libro de Actas, 2010).

Cabe destacar que, a lo largo del año, los propios miembros del CCO también contribuyen a la oferta académica, compartiendo sus conocimientos mediante la impartición de temas relevantes:

- A mí lo que me encantaban eran los cursos que primero traían gente de fuera pero después dijeron pues ¿por qué traen gente de fuera si los de aquí somos muy buenos?

Yo creo que sí hay gente destacada aquí en Torreón.

M. Porras (comunicación personal 21 de noviembre 2022)

Se puede inferir por la declaración anterior, que los mismos oftalmólogos laguneros valoran el reconocimiento y promoción de talento local, lo cual es positivo tanto en el desarrollo académico individual como en el fortalecimiento de la identidad local, lo que va generando un sentido de pertenencia y orgullo en la comunidad que de una forma contribuye al crecimiento y la prosperidad de la región en general.

Los oftalmólogos mayormente valorados por sus pares posiblemente son aquellos que tengan una excelencia en el manejo de sus pacientes, que hayan desarrollado habilidades didácticas destacadas, que hayan acumulado una experiencia significativa

en la práctica oftalmológica y muestren un compromiso genuino con la preparación académica y de habilidades de otros oftalmólogos. La calidad de su formación, sus contribuciones a la investigación, y su impacto en la práctica clínica pueden convertirse en puntos destacados. El reconocimiento para formar a otros colegas puede crear una lucha con sus pares.

Bourdieu sostiene que la sociedad está estructurada en campos, cada uno con sus propias reglas y dinámicas e introduce el concepto de capital cultural, que incluye el conocimiento y las habilidades adquiridas a través de la educación. El campo de la Oftalmología puede considerarse como un espacio social específico con sus propias jerarquías y formas de capital donde la participación en eventos y la discusión de avances tecnológicos reflejan la competencia y la búsqueda de capital simbólico a través del cual los oftalmólogos buscan establecer su prestigio y credibilidad, factores clave en el ejercicio profesional.

La actualización constante genera capital simbólico para los oftalmólogos. Esta acumulación de capital simbólico contribuye a la confianza social, ya que la sociedad tiende a confiar en profesionales que demuestran experiencia y compromiso con su campo. La confianza del público es esencial en la medicina, donde los pacientes necesitan tener seguridad en la competencia y la integridad de los profesionales en los que están depositando su confianza.

La reproducción social se refiere a cómo las desigualdades y jerarquías sociales tienden a perpetuarse. La participación en eventos y la actualización constante pueden contribuir a la reproducción social al fortalecer las posiciones de los oftalmólogos altamente especializados. Estos profesionales pueden mantener o mejorar su estatus social al participar en actividades que refuercen su posición en el campo de la Oftalmología, una de ellas, la educación continua.

La contribución de nuevos miembros a través de su trabajo de ingreso al CCO (requisito indispensable para ser miembro es presentar una revisión de casos clínicos o

una investigación) puede ser crucial para la continuidad y enriquecimiento de la educación permanente ya que los nuevos miembros aportan experiencias, conocimientos y perspectivas frescas e innovaciones, lo que puede ser esencial para mantenerse actualizado en un entorno educativo en constante cambio. La percepción sobre la llegada de oftalmólogos recién egresados puede variar ampliamente y esto podría deberse a una serie de factores, incluyendo la competencia en el mercado laboral, la disponibilidad de oportunidades y las perspectivas individuales de los profesionales establecidos. Podemos leer una declaración al respecto de un oftalmólogo con muchos años de ejercicio profesional:

A mí en lo personal siento que eso me bajo (los pacientes), además de que me decían: “a usted ya lo vemos chicharrón”. Cuando yo llegue me decían: No, es usted muy joven, yo mejor me voy con el Dr. De Nigris (gente vieja).

Y es cierto, antes se valoraba más la experiencia, y hoy la actualización. Que una cosa no está negada con la otra, pero si abona a tu expediente.

R. Ruíz (comunicación personal 21 de enero 2023)

Las razones en contra de la llegada de oftalmólogos nuevos es la preocupación por la competencia adicional en el mercado laboral de los profesionistas ya establecidos. Algunos podrían creer que los oftalmólogos recién egresados pueden carecer de la experiencia necesaria, y, por último, la resistencia al cambio. Algunos oftalmólogos con años de ejercicio laboral en la región pueden preferir la estabilidad y la continuidad en lugar de enfrentar cambios potenciales en la dinámica laboral (introducir en su práctica estudios sofisticados o expedientes electrónicos).

Las razones a favor de la llegada de nuevos agentes al campo es la aportación de novedosas ideas, perspectivas y enfoques a la práctica oftalmológica, lo que puede ser beneficioso para la innovación y la mejora continua. Además, la incorporación de nuevos oftalmólogos puede reflejar el crecimiento y la demanda en el campo de la Oftalmología, lo que podría indicar oportunidades para algunos agentes como lo percibimos en la declaración siguiente:

- Bienvenido quien venga porque trae otra forma de hacer Oftalmología. Conoce nuevas cosas y más cuando son tan jóvenes. Entonces encantada de quien venga porque nos viene a enseñar cosas nuevas y así hacer más fuerte la Oftalmología.

D. Martínez (comunicación personal 4 de diciembre de 2022)

La diversidad de enfoques puede conducir a la adopción de nuevas prácticas. Dos periodos como ejemplo de los ingresos de nuevos miembros que hubo en el CCO en los últimos años: en el mes de octubre de 2011, aparece en el libro de actas una lista de solicitudes para ingresar: Dra. Denisse Cornú Melgoza, Dr. José Antonio Yamín López, Dr. Carlos Quezada Ruiz, Dr. Dante Alejandro Herrera Perezrul (Oftalmología C. C., 2009-2020) y en enero de 2018 estaban en lista de espera para ingreso los doctores Verónica Rodríguez Carrillo, Ricardo Flores y Eduardo Cornú Melgoza (Oftalmología C. C., 2009-2020). Al respecto, se comenta en una de las entrevistas:

- Y las pláticas, por ejemplo. de los nuevos integrantes del colegio, de la doctora Julia, está, así como impresionante, como esta (otra platica) del tratamiento de Vero Carrillo, muy buena su plática y te das cuenta de que se integran nuevos miembros ahí al colegio y que son súper capaces ...

D. Martínez (comunicación personal 4 de diciembre de 2022)

-

La discusión sobre trabajos de ingreso, incluyendo pláticas de diferentes miembros, puede vincularse con la idea de capital cultural. La presentación de trabajos y conocimientos específicos puede contribuir al reconocimiento y valoración dentro del campo oftalmológico, sirviendo como una forma de capital cultural.

En la sesión de mayo de 2018 se discute la propuesta de Torreón para ser la sede de un coloquio compitiendo con el grupo de oftalmólogos de Saltillo que proponían a Parras, Coah., como sede. (Oftalmología C. C., 2009-2020). Este evento es claramente una competencia por capital simbólico entre las dos ciudades.

Dentro de las diversas sociedades de oftalmólogos, ya sea a nivel local, abarcando cada región específica, o a nivel nacional, es posible identificar variaciones significativas en cuanto a su estructura, la dinámica de relaciones entre los miembros y la organización de sus reuniones, entre otros aspectos como lo vemos en la declaración de uno de los entrevistados:

- Son más unidos los del norte que los del sur. En Mérida unos cuantos grupos (de oftalmólogos) se ven, se tratan, pero no los veo tan unidos como aquí. Hay más participación aquí

- C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

En ciudades más pequeñas, como Torreón, es común que los oftalmólogos establezcan una cercanía entre ellos, interactúen con mayor frecuencia y compartan un ambiente más íntimo, algo que suele ser menos común en metrópolis más extensas. Esta dinámica tiene diversas interpretaciones, siendo una de ellas la búsqueda de control en el ámbito profesional, donde el grupo limita la participación a aquellos que cumplen con los estándares de ingreso y permanencia. Es importante señalar que no todos los oftalmólogos en Torreón forman parte del CCO, aunque incluso aquellos que no lo integran están identificados y suelen interactuar cotidianamente con uno o más miembros, evidenciando que la mayoría de los oftalmólogos en la ciudad se conocen entre sí.

Al analizar las mesas directivas anteriores a la pandemia, se observa una cierta tendencia al "reciclaje" de presidentes y vicepresidentes, fenómeno que podría atribuirse a la influencia de un grupo reducido que mantiene el control o a la limitada cantidad de miembros. Sin embargo, en los últimos años, esta dinámica ha disminuido, en parte debido a la llegada de oftalmólogos jóvenes, algunos de ellos herederos de los fundadores, y al retiro progresivo de los miembros de mayor edad.

Este escenario revela claramente las luchas internas, tanto por el control de la mesa directiva como por la posición jerárquica dentro del grupo. Aquellos que heredan capital buscan mantener su estatus, mientras que quienes ingresan sin él enfrentan el desafío de ganar reconocimiento. Además, los oftalmólogos que pertenecen al colegio tienden a ejercer una influencia más fuerte que aquellos que no forman parte de esta comunidad.

Dentro del CCO, se abordan temas académicos que van desde los conflictos en la relación médico-paciente hasta los derechos tanto de los pacientes como de los médicos, pasando por la responsabilidad médica, entre otros. Este conocimiento se traduce en una mejora en la calidad de atención y en la capacidad de enfrentar posibles demandas de pacientes y seguros médicos. La aplicación de estos principios fortalece la posición de los oftalmólogos en el ámbito médico y específicamente en la Oftalmología.

La cohesión y el respaldo mutuo demostrados por el grupo de oftalmólogos de Torreón durante la contingencia sanitaria resaltan la importancia de mantener la unidad. En momentos desafiantes, como una pandemia, la capacidad de adaptarse a nuevas formas de relacionarse y ejercer la profesión se vuelve esencial. El hecho de que el colegio haya permanecido sólido, a pesar de las pérdidas y cambios, indica su fortaleza como grupo y su compromiso continuo con la Oftalmología en la región.

Aunque se han experimentado problemas, distanciamientos y desafíos entre los diferentes grupos, el enfoque actual se centra en fortalecer y cultivar los principios y valores fundamentales que dieron origen al colegio hace muchos años.

Dentro del marco de la educación continua de los oftalmólogos, es esencial reconocer las diversas facetas que contribuyen al desarrollo profesional. Un ejemplo palpable de este proceso lo encontramos en experiencias individuales, como el caso de una oftalmóloga que, como parte de su búsqueda constante de mejora, decidió adquirir instrumental, un sillón y un proyector en Estados Unidos.

Fui a Estados Unidos a comprar mi instrumental el sillón el proyector y me ayudó mi hermano que tiene importaciones y no sé quién a traerlo y a pagar los impuestos.

M. Porras (comunicación personal 21 de noviembre 2022)

Este episodio no solo ilustra la necesidad de ampliar los horizontes y recursos en la búsqueda de herramientas y conocimientos que enriquezcan la práctica oftalmológica y, por ende, apoyen la educación continua.

En los párrafos subsiguientes, me enfocaré en eventos documentados en el libro de actas del Colegio Coahuilense de Oftalmología (Oftalmología C. C., 2009-2020) que hacen mención, ya sea de manera directa o indirecta, a la educación continua. Este análisis se centra en la percepción de la educación continua como una herramienta estratégica y simbólica que desempeña un papel significativo en la preservación de la posición y el estatus de los oftalmólogos dentro de la profesión. A través de estos registros, se explorarán las diversas facetas de cómo el Colegio utiliza la educación continua como un medio estratégico para fortalecer y mantener la prominencia de sus miembros en el ámbito oftalmológico.

Dentro del contexto de la educación continua de los oftalmólogos, como vemos en los diversos registros del Libro de Actas a lo largo del tiempo, se destaca la importancia de las reuniones realizadas mes a mes en distintos lugares, tales como el Club Campestre Montebello, Hotel Crowne Plaza, Hotel Marriot, Club Campestre Torreón y Restaurante La Espada Gaucha. Todos estos lugares son espacios de un nivel socioeconómico más allá del nivel medio y traducen el nivel social y de jerarquía que como grupo tiene el CCO. Es relevante mencionar que el cambio de sede de las reuniones se da en base a la mesa directiva que se encuentra al frente en dicho periodo y así lo indican claramente las minutas al inicio de la toma de posesión de una nueva mesa. Claramente se marca el cambio de sede, por ejemplo, del Crowne Plaza al Club Campestre la Rosita (Oftalmología C. C., 2009-2020). En estos espacios donde se llevan a cabo las reuniones se manifiestan luchas simbólicas entre los grupos que dirigen las mesas directivas donde éstas compiten por el acceso y control de recursos

económicos, como fondos para becas, coloquios o cursos que van a impactar el estatus y reconocimiento del grupo a cargo en ese momento.

En los registros del CCO (Oftalmología C. C., 2009-2020) aparece un esfuerzo de diversas mesas directivas por reconocer y rendir homenaje a los médicos fundadores de la entonces Sociedad de Oftalmología de Torreón, se mencionan destacados nombres como el Dr. Roberto Villareal Roiz, Dr. Arturo Gallegos Abrego, Dr. German Madero, Dr. Olivero Lozano Rocha, Dr. Manuel De Alba, Dr. Teodoro Núñez, Dr. Alfonso Garibay Fernández, Dr. Buenaventura De Nigris, y se otorga un especial reconocimiento al Dr. Roberto Cárdenas Cantú por ser el primer oftalmólogo totalmente formado en un curso de especialidad avalado por una universidad (recordemos que anteriormente la formación era totalmente voluntaria, sin estructura académica ni validez oficial, lo que ya se ha abordado en otros segmentos de este trabajo). También se realiza en otro momento la entrega de reconocimientos a los decanos del CCO, como el Dr. Roberto Cárdenas Cantú, Emilio Villareal Medrano, y Felipe De Alba Bessonier, donde resalta su labor honrosa en el campo de la Oftalmología. Otro reconocimiento se realiza a miembros honorarios: Dra. Yolanda Medrano de la Rosa y al Dr. Arturo Gallegos Salcido por sus contribuciones notables al campo. En estos eventos observamos la competencia por atraer y retener a oftalmólogos talentosos y especialistas destacados como un aspecto clave de las luchas simbólicas entre las mesas directivas que han estado a cargo del CCO.

Se llevan a cabo ajustes administrativos, incluyendo la designación de escrutadores y la selección de un nuevo secretario general, el Dr. Claudio Martín Franco De Acha. Estos cambios no solo implican movimientos estructurales, sino también reflejan dinámicas dentro del ámbito administrativo, donde se evidencian las luchas simbólicas y las estrategias de legitimación de distintos actores en el contexto de la organización.

En el ámbito de las sesiones de negocios, se tiene en los registros del Libro de Actas, la presentación del trabajo titulado "Una óptica de negocio diferente", evidenciando el compromiso del CCO con la innovación y la mejora continua en el

ejercicio de la Oftalmología y es un ejemplo de que el objetivo de cada mesa a directiva a cargo de luchar simbólicamente para establecer la narrativa y los estándares que definen la práctica oftalmológica, lo que impacta en la percepción y el reconocimiento dentro del campo (Oftalmología C. C., 2009-2020).

La recertificación, un elemento crucial para asegurar la excelencia de los miembros del Colegio, se aborda durante las sesiones mensuales. Durante estas reuniones, se promueve activamente la oferta académica nacional, invitando a aquellos interesados en acumular puntos para el Consejo Mexicano de Oftalmología. Además, se recuerda a los miembros que la pertenencia al CCO también otorga puntos, incentivando el mantenimiento de cuotas al día y al menos un 20 por ciento de asistencia a las reuniones mensuales. A través de estas iniciativas, la mesa directiva subraya el firme compromiso del CCO con la actualización continua de conocimientos, reafirmando su dedicación a los estándares más elevados en el ámbito oftalmológico. Las mesas directivas pueden competir simbólicamente por ofrecer programas que otorguen certificaciones reconocidas en la comunidad oftalmológica como cursos, coloquios o talleres. Estos programas pueden atraer a oftalmólogos y profesionales de la salud de todo el país o incluso a nivel internacional. La competencia simbólica puede manifestarse en la diversidad y calidad de los cursos y eventos educativos ofrecidos.

Otro evento que aparece en el Libro de Actas como parte de la educación continua es el siguiente: se llevó a cabo la capacitación a médicos generales sobre exploración de fondo de ojo y atención de urgencias oculares en conjunto con la Secretaría de Salud en tres localidades del estado de Durango: Gómez Palacio, Rodeo y Santiago Papasquiaro, (Oftalmología C. C., 2009-2020). Las luchas simbólicas también pueden manifestarse en las alianzas estratégicas y colaboraciones que busca establecer un sitio destacado dentro del campo médico y fortalecer la posición del CCO.

En un acto de gran relevancia y al interior del CCO, se propone la recopilación documental de este tipo de experiencias en la región como una forma de preservar la historia (Oftalmología C. C., 2009-2020). Este gesto pone de manifiesto las luchas

dentro del campo, según la visión de Pierre Bourdieu, destacando así la relevancia en la construcción y legitimación del campo en la región.

Finalmente, la presentación de "Los guardianes de la Tierra" por el Dr. Fernando Olivares Valdivia, oftalmólogo y miembro destacado del CCO, centrada en trece factores para hacer posible la vida en la Tierra (Oftalmología C. C., 2009-2020). Al mostrar conocimiento extenso sobre temas diversos, evidencia el capital académico y la lucha simbólica para mantener su nivel jerárquico.

La diversificación de actividades y la integración del mundo virtual han ampliado las posibilidades de comunicación y participación entre los miembros del Colegio Coahuilense de Oftalmología (CCO), lo que ha llevado a un aumento en el número de asistentes a las sesiones y la participación de los oftalmólogos en diferentes actividades, como concursos de fotografía, revisiones de casos clínicos y entrevistas en medios de comunicación. De hecho, desde la pandemia a la fecha, las sesiones académicas mensuales permanecen guardadas en la página de Youtube y/o Facebook del CCO, lo que permite visibilizar al grupo no solo a nivel nacional, también en todos los rincones del mundo. Entonces, el capital objetivado del CCO se ha acrecentado por todo el desarrollo virtual que lo está proyectando. Y este tema de la tecnología se ha convertido también en una zona de conflicto o de lucha con otras sociedades o colegios ya que la cantidad de información que se maneja es enorme, y, por lo tanto, muy competida y el CCO busca captar seguidores por lo que requiere seguir acumulando capital para destacar sobre otros agentes que están trabajando con el mismo propósito.

Las estrategias para fortalecer la educación continua en el CCO son, entre otros, invitar a integrarse a las reglas del campo a oftalmólogos que van egresando de la especialidad o a los que llegan a instalarse en la región, a los que no asisten con regularidad, a mantener interesados a los miembros activos y proporcionar contenido premium, incluido en la cuota anual, a través de la página web y por YouTube. La existencia de contenido exclusivo online puede incentivar a los oftalmólogos de otras regiones a unirse al colegio, fortaleciendo así su imagen y alcance. Este punto se toca en

la minuta de reunión que aparece en el libro de actas el 27 de mayo de 2010, donde se comentó sobre las mejoras que se le realizaron a la página del Colegio (Oftalmología C. C., Libro de Actas, 2010). Debido a la contingencia, las reuniones se trasladaron a realizarse a través de la plataforma Zoom a partir del 16 de abril de 2020.

El mantenimiento de la jerarquía dentro de un campo, actualmente, a menudo está vinculada a la capacidad de adoptar tecnologías de vanguardia. La educación continua puede centrarse en la capacitación sobre el uso de nuevas tecnologías y técnicas oftalmológicas. La competencia simbólica podría girar en torno a quién lidera en la introducción de innovaciones en la práctica.

En resumen, la oferta de programas de alta calidad, la atracción de profesionales destacados, la innovación, el uso de la tecnología, las colaboraciones estratégicas y la certificación son aspectos que pueden ser utilizados como herramientas simbólicas para fortalecer la posición dentro del campo. La educación continua se convierte así en un terreno estratégico donde se libran luchas simbólicas para mantener y mejorar la legitimación de una institución.

5.2. Capital económico del Colegio Coahuilense de Oftalmología.

En el libro de actas del CCO se refleja la dinámica de las reuniones/asambleas donde se abordan varios puntos importantes relacionados con la regularización de oftalmólogos ausentes y su integración al programa de educación continua, el pago de anualidades con descuento los primeros tres meses del año para incentivar la asistencia de más oftalmólogos a las sesiones académicas mensuales, la promoción de sesiones online y otros asuntos financieros y legales. Los debates dentro del CCO sobre aspectos financieros destacan la dependencia económica de los miembros para sostener la continuidad de la educación médica (Oftalmología C. C., 2009-2020). Resulta notable la insistencia en la afiliación a la asociación, algo que no es tan común en otras profesiones y mucho menos en especialidades de otras disciplinas. Sin embargo, es posible que estas políticas sean estrategias destinadas a establecer límites y reglas para aquellos que buscan formar parte de este campo en particular. Por ejemplo, una efectiva

socialización entre los médicos podría conducir a la protección de su "campo", resguardándolo de intrusiones externas, problemas legales como demandas, y nuevas normativas gubernamentales, entre otros desafíos. Estas estrategias parecen diseñadas no sólo para fortalecer la cohesión interna de la comunidad médica, sino también para salvaguardar la integridad y la autonomía del campo en sí.

La conexión intrínseca entre las finanzas del CCO y las contribuciones de los miembros resalta la relevancia del capital económico en la organización. La manera en que se administren estos recursos no sólo influye en la viabilidad operativa, sino que también desempeña un papel fundamental en la percepción y posición del CCO en el ámbito de la Oftalmología.

La decisión de establecer límites en el pago de anualidades se enlaza directamente con la gestión del capital económico y la estructuración financiera del CCO. Este paso estratégico no sólo busca la sostenibilidad económica, sino que también tiene implicaciones profundas en términos de inclusión y exclusión dentro de la comunidad oftalmológica. La accesibilidad a los recursos educativos proporcionados por el CCO podría verse afectada, influyendo así en la diversidad y participación en la comunidad (Oftalmología C. C., 2009-2020).

En conjunto, estas dinámicas ofrecen una visión de la intersección de diferentes formas de capital (simbólico, cultural y económico) en el campo de la Oftalmología. Cómo se gestionan estas dinámicas no sólo impacta la posición y el estatus del CCO, sino que también moldea la eficacia y funcionamiento de la organización en su compromiso con la educación médica continua.

La perspectiva de Pierre Bourdieu sobre la educación y la formación profesional puede ofrecer una comprensión interesante de cómo los oftalmólogos, como profesionales en el campo de la salud, pueden percibir la educación continua en términos de ganancia de capitales. Bourdieu propuso la teoría de los "capitales" como una forma de entender las diversas formas de poder y recursos en la sociedad. Aquí, se

pueden analizar tres tipos principales de capital en relación con la educación continua de los oftalmólogos:

El capital económico se refiere a la inversión financiera en cursos, conferencias, y otras actividades de formación. Aquellos oftalmólogos con acceso a recursos económicos significativos pueden tener la capacidad de participar en programas de educación continua de alta calidad, lo que les permite mantenerse actualizados en los avances tecnológicos y científicos en su campo y también lograr mayores recursos económicos.

El capital cultural incluye el conocimiento, las habilidades y la formación que poseen los oftalmólogos. La educación continua les permite mantenerse al día con los avances en la Oftalmología y adquirir nuevos conocimientos. Aquellos oftalmólogos que buscan constantemente mejorar sus habilidades y conocimientos pueden acumular un capital cultural valioso, lo que puede traducirse en una mayor reputación y reconocimiento en la comunidad médica.

El capital social se refiere a las conexiones y redes sociales que tiene un individuo. En el contexto de la educación continua de los oftalmólogos, esto podría incluir la participación en conferencias, colaboraciones con otros profesionales, y la pertenencia a asociaciones médicas. Los oftalmólogos que participan activamente en redes profesionales pueden acceder a oportunidades y recursos adicionales, lo que puede influir en su éxito profesional y, en última instancia, en su ganancia de capital social.

Cabe destacar algunos aspectos referidos en las minutas de reunión del CCO (Oftalmología C. C., 2009-2020) como sigue:

Se acordó aceptar el pago de la cuota de residentes a 750 por persona, prorrateada entre todos los miembros activos como una aportación extraordinaria, sin la obligación de repetirla el próximo año

(Oftalmología C. C., 2009-2020)

Los residentes estuvieron acudiendo algunos años en forma periódica presentando casos clínicos, aunque algunas mesas directivas optaron por no permitirlo por dos años, retomándose posteriormente un par de años más. A pesar de que los residentes están exentos del pago de la anualidad, siempre se les incluye en las cenas mensuales a lo largo del año, a excepción de la cena de Navidad. Esta práctica ha perdurado durante muchos años.

Es importante destacar que según los lineamientos del CCO, se encuentra referencia a los miembros más antiguos la siguiente declaración:

A partir de los 65 años los miembros quedan exentos del pago de la anualidad permaneciendo como miembros honorarios.

(Oftalmología C. C., 2009-2020)

Sin embargo, esta exención ha generado desestabilización en la caja, ya que, de manera similar a los miembros mayores, los residentes tampoco pagan por considerar que sus ingresos son limitados y que, su currículum no se ven impactado al formar parte del colegio.

Se presenta el reporte financiero con la exposición de los estados financieros por parte de la mesa saliente, como lo veos en la declaración siguiente:

La mesa directiva anterior entregó documentación, incluyendo los libros de la sociedad anterior y el libro actual del colegio, una computadora y un proyector, únicos bienes con los que cuenta el colegio.

(Oftalmología C. C., 2009-2020)

En estos últimos párrafos vemos el reflejo de los diferentes capitales dentro del campo, el aumento de la cuota anual refleja una preocupación por el capital económico

del colegio, ya que se busca financiar las actividades y mantener la estabilidad financiera. La presentación de ponencias y exposiciones por parte de los residentes evidencia la importancia del capital cultural. La inclusión en cenas mensuales y la exención de cuotas a ciertos grupos reflejan la construcción y mantenimiento de relaciones y redes dentro del colegio como capital social. La exención de cuotas para los residentes y miembros mayores de 65 años destaca la importancia del capital simbólico. Ser miembro del colegio se percibe como un reconocimiento valioso, y las exenciones simbolizan el estatus y la consideración de ciertos miembros.

La entrega de documentación y responsabilidades de la mesa directiva anterior a la actual destaca el cambio generacional. Este proceso implica la transferencia de capital social y cultural, así como la adquisición de nuevas responsabilidades y conocimientos.

En resumen, la situación presenta una compleja interacción de diversos capitales en el campo oftalmológico. La lucha por recursos financieros, la valoración del conocimiento y la participación, y las decisiones sobre cuotas y exenciones muestran cómo los diferentes tipos de capital según Bourdieu influyen y se entrelazan en la dinámica organizativa y social del colegio de oftalmólogos.

5.3. Normativas profesionales.

La constitución de sociedades de médicos oftalmólogos (primero la Sociedad Oftalmológica de Torreón y después el Colegio Coahuilense de Oftalmología) demuestra como este grupo deseaba formalizar su estructura y establecer límites claros en sus funciones. Formaron comités internos que generaron una reglamentación a seguir por sus asociados que aún persiste y son vigilantes de quienes tienen el nivel jerárquico suficiente para ser miembro y quién no, regulan entre los socios la publicidad de precios en las consultas y procedimientos, establecen sanciones por omisión de pagos, etc. Todos sus estatutos están protocolizados ante notario lo que legitima al grupo. Esto refuerza el principio de jerarquización dentro del campo, donde el cumplimiento de las obligaciones y el compromiso con el colegio son elementos clave para mantener el

reconocimiento lo que fortalece la identidad y el sentido de pertenencia de los oftalmólogos al colegio, lo que contribuye a la cohesión del grupo.

Cada nueva mesa directiva tiene la oportunidad de influir en la dirección y el funcionamiento del colegio durante su año de servicio, lo que agrega una dimensión dinámica y cambiante a la estructura y funcionamiento del CCO.

El periodo de cada mesa directiva es de doce meses. Se vota para la vicepresidencia en la penúltima sesión del año, y ese vicepresidente será el presidente al cabo de un año. En la votación solo se permite participar a aquellos miembros que están al corriente de sus obligaciones durante ese año (pago de anualidad y asistencia de más del 80% de las sesiones). El oftalmólogo que es candidato a vicepresidente también debe estar con sus pagos al corriente, sus asistencias, pero debe ser una persona reconocida por sus logros dentro del gremio, y haber pertenecido activamente a una mesa directiva en periodos previos.

El pertenecer a la mesa directiva no significa un beneficio económico, pero sí una ganancia de capital y un movimiento hacia arriba en la escala jerárquica del grupo. ¿Y por qué no? Es un capital que se hereda, ya que los hijos o nietos pueden ser los hijos de algún médico que adquirió notoriedad lo que les va a facilitar el trayecto para obtener una posición de ventaja. Y los miembros del colegio tienen claro el objetivo académico y de socialización que tiene el ser miembro colegiado:

- Yo creo que los colegios empiezan:

Uno, por la necesidad de actualizarse

Y dos, yo creo que nos gusta tener esa interacción entre personas que comparten tus mismos intereses

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

Exploraremos a continuación algunos eventos que aparecen plasmados en las minutas de reunión del CCO (Oftalmología C. C., 2009-2020) referentes a reglamentaciones internas del mismo y cómo van legitimando el funcionamiento del grupo:

La asamblea del Colegio Coahuilense de Oftalmología que se llevó a cabo en el Club Campestre Montebello el 15 de enero de 2010 contó con la toma de protesta de la mesa directiva entrante constituida por el Dr. Rubén Iván Cárdenas Hernández como presidente, Dr. Arturo Gallegos Valencia como vicepresidente, la Dra. María del Carmen Porras López como tesorera y la Dra. Ana Patricia López Valerio como secretaria, en presencia del Notario Público Lic. Eduardo Iduñate.

(Oftalmología C. C., 2009-2020)

Ahora me referiré a una sesión en particular, llena de eventos relacionados con el tema particular de las reglamentaciones que se llevó a cabo en las instalaciones del Hotel Crown Plaza Torreón, el 18 de febrero de 2010. Por parte del presidente en turno, Dr. Rubén Iván Cárdenas Hernández, dio lectura a una carta de inconformidad por la responsabilidad del Dr. Luis de la O, del Banco de ojos del Hospital Universitario de Torreón, ya que no es miembro del CCO. En dicho documento se propone a tres médicos oftalmólogos como mejores opciones para el cargo, dejando a votación la presentación de dicha carta ante las autoridades correspondientes (se obtuvieron 17 votos de 18 asistentes).

A este respecto, complemento que el 9 de mayo de 1999 (casi ocho meses antes de la reunión arriba referida) aparece en el periódico local, una nota sobre el banco de ojos de esta ciudad (Torreón), informando que el médico responsable Dr. Luis Héctor de la O Cerna, Oftalmólogo, se encontraba, en ese momento, en el Instituto Barraquer de Bogotá, Colombia obteniendo el diplomado que reconoce internacionalmente la Asociación Panamericana de Banco de Ojos (Proyecto del Hospital Universitario y la

Facultad de Medicina de Torreón, 1999) . Lo que quiero decir es que nunca estuvo en duda su competencia, pero sí su pertenencia al CCO.

En la misma reunión a la que hago referencia, de febrero de 2010, el Dr. Badillo mencionó sobre qué hacer o cómo evitar las campañas (de cirugía de catarata por grupos ajenos al CCO), por lo que entre todos se llegó a la conclusión de que;

El CCO tiene autoridad moral para señalar o hacer observaciones sobre los lineamientos al realizarse dichas campañas

(Oftalmología C. C., 2009-2020)

Como tercer punto de la sesión de febrero 2010, se establecen los requisitos para reintegrar a los oftalmólogos que han faltado por más de un año:

Se concluye que deben regularizarse y cumplir con las siguientes exigencias: presentar su curriculum actualizado, presentar una carta al comité de admisión, honor y justicia para individualizar cada caso, ponerse al corriente de cuotas al costo corriente en ese momento, y pagar obligatoriamente el curso organizado en ese año (y que es gratis para los socios al corriente). Para tener esta posibilidad, debe cumplir con el 50% de asistencias más 1 al año (o sea 7 asistencias).

(Oftalmología C. C., 2009-2020)

En los meses siguientes, ya se habían recibido documentación de algunos médicos para regularizar su situación en el colegio, se entregaron copias de los estatutos con el fin de ser nuevamente revisadas, y realizar mejoras. Es así como en la sesión de junio de 2010 se nombran dos escrutadores para la revisión de artículos específicos (Dr. Alejandro Llama y Dr. Raúl De Alba), y entre lo más relevante: protocolización de actas (Art. 29), elección del secretario general cada tres años (Art. 28), miembros honorarios se proponen al llegar a los 65 años, su aceptación es voluntaria y solo tienen voz (no voto).

Ahora daremos un salto a nueve años después. En la sesión ordinaria del 18 de junio de 2019, en asuntos varios, se comenta el tema de la publicación del Sanatorio Andalucía, donde se promueve la consulta oftalmológica a 100 pesos. Se recuerda el acuerdo de no publicar precios para evitar la competencia desleal. La Dra. Rosa María Núñez expresa su inconformidad con la publicación. El Dr. Arturo Gallegos Salcido menciona a aquellos médicos que ofrecen sus servicios en farmacias por una tarifa de 20 pesos, y reflexiona acerca de la diferencia que existe al compararlos con los oftalmólogos en términos de la reducción de costos, o sea, no desvalorizarla profesión de la especialidad de Oftalmología. El Dr. Fernando Olivares Valdivia refiere como antecedente que existe en el reglamento de la Sociedad Mexicana de Oftalmología (SMO) la disposición de No publicitar precios.

En esa misma sesión, la Dra. Rosa María Núñez sugiere que las sesiones sean más académicas, eliminando los anuncios publicitarios y logotipos de la industria farmacéutica. Casi un año después, en febrero de 2020, se decide por unanimidad prohibir la promoción de medicamentos específicos por cualquier laboratorio en las sesiones académicas del colegio.

Se discutió la publicación de precios de atención, reforzando la decisión de no hacerlo. La Dra. Núñez expresó su desacuerdo y mencionó mensajes del chat de WhatsApp que comparten los miembros del colegio. Se decidió que las sesiones sean más académicas, eliminando anuncios publicitarios de la industria.

La protocolización de los estatutos ante notario refuerza la legitimidad del grupo ante el Estado, estableciendo una base para la jerarquización y la autoridad. La regulación de los miembros, la supervisión de la publicidad de precios y la imposición de sanciones por omisión de pagos evidencian la existencia de un campo jerarquizado. El cumplimiento de obligaciones y el compromiso con el colegio son factores clave para mantener el reconocimiento, la identidad y el sentido de pertenencia.

En los relatos anteriores podemos observar la interacción compleja de capitales, la configuración de un campo, con sus jerarquías bien definidas y dinámicas de poder en la estructura y funcionamiento de los agentes.

5.4. Publicaciones científicas como capital.

Aplicando lo expresado por Bourdieu en sus textos en el tema que nos ocupa, los agentes en el campo de la Oftalmología buscan posicionarse como aquellos únicos propietarios del conocimiento especializado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oculares, los primeros en poder identificarlas, prevenirlas y atenderlas. Así delimitan su campo y emprenden la lucha contra todos aquellos agentes que no cuentan con capital cultural necesario para progresar jerárquicamente dentro del campo (conocimiento científico).

... mediante la publicación de artículos científicos se hace la difusión de la generación del conocimiento, se dan a conocer las evidencias más actuales sobre los diferentes temas y pues ahora que vivimos en un mundo globalizado ... entonces nosotros podemos leer lo que otros investigadores están haciendo al otro lado del mundo y ellos pueden leer lo que nosotros estamos haciendo y todo esto pues en aras de contribuir a diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes y brindarles el tratamiento más adecuado de acuerdo a los avances que se van teniendo.

F. Segura, investigadora. (comunicación personal 7 de noviembre 2023)

Es cierto que México ha experimentado un desarrollo científico más lento en comparación con algunas otras regiones del mundo, sin embargo, ha logrado establecer una presencia significativa en el campo de la investigación médica y científica en general (Alfredo Ulloa-Aguirre, 2021).

... el especialista que se involucra en actividades de investigación tiene una perspectiva más amplia y eso le permite cuestionar todo lo que llega a sus manos, todo con lo que tiene contacto día a día y es muy importante porque la ciencia se nutre de la clínica y la clínica sin los avances científicos pues se quedaría estancada...

F. Segura, investigadora. (comunicación personal 7 de noviembre 2023)

La creación de la figura del investigador de tiempo completo y el establecimiento de programas de maestría y doctorado en la década de los setenta representaron un hito importante en el avance de la investigación en México, se proporcionaron a los científicos y académicos mexicanos más recursos y tiempo para dedicarse a la investigación científica, lo que contribuyó significativamente al crecimiento y desarrollo de la ciencia en el país.

En cuanto a las revistas científicas médicas, en México, han sido una herramienta valiosa para la difusión de la investigación biomédica y clínica realizada por investigadores mexicanos y han servido como plataformas para compartir conocimientos que permite mejorar los tratamientos, resultados de investigaciones y avances en el campo médico y científico. Su existencia ha contribuido a la visibilidad y el reconocimiento de la investigación mexicana a nivel nacional e internacional. En nuestro país, el principal organismo que se encarga de regularizar las publicaciones científicas es el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia Tecnología (Conahcyt), organismo que en 2013 refirió que se publican al año 17,662 artículos científicos, siendo el segundo lugar en Latinoamérica después de Brasil y el número 28 en el ámbito global (Heinze G, 2023). Los especialistas en Oftalmología están entre los que publican mayor número de capítulos del libro y artículos, siendo el Hospital Conde de Valenciana el que encabeza la lista (Heinze G, 2023). Esto demuestra una vez más que la Oftalmología mantiene una posición destacada frente a otras especialidades porque se requiere desarrollar habilidades en la investigación científica. La investigación y la redacción de artículos científicos requieren un alto nivel de conocimientos y habilidades específicas en el campo de la Oftalmología. Los oftalmólogos que publican regularmente demuestran no sólo su experiencia clínica sino también su capacidad para contribuir intelectualmente al avance de la disciplina.

No existen datos exactos de en qué lugar está en este rubro la Oftalmología de Torreón, sin embargo, existen profesionales de la Oftalmología lagunera que son autores de guías de práctica clínica, investigadores principales en protocolos de investigación asociados a tesis de alumnos de Oftalmología, casos clínicos o artículos

científicos lo que les proporciona un capital cultural que los va diferenciando y les permite ascender en la jerarquía del campo, así mismo, se están formando los primeros oftalmólogos laguneros como maestros en ciencias. A nivel local se identifican aquellos oftalmólogos con más participación en publicaciones científicas:

De los que tenemos aquí en el hospital está el doctor Gittins que tiene mucho esta inquietud ... le atrae el tema y sí tiene el interés por escribir y está la doctora Adriana Dávila Camargo que ella tiene más publicaciones y ahora está haciendo su maestría en investigación.

F. Segura, investigadora. (comunicación personal 7 de noviembre 2023)

La publicación de artículos científicos es una estrategia clave para la adquisición de capitales en términos simbólicos y culturales por parte de los oftalmólogos frente a sus pares. Esta actividad conlleva reconocimiento y prestigio dentro de la comunidad científica. Este reconocimiento puede traducirse en una mayor autoridad y respeto entre sus pares, fortaleciendo su posición en el campo oftalmológico. De acuerdo con la teoría de Pierre Bourdieu, esta actividad contribuye a la construcción de la posición y prestigio dentro del campo de la Oftalmología. Un ejemplo de lo anterior lo vemos en el siguiente párrafo, con algunos datos de una especialista lagunera perteneciente al CCO.

La Dra. Adriana Dávila Camargo aparece en su página de Facebook (Facebook, 2023) como oftalmóloga prestando diversos servicios a pacientes como relleno de ácido hialurónico, aplicación de bótox en cara, cirugía estética en párpados, colocación de prótesis, etc. Cursa el segundo año de la maestría en ciencias, ha escrito y publicado artículos científicos y en el centro de documentación en salud de la UMAE HE No. 71 se localizan diversas tesis donde ella aparece como investigadora principal y en algunos buscadores de artículos científicos la podemos encontrar como autora de varios artículos. Entre ellos cito sólo uno: “Todo lo que el cirujano oculoplástico necesita saber del maquillaje permanente. Serie de casos y revisión de la literatura” (Adriana Dávila-Camargo, 2021). Ha aparecido en entrevistas en televisión hablando sobre opciones de rejuvenecimiento facial, prevención de salud visual y en su canal de YouTube realiza difusión sobre diversas patologías oculares a la población general (Dávila-Camargo, 2023).

La colaboración en proyectos de investigación y la coautoría de artículos científicos pueden fortalecer las conexiones entre oftalmólogos y ampliar sus redes profesionales. Estas colaboraciones pueden tener un impacto positivo en la acumulación de capital social, facilitando el intercambio de conocimientos y la participación en proyectos conjuntos.

La publicación de artículos científicos también está vinculada a la competencia y la jerarquía en el campo oftalmológico. A medida que los oftalmólogos compiten por la atención de la comunidad científica y por la publicación en revistas de renombre, se establece una jerarquía en la que aquellos con contribuciones más significativas son reconocidos como líderes en su campo. Esta práctica no solo fortalece la posición de los oftalmólogos frente a sus pares, sino que también contribuye al avance general del conocimiento en el campo.

5.5. Publicaciones de opinión y prestigio social.

Una vez que los oftalmólogos se consolidan en el campo profesional, buscan diferenciarse de sus iguales y optan por escribir artículos de opinión o de difusión científica dirigidos al público en general en periódicos o revistas de alcance masivo sobre temas como las cataratas, la retinopatía diabética, el uso de lentes en niños escolares, etc. y esto se puede ver en *El Siglo de Torreón* donde se encuentran desde textos escritos directamente por ellos o, más frecuentemente, transcripciones de entrevistas. Esto les va dando presencia al grupo de oftalmólogos como líderes de opinión. Uno de estos textos apareció en el periódico local bajo el título “Aumentan consultas por sequedad ocular en Torreón”, donde la Dra. Daniela Ixcel Martínez Martínez, presidenta del CCO en ese momento expresó la siguiente:

El ojo seco yo creo que es parte de la vida cotidiana, la región es muy seca, muy polvorosa, se incrementa con los cambios de clima y es parte de la consulta de la consulta habitual.

Dra. Daniela Ixcel Martínez Martínez (Sandoval, 2022)

Y en esa ocasión, la Dra. Martínez enumera recomendaciones para evitar el ojo seco a la población lagunera destacando la importancia de acudir con un especialista en

Oftalmología en forma regular. Esto puede contribuir a una mejor salud ocular y prevenir problemas graves. En otra ocasión, sobre el mismo tema de ojo seco, se expresa otro especialista en el ramo que nos comparte el texto al que se refiere:

-A ese mismo propósito, me tocó escribir esto en la entonces prensa, cuando fui presidente de los oftalmólogos (1994)

A. Llama (comunicación vía WhatsApp 17 de marzo de 2022)

Cabe hacer notar que los oftalmólogos se involucran en difundir comunicación veraz sobre enfermedades comunes en la región. El uso de un lenguaje sencillo y directo que se encuentran en las notas, sin tecnicismos, es fundamental para llegar a la población en general. Se colocan títulos destacados y de gran tamaño que también ayudan a captar la atención del lector y transmitir la importancia de los temas.

El hecho de que los especialistas sean destacados oftalmólogos y que basen su información en la medicina científica aumenta la credibilidad de las notas. Esto es esencial para que el público confíe en la información proporcionada. El uso de la emotividad al hacer énfasis en la prevención de la ceguera y en la importancia del cuidado de los ojos en las notas puede ser efectivo para concientizar a la población sobre la importancia del cuidado ocular, como lo expresa una de las personas entrevistadas:

Actualmente hay mucha información y no todo es de calidad científica entonces lo que está en tendencia actualmente es que nosotros podemos hacer difusión de ese conocimiento en plataformas que son más accesibles al público en general ... que le otorguemos información veraz actual a toda la comunidad y que puedan tener información confiable ... entre mayor conocimiento tengan las personas para poder tener más capacidad del autocuidado de su salud van a poder identificar problemas en etapas tempranas que eso definitivamente cambia mucho el pronóstico de los pacientes ...

F. Segura, investigadora. (comunicación personal 7 de noviembre 2023)

La publicación de artículos de opinión puede ser una estrategia efectiva para ganar poder y prestigio en la sociedad lagunera, y podemos analizar esta práctica a través del marco teórico de Pierre Bourdieu: los artículos de opinión permiten a los autores expresar sus ideas, perspectivas y conocimientos sobre temas relevantes para la sociedad lagunera y al ser publicados, estos artículos pueden generar reconocimiento y prestigio para los autores, contribuyendo así a la acumulación de capital simbólico. Este capital simbólico es crucial para establecer una reputación y autoridad en la comunidad.

La habilidad para articular argumentos de manera persuasiva y convincente en un artículo de opinión refleja un alto nivel de competencia cultural y contribuir a la formación de opiniones en la sociedad lagunera. Este tipo de capital cultural es valorado y puede influir en la percepción de los autores como líderes de pensamiento, así como, facilitar la conexión con otros líderes de opinión, periodistas, y figuras clave en la sociedad lagunera. A través de estas colaboraciones y conexiones, los autores pueden expandir sus redes sociales, lo que, según Bourdieu, es esencial para la acumulación de capital social. Estas relaciones pueden abrir oportunidades para participar en eventos, conferencias, y otras actividades que aumenten su visibilidad. Al abordar temas importantes y generar debate, los autores pueden influir en la forma en que la sociedad lagunera percibe y discute ciertos problemas. Esta capacidad para influir en la agenda pública contribuye al capital simbólico y social de los autores.

En conclusión, la publicación de artículos de opinión es una estrategia multifacética que involucra la acumulación de diversos tipos de capital, según la teoría de Bourdieu. Al ganar poder y prestigio a través de esta práctica, los autores pueden desempeñar un papel significativo en la configuración de la opinión pública y la dinámica social en Torreón.

5.6. Capital en el ejercicio profesional.

Por lo general, en los anuncios que encontramos sobre los oftalmólogos en el periódico local, cada uno de ellos se presenta como poseedor de un capital específico que lo hace diferenciarse de sus colegas y de alguna manera indica a qué nivel social puede estar dirigida su clientela.

Me voy a referir a un ejemplo en particular: el especialista, en primer lugar, hace alusión a sus credenciales académicas, su posgrado, su certificación y su pertenencia a la sociedad mexicana de Oftalmología. Su nombre aparece en la parte superior del anuncio, con una tipografía que destaca del resto por su mayor tamaño, en mayúsculas y resaltadas en negro. En la esquina izquierda superior aparece un diagrama que pueden entender personas de cierto nivel académico: es un esquema de un ojo en corte sagital mostrando estructuras internas y la emergencia del nervio óptico. Sin embargo, para el resto de la gente puede no significar nada dicho dibujo. En letras más pequeñas se puede leer la dirección de su consultorio, ubicado en una zona medica de clase media-alta, de la ciudad de Torreón, Coah. Con la misma tipología de letra aparecen los servicios que ofrece: microcirugía de catarata, glaucoma y retina, lentes de contacto. Más abajo dice: Sin problemas de estacionamiento. Esto significa que el tipo de clientela a la que va dirigido es aquel grupo social que cuenta con un automóvil, que en la década de los 80s no era la generalidad, sino un grupo selecto, lo que refuerza el diseño del dibujo que aparece dirigido a personas con un estrato cultural medio a alto, así como la ubicación del consultorio en una zona residencial. El que contara con lugar de estacionamiento es un capital que le ayuda a posicionarse en cierto sector social y a diferenciarse del resto de los profesionales que ofertaban sus servicios por estar su consultorio ubicado en una zona céntrica (Tercera de Cobián) en la que aun ahora es muy complicado encontrar lugar para estacionarse (El Siglo de Torreón, 1987).

Y esto trae a colación que hace muchos años, la publicidad boca a boca sobre los médicos era lo común. Hoy existen plataformas como Doctoralia que pueden tener un impacto significativo en la percepción de los profesionales de la salud. Los comentarios y calificaciones en línea pueden influir fuertemente en la reputación de un oftalmólogo. Pacientes potenciales a menudo confían en las experiencias compartidas por otros para

tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Estas plataformas brindan transparencia al permitir que los pacientes compartan sus experiencias y expresen sus opiniones sobre la atención recibida, aunque hay que reconocer que la información también puede ser sesgada o inexacta en algunos casos. Los oftalmólogos y otros profesionales de la salud tienen la posibilidad también de gestionar su reputación respondiendo a comentarios, tanto positivos como negativos, y de esta forma, demuestran compromiso y disposición para abordar las preocupaciones de sus pacientes

Otra forma de diferenciarse de los servicios que otros compañeros de profesión puedan ofrecer a sus clientes o pacientes es la tecnología. Esto demuestra cómo las instituciones desempeñan un papel crucial en la configuración y consolidación de un campo de conocimiento y práctica médica. Cada agente empieza a buscar ofrecer un servicio diferenciado incluso formando grupos que puedan hacerle frente a los altos costos de adquirir e instalar equipos médicos de la más novedosa tecnología. Empiezan a surgir las clínicas especializadas como Medlaser, inaugurada en 1997, donde sus fundadores se promocionan como poseedores del primer equipo médico en utilizar la tecnología EXIMER LASER en Torreón para la eliminación o reducción de la dependencia a los lentes. En esta empresa estaban asociados los doctores Fernando Olivares, José Antonio Villareal Maíz, Roberto Cárdenas Cantú., Roberto Quezada González, Luis Teodoro Tueme Arellano, Alejandro Llama Alatorre, Eduardo Cornú Maynez, Samuel Varela Bonilla, Felipe de Alba Bessonier y el Ing. Jorge Vera G. (El Siglo de Torreón, 2000).

Otro grupo de oftalmólogos funda Laser y Equipos Oftalmológicos, S. C. y pone a disposición de la sociedad lagunera un Laser de Argón para el tratamiento especializado de la retinopatía Diabética y el Glaucoma. Este equipo era operado por los doctores Roberto Cárdenas Cantú, Eduardo Cornú Maynez, Luis De la O Cerna, Arturo Gallegos Salcido, Alejandro Llama Alatorre, Ricardo Sánchez Salazar y Luis Teodoro Tueme Arellano (El Siglo de Torreón, 1988).

En estos dos establecimientos vemos que coinciden algunos nombres de oftalmólogos lo que nos indica que no sólo estaban interesados en ofertar mejor tecnología a los pacientes, sino también en acumular capital dentro del campo de la Oftalmología, avanzar en jerarquía y prestigio y diferenciarse del resto.

Pero no sólo las grandes inversiones abonan al capital en forma personal, también la posesión de objetos heredados por oftalmólogos destacados ya fallecidos es causa de orgullo de aquellos que los tienen:

Un maestro al que le ayudaba en el consultorio, Dr. Agustín Pasapera, egresado del Hospital General, me heredó un banco que perteneció al Maestro Puig Solanes, que aún uso todos los días en el consultorio.

M. Porras (comunicación personal 20 de octubre del 2022)

y de admiración de todos aquellos que saben que existen a pesar de los años como lo vemos en la siguiente declaración:

¿Nunca has ido al consultorio del Dr. De Alba?

Parece un museo.

El otro día fui al consultorio del Dr. Olivares porque su viuda está vendiendo un material y vi algunas cosas que no se ni para que servían. Y el Dr. Olivares, pues no es tan antiguo, pero el Dr. De Alba tiene cosas que eran de su papá y de su abuelo, y en serio parece un museo de la Oftalmología. Me ha tocado ir al consultorio del Dr. Gallegos y tiene una lampara de hendidura de bulbos. Ya no la tiene ahí, tiene nuevas, pero tiene una lámpara ahí super antigua

Es impresionante, tienen instrumentos que todavía funcionan. Es un museo.

- D. Martínez (comunicación personal 4 de diciembre de 2022)

O, aún más, esos objetos usados en el consultorio que se recuerdan por haber ya caído en desuso frente a diseños más novedosos:

Tu retinoscopio está hermoso, a mí me toco ver unos retinoscopios de ese tipo, en Monterrey, que los usaban dos maestros que habían estudiado en España.

-U. Zertuche (comunicación vía WhatsApp 26 de octubre de 2021)

La búsqueda de autonomía y la escalada de jerarquías por parte de los actores involucrados, como menciona Bourdieu, son elementos esenciales en la construcción de un campo. La formación de un grupo de oftalmólogos y la evolución de la Oftalmología como campo médico especializado muestran cómo los profesionales en el campo buscaron ejercer su autonomía y establecer su posición en la jerarquía médica y esto lo vemos en la primera Sociedad de Oftalmólogos de Torreón A. C. (SOLAC) pues comenzó a ser un referente en las campañas de catarata, detección oportuna de glaucoma, detección oportuna de retinopatía diabética y realización de cirugía refractiva que poco a poco les dio una posición destacada dentro del espacio de la salud realizando una importante labor en beneficio social con actividades encaminadas a la ayuda de personas de escasos recursos (El Siglo de Torreón, 1993). La lista de los miembros de la Sociedad en esa época era como sigue: Doctores Eduardo Cornú Maynez, Carlos Sánchez Russek, Ricardo Sánchez Salazar, José Antonio Villarreal Maíz, Roberto Cárdenas Cantú, Felipe De Alba Bessonier, Arturo Gallegos Salcido, Alejandro Llama Alatorre, Roberto Madero Ruíz, Yolanda Medrano De la Rosa, María del Carmen Porras López, Roberto Quezada González, Luis Alberto Robles Trillo, Rómulo Ruiz Díaz Pico, Ulises Zertuche Zapata, Emilio Villareal Medrano, José Arredondo González, Ernesto Jiménez Ramón, Luis Teodoro Tueme Arellano. Estas campañas no sólo les daban solidez y estabilidad como grupo, les daban fuerza en alianza con la industria farmacéutica y les permitían ganar capital frente a otros grupos, visibilidad ante la sociedad, lo que, al mismo tiempo, en forma individual también los hacía mantener su estatus dentro del campo (Detección oportuna de retinopatía diabética., 1992).

Las campañas de operaciones de catarata a bajo o ningún costo reflejan el compromiso de estos médicos con su profesión y su conciencia social. Esta solidaridad y trabajo conjunto como grupo, a pesar de ser pocos en número, les permite tener un impacto significativo para que las personas de bajos recursos accedan a una atención oftalmológica de excelente calidad. Por otro lado, vemos como todo este tipo de actividades van alimentando los diversos capitales que los legitiman y se les traduce en prestigio y diferenciación con sus pares.

En la Tarahumara, tuve la bendición de Dios para poder realizar tres días de trabajo intensivo en compañía de mi hija la Dra. Stephanie, oftalmóloga con alta especialidad en microcirugía, nuestro equipo de enfermería y apoyados por un voluntariado ejemplar de Rotarios Nacionales e Internacionales, logramos operar más de 130 pacientes, muchos de ellos ciegos por catarata.

-L. De la O (comunicación vía WhatsApp 2 de abril de 2022)

Los oftalmólogos trabajan en pro de la salud visual, hacen equipo con personas de la comunidad y con estudiantes de medicina o de otras carreras del área de la salud. Esto último permite no solo difundir información útil para la población, sino también atraer a los estudiantes de medicina hacia la formación como especialistas en Oftalmología, lo que abona también al capital docente de los oftalmólogos (SOLAC efectuará detección de Glaucoma a personas de escasos recursos económicos, 1993).

Un ejemplo del trabajo que implica la participación de estudiantes de medicina en la prevención de la ceguera fue la campaña contra la ambliopía llevada a cabo el 15 de octubre de 2018, titulada "Primero el parche". En esta iniciativa, estudiantes de medicina de octavo semestre de una universidad privada de la región desempeñaron un papel crucial. La oclusión ocular, o la colocación de un parche en el ojo dominante, representa la mejor opción para tratar esta patología. Por lo tanto, al cubrir un ojo con la mano, se logró concientizar a los estudiantes de medicina y, a través de ellos, a la comunidad en general.

En una fotografía obtenida de un archivo privado se puede apreciar a un grupo de 14 personas, 13 de ellas jóvenes vestidas de blanco, con la fecha "15 de octubre" en la esquina superior derecha de sus camisetas. Justo debajo, se lee "Día Mundial", destacando con letras más grandes la palabra "AMBLIOPÍA". En la parte izquierda de la camiseta aparece la mitad de un rostro. Todos los participantes en la foto miran hacia adelante y cubren su ojo derecho con la mano derecha, haciendo referencia al título de la campaña.

Es importante señalar que la ambliopía, conocida comúnmente como "ojo flojo" entre la población, se refiere a la reducción de la visión del ojo causada por un desarrollo visual anormal en los primeros años de vida. El diagnóstico temprano resulta indispensable para proporcionar una mejor calidad de visión al paciente, y el tratamiento puede consistir en el uso de lentes o en la colocación de un parche bajo supervisión en el ojo afectado. Con estos antecedentes, el objetivo es concientizar a los padres sobre esta afección de manera didáctica, buscando que el mensaje perdure en sus mentes.

En determinadas campañas de salud visual, se observa la participación de empresas privadas en la difusión y operación. Un ejemplo de esto se remonta a 2003, cuando *El Siglo de Torreón*, Grupo Radio Estéreo Mayrán y el Instituto de la Visión se unieron para llevar a cabo una campaña destinada a corregir defectos visuales como la miopía, el astigmatismo y la hipermetropía. Durante esta iniciativa, se logró una significativa reducción de costos del 50% para aquellos candidatos que deseaban someterse a la corrección visual. Estos individuos tuvieron la oportunidad de pagar 5,500 pesos en lugar de los 11,000 del costo normal, según se informó en el artículo "Avanza la campaña de corrección de vista" (Avanza la campaña de corrección de vista, 2003).

No se trata de desconfiar de la buena voluntad que podrían tener las instituciones o las personas, sino observar las acciones y el lugar que ocupan o adquieren los agentes a través de las luchas en el campo de la Oftalmología. Estos casos podrían haberse quedado sin difundir, y el bien hubiera estado hecho, pero la forma en que se difunde, el

tipo de narrativa afectiva que se emplea para hacerlo, la alianza de medios de comunicación con una de médicos los fortalece. Eso no quita el bien que hacen, pero aquí importa mucho la difusión, la agrupación. Los médicos ganan al juntarse con dos medios muy poderosos en la región, y ellos a su vez ganan en credibilidad al juntarse con los médicos.

Se trata de una dinámica de poder. Los medios de comunicación tienen el poder de destacar o minimizar ciertos problemas, y esto puede afectar la opinión pública sobre la Oftalmología y la atención médica en general. La colaboración entre médicos y medios de comunicación puede generar una relación de reciprocidad, donde ambos grupos se benefician mutuamente. Los médicos pueden ganar visibilidad y credibilidad, mientras que los medios obtienen historias impactantes y exclusivas.

Además de la participación del sector privado, instituciones de asistencia no gubernamentales también juegan un papel crucial en estas campañas. Un caso ejemplar tuvo lugar en agosto de 2004, cuando el Club de Leones colaboró con institutos de salud para donar equipo especializado, incluyendo autorefractómetros, tonómetros, focómetros, lensómetros y cinco mil lentes graduados reciclados, con el objetivo de prevenir, curar y rehabilitar problemas visuales. En situaciones donde se identificaban pacientes con cataratas, se les ofrecía la oportunidad de someterse a operaciones gratuitas en los centros de la Secretaría de Salud. Estas colaboraciones interinstitucionales se coordinaban de manera efectiva para lograr el máximo beneficio para la sociedad lagunera, como se detalla en el artículo "Donan equipo para atender problemas visuales" (Donan equipo para atender problemas visuales, 2004).

Al involucrarse en campañas de salud visual con personas de bajos recursos y que difícilmente tendrían acceso a tratamiento especializado de otra forma se encuentran historias tan conmovedoras como la que podemos leer a continuación:

El caso que más me ha impactado es una paciente de 20 años, con pérdida del oído en un 80% y ceguera bilateral por cataratas ocreas. Solo percibía luz en ambos ojos, con dos intentos de suicidio, ahora está en 20/40 en el ojo operado, muy feliz y con planes de vida y muy alegre.

-L. De la O (comunicación vía WhatsApp 27 de octubre de 2022)

Esta historia es verdaderamente conmovedora, y aunque se sale de la perspectiva de la tesis, siento que vale la pena rescatarla, aunque voy a renunciar a verla desde la perspectiva de Bourdieu, solo la pongo aquí como un recordatorio de la capacidad de la medicina para transformar vidas de manera significativa. Tras someterse a una operación, ahora tiene una agudeza visual de 20/40 en el ojo intervenido, lo que, aunque aún por debajo de lo normal (20/20), representa un cambio impresionante. Además, el hecho de que se encuentre muy feliz, con planes de vida y mostrando una actitud alegre, resalta no solo la eficacia de la intervención médica, sino también la resiliencia y la capacidad de adaptación humana frente a desafíos extremos. Y es que la criticidad ante la autonomía del campo no quita el impacto que tiene la medicina, en este caso, la Oftalmología.

5.7. Capital heredado y sucesión familiar.

Sabemos que los agentes, en este caso los médicos, son los que participan para delimitar el campo de la Oftalmología. En parte lo hacen mediante las agrupaciones médicas que adquieren poder y capitales, pero dentro de estas agrupaciones están los médicos quienes de manera individual construyen sus propios capitales y en ocasiones lo hacen por familias.

Para establecer un consultorio de Oftalmología se requiere invertir en tecnología, es decir, se requiere capital económico suficiente, por ello o se proviene de familias acomodadas, o se hacen asociaciones de personas con recursos para solventar los gastos. Es por eso, por lo que a la segunda y tercera generación de oftalmólogos el camino le será siempre más fácil, o menos pesado, ya que cuentan con todo el equipo montado para ejercer la profesión sin presiones de tipo económico. Además de lo anterior, cuentan con capital académico por el prestigio que tienen sus familias, así como por el

contacto con el medio desde edades tempranas lo que les va abriendo camino o fortaleciendo sus alianzas. En estos casos el capital económico y el cultural coinciden en todas sus formas. Y el provenir de familias con capital heredado te facilita el camino, como lo podemos ver en el siguiente fragmento de entrevista:

- Pues a mi si me hubiera gustado... yo creo que sí. O sea, te quita años de trabajo y de esfuerzo el tener un papá que ya tiene un camino como oftalmólogo

Yo lo he vivido.

O sea, yo soy hijo de papás vendedores y me ha costado hacerme de una reputación y de tener reconocimiento.

Que en cambio con ellos ya tienes una reputación y un reconocimiento ya mayúsculo.

Y pues siento que el camino es más fácil para ellos. Empezar.

Y casi siempre lo que he visto es que

los hijos terminan complementando lo que le haga falta al papá. Entonces pues mucho más fácil, la verdad.

Ese es mi sentir.

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

Aquí expondré el caso de dos familias de tres generaciones de oftalmólogos, pues como ya he dicho en capítulos anteriores, en estos casos los descendientes heredan el capital social del padre o del abuelo, que se traduce en relaciones sociales, los contactos que tiene en su entorno social, especialmente el médico o los que hagan falta para mantener su posición en un lugar privilegiado; también reciben como patrimonio, de una manera más natural, la familiaridad con la cultura médica, el prestigio ganado por los ascendientes, el habitus; y por supuesto, adquieren legados económicos y tecnológicos en formas de consultorios y equipo oftalmológico, principalmente.

5.8. Ejemplos de herencia de capital en familias oftalmológicas.

5.8.1. Familia De Alba.

El 9 de mayo de 1999 (Médico Cirujano Oftalmólogo, 1999), aparece una publicación con un subtítulo de letras de tamaño grande que dice Médico Cirujano Oftalmólogo, contrastando con el resto del texto que en letras más pequeñas como subtítulo menciona que está especializado en Estados Unidos, se aprecia la foto a blanco y negro de un médico joven, que aparenta alrededor de 30 años de edad, con cabello bien peinado y de buen corte, de traje que aparenta ser oscuro y corbata bien anudada, aparece su nombre debajo de la foto en forma central (Felipe De Alba Castilla) y con tamaño de letra mediana, a comparación de las dos frases que mencioné al inicio. Después aparece un texto que supera las 100 palabras donde se relata la trayectoria de estudios del médico que aparece en la foto. Relata todas las escuelas en donde ha cursado sus estudios, desde la escuela de medicina en la Universidad Autónoma de Coahuila, y a partir de ahí en diversas ciudades de Estados Unidos donde se dice, obtuvo las más altas distinciones: calificaciones más altas en los exámenes a nivel nacional de Estados Unidos y Canadá por tres años consecutivos, premio por la mejor presentación científica en la reunión anual y jefe de residentes. Se indica que su padre es el Dr. Felipe De Alba Bessonier, destacado oftalmólogo lagunero, que en ese momento se encuentra realizando la subespecialidad de “Cirugía de Vitreo y Retina” y que reside en Estados Unidos al lado de su esposa. Hay varias observaciones sobre capital que hacer de lo anterior: El capital económico está presente desde la forma en que aparece esta inserción en el periódico, la foto, el tamaño y el número de palabras. Aunque la imagen no está inserta en páginas principales, esto puede explicarse por cuestiones de espacio o de edición. Aparece en la foto con ropa clásica y un cuidado de imagen (corte de cabello y sin barba), considerada sencilla pero elegante (esto habla de habitus, concepto que aparece más tarde en este texto). El capital también aparece en los lugares en que ha estudiado, en los que económicamente se debe erogar una buena cantidad de recursos en colegiaturas, vivienda, comida, etc.; hablan de capital también las altas distinciones académicas y estudios logrados, y, por último, el ser descendiente de uno de los más distinguidos oftalmólogos de la región.

El Dr. Felipe de Alba Bessonier, hijo del también miembro de la Sociedad Oftalmológica Lagunera, Dr. José Manuel De Alba Zermeño (El Siglo de Torreón, 1986), se presenta en sus anuncios promocionales como posgraduado en una universidad de Estados Unidos y como *fellow* de la academia americana de Oftalmología (El Siglo de Torreón, 1977) aparece en un grabado en 1992 donde se le nota de aproximadamente 45 años, delgado, con buen corte de cabello, frente amplia, rasgos finos, bigote y sin barba, con corbata bien colocada y aparenta traer bata médica, aunque no es posible definir ya que el grabado aparece en blanco y negro y se corta la imagen por debajo de la parte media de la corbata (Méndez, 1992). Aparecen anuncios en el periódico sobre su capital académico, mencionando que atiende en la Calle de Acuña 74 Sur en Torreón, Coahuila, se dice que la XXIII generación de la escuela de enfermería Isabela Católica llevó su nombre (El Siglo de Torreón, 1987), e informa en diversas ocasiones a sus pacientes que estará fuera de la ciudad con motivo de asistir al congreso de la Academia Americana de Oftalmología en diferentes ciudades de Estados Unidos: Dallas en 1987 (El Siglo de Torreón, 1987), San Francisco en 1994 (El Siglo de Torreón, 1994) y Atlanta en 1995 (El siglo de Torreón, 1995).

Llama la atención que en el mes de julio de 1977 hay tres anuncios publicados, lo que se traduce en una erogación económica importante. Su objetivo es impactar a la sociedad lagunera como un destacado profesionista con un amplio bagaje académico y cultural. Del mismo modo, podemos apreciar en el periódico local que el Dr. De Alba Bessonier. aparece en eventos sociales como la boda de uno de sus hijos y en fotos de eventos familiares lo que le da prestigio no solo profesional sino también lo muestra como la cabeza de una familia (El Dr. Felipe de Alba Castilla se casará mañana con la Lic. Margarita Carreón G. , 1995).

Aquellas personas que ocupan posiciones de liderazgo, ya sea en el ámbito empresarial, cultural o comunitario, a menudo son figuras destacadas en eventos sociales. Su participación puede influir en la percepción de la sociedad sobre ciertos temas o causas y su presencia en la prensa puede ser estratégica para individuos con un estatus económico o cultural elevado. Esto puede ser parte de estrategias de relaciones públicas o marketing personal para mantener o aumentar su influencia y estatus.

El estatus y el prestigio, también se configuran como dos elementos sociológicos que deben ser analizados junto a la fotografía. Esta última implica un homenaje, un trofeo que refuerza la idea de pertenencia al grupo social y una consecuente contraprestación por el honor recibido. “Dejarse fotografiar, es aceptar el testimonio de la propia presencia cuenta y que es la contrapartida obligada del homenaje que ha recibido a través de la invitación; es poner de manifiesto, al mismo tiempo, que se entiende el honor de haber sido invitado a participar y que se participa para rendir ese honor”. Para Pierre Bourdieu, aquello que busca la fotografía no son individuos sino roles sociales objetivados bajo un parámetro de reciprocidad común y en consecuencia un proceso específico de sacralización grupal (Korstaje, 2008).

Se encuentra al Dr. De Alba Bessonier como uno de los integrantes del grupo que obtuvo el tercer lugar del X torneo de golf “Día del Médico” en el Club Campestre de Torreón. Observo varias cosas: el Dr. De Alba Bessonier se mueve en un círculo social reducido ya que el grueso de la población no acude ni al club campestre, ni al campo de golf y mucho menos puede desarrollar habilidades y conocimientos sobre ese deporte que se considera exclusivo de las altas jerarquías de la sociedad. Así pues, parecería que hay un interés de los médicos de desarrollar lazos con las más altas esferas de la sociedad, y es interesante notar que en el mismo torneo aparecen nombres de otros distinguidos oftalmólogos: Eduard Cornú y Buenaventura De Nigris (Todo un éxito el X torneo de golf y tenis "Día del Médico", 1996).

Vale la pena dedicar un par de párrafos al golf como una forma de distinción en la sociedad. En 2014, el Club Campestre de Torreón celebró su cuadragésimo aniversario, consolidándose como parte fundamental de la historia de la Comarca Lagunera. Más allá de ser un centro con instalaciones hermosas y funcionales, este club ha trascendido fronteras con su Torneo Anual de Golf, catalogado como uno de los más importantes del país (Hernández, 2014). El club no solo despierta interés en el ámbito deportivo, sino que también actúa como un punto de encuentro para hombres de negocios y personalidades políticas, creando un escenario familiar a través del golf (Hernández, 2014).

Aunque no existen campos de golf públicos en la región y el deporte se practica exclusivamente en clubes privados, es interesante notar que, en otras áreas, como la Ciudad de México, el costo de membresía puede ser prohibitivo para la clase media, llegando a alcanzar los US \$35,000 anuales. La tradición histórica de ofrecer *green fees* para permitir que jugadores externos utilicen el campo, incluso si esto es más un formalismo que una práctica común, destaca la exclusividad de estos clubes (Ceron-Anaya, 2022).

A pesar de la magnitud de estos terrenos de golf, están rodeados por bardas que garantizan la privacidad y crean una barrera física que contribuye a su mistificación. Estas barreras cumplen un doble propósito político: por un lado, evitan cualquier desafío que podría surgir de la exposición pública del espacio, cuestionando quién tiene acceso y quién se beneficia de esta distribución del terreno. Por otro lado, la restricción del contacto social contribuye a "mistificar" el campo, manteniendo una percepción misteriosa y simbólica de superioridad (Ceron-Anaya, 2022).

El golf, como deporte practicado en un entorno social y relajado, brinda oportunidades únicas para establecer conexiones informales y construir relaciones. Algunos profesionistas, entre ellos oftalmólogos, participan en eventos y torneos locales como una estrategia para ampliar sus redes y fortalecer tanto relaciones profesionales como personales. Aunque esta táctica no es exclusiva de oftalmólogos y se aplica a diversos grupos, la clave radica en compartir intereses comunes y aprovechar las oportunidades para interactuar en un ambiente más informal.

En una foto de sociedad en el año 2010 se observa a Manuel, Felipe, Raúl y Alain de Alba, con ropa informal, en actitud relajada, fraterna, con sonrisas discretas, viendo hacia la cámara y uno de ellos con un vaso en la mano. Por la fecha en que aparece en el periódico y el hecho de que tres de ellos traen una chamarra ligera, es probable que haya sido tomada en una posada (Varios, 2010). Uno de ellos, Raúl De Alba Castilla, es el responsable del Grupo Oftalmológico De Alba, clínica oftalmológica establecida en

Torreón con más de 40 años de experiencia. Por la edad que se aprecia que tiene en la fotografía que estoy describiendo, no parece ser el fundador, sino más bien, el heredero de ese capital profesional. En la página web de la clínica, se encuentra que es egresado como médico cirujano de la Universidad Autónoma de Coahuila y como especialista, respaldado por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. La dirección donde consulta es Calle Acuña 11, misma calle donde se anunciaba su padre, el Dr. Felipe de Alba Bessonier. Raúl también es hermano del Dr. Felipe De Alba Castilla del que hablé párrafos más arriba. (Dr. Carlos Raúl De Alba Castilla, 2002).

Pierre Bourdieu, desarrolló la teoría de la reproducción cultural, que examina cómo las estructuras sociales y culturales se transmiten de una generación a otra. Para Bourdieu, la fotografía familiar podría entenderse como un objeto cultural que refleja y perpetúa las estructuras sociales y las relaciones de poder. Las fotografías familiares a menudo capturan momentos que reflejan formas específicas de capital cultural, como la participación en eventos culturales, viajes, educación, etc. Las imágenes pueden ser usadas para destacar y perpetuar la "distinción" social, mostrando símbolos culturales que refuerzan la posición social y el capital cultural de la familia.

Bourdieu analiza cómo las prácticas culturales, entre ellas la fotografía, son utilizadas para construir y representar relaciones sociales. Las fotografías familiares no solo capturan momentos, sino que también pueden transmitir cómo se perciben las relaciones familiares y cómo la familia se posiciona en la sociedad. Las poses, la vestimenta y el entorno en las fotografías pueden ser interpretados como símbolos de estatus y roles familiares.

Bourdieu argumenta que las estructuras sociales y culturales tienden a replicarse de generación en generación. Las fotografías familiares, al documentar momentos específicos y patrones culturales, pueden ser consideradas como parte de este proceso de reproducción cultural. La elección de ciertos elementos en las fotografías puede indicar la continuidad de ciertos valores, tradiciones y prácticas culturales dentro de la familia (Korstaje, 2008).

Precisamente porque la fotografía de familia es un rito del culto doméstico, en el que la familia es a la vez sujeto y objeto (pues expresa el sentimiento de fiesta que el grupo se ofrece a sí mismo y refuerza al expresarlo), la necesidad de fotografías y la necesidad de fotografiar (interiorización de la función social de dicha práctica) se sienten más vivamente cuando el grupo está más integrado, cuando atraviesa por su momento de mayor integración

(Bourdieu P. , Un arte medio, 2003)

Bourdieu también explora la noción de habitus, que se refiere a las disposiciones incorporadas que influyen en cómo las personas perciben y actúan en el mundo. La selección de qué momentos son capturados en una fotografía y cómo se presentan puede ser influenciada por el habitus de la familia y su posición en la estructura social (Korstaje, 2008).

La fotografía no puede quedar entregada a los azares de la fantasía individual y, por la mediación del ethos (habitus) -interiorización de regularidades objetivas y comunes-, el grupo subordina esta práctica a la regla colectiva, de modo que la fotografía más insignificante expresa, además de las intenciones explícitas de quien la ha hecho, el sistema de los esquemas de percepción, de pensamiento y de apreciación común a todo un grupo.

(Bourdieu P. , Un arte medio, 2003)

En resumen, la fotografía familiar, desde la perspectiva de Bourdieu, puede ser vista como un artefacto cultural que refleja y refuerza las estructuras sociales y las prácticas culturales dentro de una sociedad y una familia específica (Korstaje, 2008).

La fotografía es como un trofeo, indicio de movilidad social y fuente de prestigio.

(Bourdieu P. , Un arte medio, 2003)

Esta historia familiar nos ilustra como la educación continua es una especie de capital que acompaña el camino hacia jerarquías superiores dentro del gremio y es una herramienta para mantenerse en ese lugar aun con el paso de los años y a través de generaciones posteriores no sólo en forma vertical, sino también transversalmente (hermanos).

5.8.2. Familia Gallegos.

El Dr. Arturo Gallegos presenta su clínica a través de una página web muy contemporánea. En la parte superior, su nombre se destaca con dos estilos de tipografía y colores diferentes: "Arturo" está escrito en azul, combinando letras mayúsculas y minúsculas, inclinadas hacia la derecha, lo que le otorga un aspecto moderno y dinámico. Por otro lado, "Gallegos" aparece en negro, completamente en mayúsculas y en posición vertical, transmitiendo una sensación de estabilidad y formalidad. Justo debajo de su nombre, encontramos la palabra "Clínica" y, con letras más pequeñas, un dato interesante: "desde 1936". Esta breve pero significativa información parece anunciar que esta clínica combina una larga trayectoria de prestigio y experiencia, mientras que la nueva generación está modernizada y adaptada a los tiempos. Este mensaje se refuerza en la pestaña "Nuestra historia", que dice lo siguiente:

En 1936, Arturo J. Gallegos Ábrego se graduó como médico, y poco tiempo después, en 1940, inició el primer curso de Oftalmología en México. Desde entonces, nos hemos especializado en el campo de la Oftalmología.

En 1978, el Dr. Arturo J. Gallegos Salcido comenzó su servicio como oftalmólogo general, dedicando más de 40 años al cuidado de sus pacientes.

A partir del 2007, el Dr. Arturo J. Gallegos Valencia inició su práctica como oftalmólogo, especializándose en el segmento anterior (cirugía de catarata), ultrasonografía ocular de alta especialidad y posteriormente obtuvo una maestría en investigación clínica.

A lo largo de más de 80 años, hemos arraigado nuestras raíces profundamente en la sociedad, ofreciendo un servicio de alta calidad respaldado por conocimiento, tradición y empatía. Estamos agradecidos por la oportunidad de servir durante todo este tiempo y deseamos seguir siendo sus oftalmólogos de confianza (Arturo Gallegos Clínica, 2023).

Este breve párrafo está cargado de significado cultural. Por un lado, en la historia de la familia Gallegos se concreta la historia del campo de la Oftalmología en Torreón: el abuelo era médico de "ojos oídos, nariz y garganta"; el padre, de apellido Gallegos

Salcido, se especializó en Oftalmología, pero sin cultivar alguna área más específica, y el nieto, Gallegos Valencia, marca un cambio identificándose como un oftalmólogo moderno de "alta especialidad". Por otro lado, este último parece sugerir que ha heredado de sus predecesores lo que Bourdieu llamaría capitales culturales: el conocimiento, expresado como un logro colectivo y familiar: "nos hemos especializado"; y también capitales sociales, pues hace eco del prestigio y la conexión que esta familia tiene con sus pacientes, evocando un concepto antiguo y nostálgico: el "médico de cabecera".

Si observamos con atención otro tipo de información que ofrece la página web, podemos inferir que el nieto también ha heredado capitales económicos, ya que la ubicación geográfica de esta clínica es la misma que la de su abuelo (Morelos con Ildefonso Fuentes). La página web nos permite saber también que el último de los vástagos de los Gallegos ha ampliado los servicios más allá de la atención clínica: ofrece una óptica que lleva su apellido, así como una farmacia especializada en el área de Oftalmología "Gotas de luz".

Veamos detenidamente cómo se acumularon y transmitieron, hasta donde es posible indagar, los capitales desarrollados por los miembros de este pequeño grupo familiar durante ya ocho décadas. Esto probablemente les ha otorgado una posición destacada en el campo de la Oftalmología en Torreón. Esta investigación se basa principalmente en información de acceso público, principalmente publicada en *El Siglo de Torreón*, así como en entrevistas que he llevado a cabo y en bibliografía médica.

Arturo Gallegos Ábrego, el abuelo de este grupo, nació en San Pedro de las Colonias en 1913, según los datos proporcionados en el artículo "Réquiem por el Dr. Arturo Gallegos Ábrego" escrito por el cronista Homero del Bosque Villarreal en su columna habitual (Bosque, 1998). Este cronista, es importante decirlo por el lugar que ocupaba en el espacio público, había sido electo presidente municipal de Torreón en 1979 (Sotomayor J. G., 2021), y era *consuegro* del médico, debido al matrimonio entre una hija de Del Bosque y un hijo de Arturo Gallegos. Según Del Bosque, Arturo

Gallegos estudió la primaria en San Pedro, pero "demostró una capacidad y pasión por el estudio tan excepcionales que a los 12 años ya se encontraba en la Ciudad de México cursando la preparatoria" (Bosque, 1998). Allí, según Del Bosque, completó sus estudios de Medicina en la UNAM. Según el cronista, se tituló de médico cirujano en 1930, aunque una nota periodística indica que lo hizo hasta 1936 (El Siglo de Torreón, 1938). Del Bosque afirma que Arturo Gallegos regresó a Torreón después de terminar sus estudios y eligió Torreón como su lugar de residencia. En esa época, Torreón era reconocida como una de las más importantes y ricas de la nación (Sotomayor J. , 2018).

Resulta difícil determinar los recursos que Arturo Gallegos tenía a su disposición para estudiar en la Ciudad de México, especialmente considerando su origen en San Pedro, Coahuila, tan lejos de la capital, así como las dificultades que seguramente enfrentó por la época revolucionaria en la que vivió. El viaje y los estudios conllevaban riesgos y gastos que posiblemente eran cubiertos por su familia, un tutor o, en el mejor pero más improbable de los casos, a través de una beca. En esa época, muy pocos jóvenes en la región tenían la oportunidad de estudiar más allá de la secundaria, lo que marcó el inicio o fortalecimiento de su capital cultural.

Desde 1935, Gallegos Ábrego comenzó a aparecer con frecuencia en las páginas sociales de El Siglo de Torreón, ya sea como invitado en bodas, en celebraciones de cumpleaños, en eventos médicos, académicos, familiares, benéficos y relacionados con la iglesia, entre otros. Es importante destacar que no todas las personas tenían la posibilidad de aparecer en la prensa, especialmente en notas que no eran pagadas. Estas notas solían ser compiladas por periodistas de sociales que se movían entre eventos para obtener información sobre personas relevantes que pudieran captar la atención de los lectores. Aparecer en estas notas era un indicativo de pertenencia a la élite social, de aquellos que poseían ciertos capitales considerados "estimables" por la sociedad. En este contexto, es relevante resaltar que el 12 de junio de 1938, Gallegos Ábrego fue mencionado en una de estas pequeñas notas, donde se informaba que celebraba su segundo aniversario como médico cirujano (El Siglo de Torreón, 1938). Este tipo de eventos se proyectaban y reconocían para ayudar a establecer una posición especial dentro del círculo médico. En esa misma época, otra nota periodística que informaba

sobre una tragedia familiar en la que una persona resultó gravemente herida, reveló que el médico Arturo Gallegos trabajaba en el Sanatorio Municipal (El Siglo de Torreón, 1938).

No fue sino hasta 1939 cuando comenzó a anunciar sus servicios clínicos en un consultorio muy céntrico de la ciudad, a sólo dos cuadras de la Plaza de Armas, en la esquina de la Avenida Hidalgo y Rodríguez. Estos primeros anuncios tuvieron el propósito de difundir la noticia de que "saldría a la Ciudad de México para perfeccionar su especialidad en ojos, oídos, nariz y garganta" (El Siglo de Torreón, 1939). Esta fórmula no solo informaba sobre su ausencia, sino que también pretendía añadir prestigio a su práctica médica, como mencioné en el capítulo anterior.

Un mes más tarde, en julio de ese mismo año, continuó anunciándose, pero esta vez lo hizo en colaboración con el Dr. Bustamante Gurría, quien también se especializaba en la misma área médica (El Siglo de Torreón, 1939). Es posible que Gallegos haya sido invitado por Bustamante, ya que este último parecía tener una trayectoria médica más establecida en ese lugar, lo que podría haber sido crucial para el inicio de la carrera profesional de Gallegos.

También en 1939, se observa que se unió a la Asociación Médica de Torreón, que comenzó sus actividades alrededor de 1931. Ese año la Asociación anunció la organización de un evento para Postgraduados, para el cual se habían conformado varios comités. Gallegos formaba parte de uno de ellos, no necesariamente el más académico, pero sí el más visible, pues se encargaría de recibir a los invitados de honor (El Siglo de Torreón, 1939) . Esto sugiere que el médico tenía un habitus que le permitía relacionarse con los invitados nacionales e internacionales.

El mismo año, contrajo matrimonio con la señorita Mercedes Salcido. (Sociales, 1939). Uno de los hijos de esta pareja sería quien continuaría con el apellido en el ámbito médico.

En 1943, dejó el consultorio que compartía con Bustamante Gurría, lo que podría interpretarse como un paso hacia su independencia profesional. Se mudó a la Avenida Matamoros 526 (El Siglo de Torreón, 1943). Sin embargo, ese mismo año informó a sus pacientes que había cambiado su consultorio a la Avenida Morelos, en la esquina de la calle Ildefonso Fuentes, donde ya contaba con un teléfono (El Siglo de Torreón, 1943). De ese lugar ya no se movería, ni él ni sus descendientes, lo que sugiere la posibilidad de que en ese momento o a lo largo del tiempo, adquiriera en propiedad el edificio en el que consultaba, acumulando así capital económico.

Los médicos, incluyendo a Gallegos Ábrego, solían ser miembros de asociaciones benéficas en esa época. Estos espacios, con un propósito caritativo, también servían como espacios de sociabilidad. Eran lugares donde se fortalecían conexiones con amigos o allegados con los que se compartía una relación, pero también en los que se hacían vínculos con personajes influyentes del poder económico y político. En 1950, Gallegos Ábrego fue nombrado vocal suplente en una Cena Leonística donde se elegiría la nueva junta directiva. Esta junta estaba compuesta por profesionales, directores de empresas y figuras políticas locales (El Siglo de Torreón, 1950).

Los congresos médicos también servían como espacios de sociabilidad, aunque en este caso, el objetivo principal era profesional. Sin embargo, en estos eventos, se podía apreciar y demostrar el capital cultural y social acumulado. Es relevante señalar que, a partir de la separación de los oftalmólogos y otorrinolaringólogos en 1946, los oftalmólogos comenzaron a organizar congresos en diferentes ciudades importantes del país para atraer tanto a oftalmólogos locales como nacionales. El primer congreso se llevó a cabo en la Ciudad de México en 1949, y los siguientes se realizaron en Guadalajara, San Luis Potosí, Monterrey y Mérida, sucesivamente.

Es de destacar que el VI Congreso tuvo lugar en la ciudad de Torreón en 1962 y fue presidido por Arturo Gallegos Ábrego. Ser presidente de este congreso, que puso a la ciudad en el mapa nacional, implicaba un reconocimiento de sus colegas tanto en

términos de capital cultural como de su capacidad para establecer conexiones con médicos más allá de las fronteras regionales. También requería habilidades para relacionarse con figuras de la vida política y social con el fin de garantizar el éxito de la organización. Un autor describe cómo se llevan a cabo estos congresos:

Los congresos nacionales se han organizado y supervisado por los miembros de la Sociedad Mexicana de Oftalmología; el presidente del congreso generalmente pertenece a la sociedad local de la ciudad sede y el presidente de turno de la Sociedad Mexicana de Oftalmología es el presidente honorario del congreso. Las actividades son organizadas por diferentes comités, destacando por su importancia el comité del programa científico, que se encarga de diseñar el programa académico y de realizar las invitaciones correspondientes.

Otros comités se encargan de las actividades culturales y los eventos en conjunto con la industria. Actualmente, los congresos se realizan regularmente cada 2 años, aunque en un momento se realizaron cada año (García E. G., 2016).

Así, observamos que en un periodo de un poco más de 20 años de ejercer su profesión, el Dr. Gallegos Ábrego se encontraba en la cúspide, no sólo de los oftalmólogos, sino también de los otorrinos, pues también fue presidente de la Sociedad de Torreón de Otorrinolaringología, como se puede observar en la siguiente nota:

El XVIII Congreso Nacional de Otorrinolaringología tiene lugar en Torreón, Coahuila, del 1al 5 de mayo de 1968, en la Escuela de Medicina de la Universidad de Coahuila, con sonada brillantez y la colaboración de la Sociedad Mexicana de ORL. La Sociedad de Torreón está presidida por el Dr. Arturo Gallegos Ábrego; Roberto Villarreal Roiz es su secretario, y Buenaventura De Nigris su tesorero.

El comité Organizador está constituido por: presidente, Dr. Alfonso Garibay Fernández; vicepresidente, Tomás Azuara; secretario Jorge Arenal Rubín; tesorero,

Oliverio Lozano Rocha; actividades científicas, Rolando del Rosal; coordinador, Mario Albores Culebro; vocales, Arturo Gallegos Ábrego, J.M. de Alba, Buenaventura de Nigris, José A. Gómez Barocio, Teodoro Núñez Estrada, Germán Madero, Roberto Villarreal Roiz, Romeo de la Fuente Chapoy y señor José Rodríguez Dammy. Leo Deutsch figura ya como socio honorario (Cronica de la otorrinolaringología en México, 2018).

También por esa época, desde 1958, Gallegos Ábrego aparece como presidente del consejo de administración de la Botica de la Clínica Torreón y el Dr. Luis Arenal Camargo, como secretario (El Siglo de Torreón, 1958).

El Dr. Gallegos Abrego aparece en el periódico en una fotografía de estudio acompañado de su esposa Mercedes Salcido de Gallegos y rodeado de sus hijos, Dr. Aureliano, Mercedes, María, Dr. Arturo J., José y Magdalena Gallegos Salcido. La foto ya está dañada por los años, y es difícil observar detalles, pero aparece una familia conservadora, los padres al centro, los hombres de pie, todos de traje y corbata, serios, formales, y al frente las hijas, dos de ellas sentadas y otra más de pie en un extremo. Las mujeres aparecen con vestidos largos, de tipo coctel, y sonriendo hacia la cámara (Dr. Arturo Gallegos Abrego acompañado de su esposa y rodeado de sus hijos, 1975). Dos de sus hijos se dedicaron a la medicina. En 1977 empiezan a aparecer anuncios en clasificado donde los doctores Arturo Gallegos Ábrego y Aureliano Gallegos Salcido “comunican a su estimable clientela que estarán fuera de la ciudad...” (El Siglo de Torreón, 1977).

El Dr. Arturo Jaime Gallegos Salcido, otro de los hijos del Dr. Arturo Gallegos Abrego y Mercedes Salcido, presentó su examen profesional para obtener el título de Médico Cirujano el 24 de septiembre en esta ciudad con la tesis “Diagnostico oftalmológico de la Querato-conjuntivitis sicca” (de la cual no he encontrado datos de que haya sido publicada en una revista científica). Inició sus estudios de primaria en el Instituto Francés de Torreón, terminándolos en el Colegio Hispano Mexicano donde también curso la secundaria. El bachillerato lo realizó en la Escuela Preparatoria

Venustiano Carranza y los estudios de medicina en la Universidad Autónoma de Coahuila. Su internado rotatorio en el Hospital Universitario del Valle en Cali, Colombia y el servicio social en el Departamento de Oftalmología del Hospital General de la SSA en la Ciudad de México, en ese entonces distrito federal (El Siglo de Torreón, 1975). Es en ese mismo hospital donde realiza sus estudios de especialidad en Oftalmología en el grupo IX (1976-1977) (Meyrán, 2018). Contrajo nupcias con la señorita Ana Cecilia Valencia en la ciudad de Cali, Colombia (El Siglo de Torreón, 1975).

El Dr. Arturo Gallegos Salcido participó también, en la década de los años setenta, en la instalación de un equipo de rayos láser en el Club de Leones para el tratamiento de diversas enfermedades de los ojos tales como desprendimiento de retina y retinopatías diabética, junto a los médicos Felipe de Alba y su padre, el Dr. Arturo Gallegos Ábrego (El Siglo de Torreón, 1978), y en 1978 recibe como parte del servicio de Oftalmología en el mismo Club de Leones, una cámara de fondo de ojo que en esa época era un moderno instrumento para el diagnóstico de toda clase de enfermedades de la retina como tumoraciones, retinopatías diabéticas, maculopatías, glaucoma, desprendimientos de retina, etc (Donaron una cámara a C de Leones, 1978). Con esto vemos cómo, a partir de una posición destacada en la que inicia su camino en la Oftalmología debido al prestigio con el que ya cuenta su familia, el Dr. Gallegos Salcido sigue acumulando capital al lograr ser uno de los iniciadores del uso de la tecnología en beneficio de los pacientes de bajos recursos, lo que abona prestigio a instituciones como el Club de Leones, y la propia SOLAC.

La actividad profesional del Dr. Arturo Gallegos Salcido ha sido constante, perteneciendo también al cuerpo médico del Hospital Infantil Universitario (Afección ocular tema de la sesión académica hoy, 1985), también anunciaba periódicamente viajes al extranjero para mantenerse actualizado (El Siglo de Torreón, 1987), lo mismo que impartía conferencias a grupos médicos sobre patología ocular (Hoy es la sesión académica de la Sociedad Médica, 1985) a colegas oftalmólogos (Perimetría estática será el tema de la Sesión Mensual de la SOLAC, 1993) que participaban en la formación de optometristas (Conferencia L. Americana, 1981).

El Dr. Gallegos Salcido también ejerció sus habilidades como empresario en el Grupo Desarrollo de Torreón relacionado con el negocio de las ópticas. En el mundo empresarial se le reconoce al doctor Gallegos como un buen elemento, conocedor de negocios, honesto y confiable (Analistas, 1997). En diversos anuncios clasificados se lee su nombre asociado con la óptica El Dorado (Morelos) (Aviso a nuestros pacientes, 1992) lo que hace suponer que probablemente era suya o tenía injerencia en su funcionamiento.

El hijo del Dr. Gallegos Salcido, nieto del Dr. Gallegos Ábrego, el Dr. Arturo Jaime Gallegos Valencia aparece en una fotografía en la parte derecha de la página web de la empresa Arturo Gallegos Clínica (Arturo Gallegos Clínica, 2023) vestido formalmente con pantalón negro y camisa azul, vestimenta que en marketing se asocia con hombres de negocios exitosos, no trae corbata y aparece con los brazos abiertos, las manos recargadas en dos aparatos de alta tecnología de un consultorio de la clínica. Su corte de cabello y barba de candado están perfectamente bien realizados, con unos lentes cuadrados, con la mirada limpia viendo hacia el frente y una ligera sonrisa sin mostrar los dientes. Esta fotografía en general nos proyecta confianza por la postura del médico y al estar apoyado en el equipo demuestra la confianza y seguridad con que maneja toda esa tecnología. Más debajo de esta imagen llama la atención otra foto a colores donde se observa la calle donde está la clínica. Evoca tiempos antiguos de la ciudad, son edificios de más o menos los años treinta o cuarenta, de dos niveles, con balcones. Detrás de ellos se observa un edificio mucho más alto, de diez pisos, que fue uno de los hoteles más destacados de la ciudad ya hace varias décadas, El titán de acero lagunero, el hotel Rio Nazas (Ruiz, 2023), y sobre la calle, enfrente del consultorio, las clásicas palmeras altas de la avenida Morelos. Esta imagen conecta a las tres generaciones de oftalmólogos que han atendido en ese edificio, conecta con la nostalgia de los laguneros, con sus tradiciones, con sus orígenes, con las raíces de lo que son hoy. Y los doctores Gallegos han capitalizado esa historia familiar, y lo han hecho bien, como lo mencionan en su página web: “nos avalan tres generaciones de oftalmólogos” (Arturo Gallegos Clínica, 2023).

El Dr. Arturo J. Gallegos Valencia no aparece en anuncios de ocasión en el periódico local, no aparece en notas de sociales ni de ningún otro tipo en el archivo hemerográfico, excepto por una nota en una página web sobre el glaucoma (Magallanes, 2023)., y esto no es más que una muestra de cómo las formas de comunicarse con los pacientes y con la sociedad en general han cambiado. Ahora se trata de tener y alimentar una página web fácil de utilizar, donde los pacientes puedan buscar los servicios que se ofertan, ya no hay sección amarilla, ahora existen buscadores especializados en médicos, redes sociales, etc. Poca gente acude aún a los avisos de ocasión de un periódico, etc. Por otro lado, los temas de seguridad también han limitado lo que uno puede publicar en páginas impresas o incluso en Facebook, Instagram o etc. Existen plataformas para hacer diferentes tipos de contactos: en LinkedIn encontramos al Dr. Gallegos Valencia. El Dr. Gallegos Valencia es poseedor de un capital heredado profesionalmente que ha mantenido a pacientes captados también por generaciones.

En conclusión, la educación continua, las publicaciones y las alianzas profesionales no solo refuerzan el estatus de los oftalmólogos, sino que también perpetúan las jerarquías existentes, asegurando la estabilidad del campo frente a cambios externos. Estos mecanismos son fundamentales para entender la persistencia de las estructuras de poder y las dinámicas internas que configuran el ejercicio de la oftalmología en la región. En el próximo capítulo, se explorará cómo estas prácticas se entrelazan con el contexto legal y social más amplio, afectando tanto a los oftalmólogos como a la estructura general del campo.

Capítulo VI: Competencia, distinción y marco legal en la Oftalmología de Torreón.

6.1. Centralización de recursos de salud.

En la región de Torreón se observa un tipo de inequidad geográfica con relación a la distribución de oftalmólogos. La concentración del desarrollo económico y social en la ciudad de Torreón es una garantía de calidad de vida para los profesionales oftalmólogos, donde hay un mejor ingreso per cápita y acceso a servicios básicos y a una educación de calidad en la etapa básica, lo que permite establecerse para criar una familia. Por ello, prácticamente todos los oftalmólogos certificados en Torreón ejercen en la ciudad de Torreón, dejando sin este tipo de atención al resto de los municipios de la región Laguna. Por todo lo anterior, es una región atractiva para establecerse profesionalmente.

- Venía de pasada (risas). Ya me quedé.

Tomé agua de Torreón y ya me quedé.

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

Según datos proporcionados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), la tasa de médicos especialistas en México es de 119 por cada 100,000 habitantes. En el caso específico del estado de Coahuila, la tasa de especialistas se sitúa en 90.2 por cada 100,000 habitantes, ubicándose en el rango medio a nivel nacional. Es relevante destacar que la Ciudad de México presenta la mayor concentración de especialistas con una tasa de 502.7 por cada 100,000 habitantes, mientras que Chiapas registra la tasa más baja con 35.9 por cada 100,000 habitantes. En el contexto de la Oftalmología, el número de médicos especialistas en México es de 3.56 por cada 100,000 habitantes, según datos proporcionados por Heinze-Martin G en

2018 (Heinze-Martin G, 2018). Estos indicadores evidencian variaciones significativas en la distribución de profesionales de la salud especializados tanto a nivel estatal como nacional.

Tabla 1. Miembros colegiados.

Oftalmólogos certificados por el Consejo Mexicano de Oftalmología (CMO) en el estado de Coahuila	90
Oftalmólogos que residen en Torreón y que están certificados por el CMO	29
Oftalmólogos certificados por el CMO y que pertenecen al Colegio Coahuilense	23
Oftalmólogos certificados por el CMO y que No pertenecen al Colegio Coahuilense	7
Oftalmólogos certificados por el CMO y que ejercen en Torreón, Coah.	28
Oftalmólogos certificados por el CMO y que ejercen en Gómez Palacio	1
Oftalmólogos certificados por el CMO, que pertenecen el Colegio Coahuilense y que ejercen en otras ciudades	1
Oftalmólogos certificados por el CMO mujeres	10
Oftalmólogos certificados por el CMO hombres	18

Fuente: Elaboración propia. Información elaborada en base a datos publicados por el CMO (Consejo Mexicano de Oftalmología, 2023).

Este cuadro proporciona información detallada sobre la distribución y características de los oftalmólogos certificados por el Consejo Mexicano de Oftalmología (CMO) en el estado de Coahuila. Aquí hay un análisis de los datos:

- Hay un total de 90 oftalmólogos certificados por el CMO en el estado de Coahuila.
- De los 90 oftalmólogos certificados, 29 residen en Torreón (32,22%). Esto sugiere una presencia significativa de profesionales en esta área geográfica.

- Un total de 23 oftalmólogos certificados por el CMO pertenecen al Colegio Coahuilense de Oftalmología. Esto muestra una conexión profesional y posiblemente colaborativa entre el CMO y el Colegio Coahuilense.
- 28 oftalmólogos certificados ejercen en Torreón, mientras que solo 1 ejerce en Gómez Palacio. Esto indica una concentración significativa de profesionales en Torreón en comparación con otras ciudades de la región.
- Hay 10 oftalmólogas mujeres y 18 oftalmólogos hombres certificados por el CMO en el estado de Coahuila. Esto sugiere una representación desigual de género en la especialidad oftalmológica, con una predominancia de hombres.

Es entendible que la ubicación geográfica de Torreón y su infraestructura puedan plantear desafíos para la organización de cursos y eventos académicos en la región. No obstante, el logro de llevar a cabo tales actividades en múltiples ocasiones en Torreón representa un paso significativo hacia el progreso y desarrollo de la Oftalmología en esta área. A pesar de las limitaciones inherentes, como la dificultad de trasladarse hasta aquí debido a la disponibilidad limitada de vuelos a nivel nacional, como señala una de las entrevistadas:

- Yo creo que gente brillante hay en todos lados, pero por ejemplo, es difícil más que por los hoteles, yo creo que es difícil por los vuelos, por las conexiones para Torreón, como no son vuelos tan frecuentes, luego hay personas que vienen de Veracruz, que vienen de Tabasco, que vienen de Oaxaca y está muy fácil ir a CDMX, o sea hay vuelos directos y yo creo que por eso es donde hacen la mayor parte de los congresos, donde hay más facilidad de transporte y más rapidez que ya no tengas que estar haciendo tantas escalas.

D. Martínez (comunicación personal 4 de diciembre de 2022).

La ciudad ofrece mejores ingresos, acceso a servicios básicos y educación de calidad, lo que contribuye al capital cultural y social de los profesionales. La decisión de establecerse en Torreón se debe a la concentración de recursos y oportunidades en esa área, lo que refuerza la brecha en el acceso a servicios oftalmológicos en otros

municipios de la región Laguna lo que perpetúa la inequidad en la distribución de servicios de salud en la región. Esto se alinea con la idea de Bourdieu sobre la reproducción social, donde las estructuras sociales existentes tienden a perpetuar las desigualdades.

En resumen, desde la perspectiva de Bourdieu, esta situación refleja la reproducción de desigualdades sociales a través de la concentración de capital cultural y social en ciertas áreas geográficas, lo que influye en las decisiones profesionales y la disponibilidad de servicios en la región Laguna.

6.2. Equidad de género en la Oftalmología.

Tres ejes centrales caracterizaron el surgimiento de organizaciones de mujeres a finales del siglo XIX e inicio del XX. Estos fueron: 1) la participación organizada de mujeres de izquierda, anarcosindicalistas, comunistas, en las luchas revolucionarias y opositoras; 2) la reivindicación social y política para lograr el sufragio universal, así como derechos políticos, y 3) los derechos de género, por ejemplo, sobre su propio cuerpo y la reproducción. Sobre estos mismos objetivos surgen las asociaciones de mujeres científicas que además buscaban estimular la investigación y motivar a comunicar sus resultados. Así surgen las pioneras de los estudios médicos en todo el país que se vieron obligadas a formar agrupaciones para satisfacer la necesidad de autoprotegerse y defender sus intereses comunes con el objetivo de institucionalizar y validar las ideas de la disciplina médica (Rodríguez, 2012). La inclusión de estas mujeres en el sector médico tradicionalmente masculino no fue automática, y enfrentaron la resistencia tanto a nivel individual como colectivo. Este periodo coincidió con la posrevolución en el país, donde las mujeres buscaban integrarse a todos los ámbitos de la sociedad, incluido el profesional donde contribuyeron activamente en campañas de salud, programas de vacunación y cuestiones de gineco-obstetricia, pero también se interesaban en política y luchas de género. (Rodríguez, 2012).

Del 20 al 30 de mayo de 1923, en la Ciudad de México se realizó el Primer Congreso Nacional Feminista. Asistieron alrededor de 100 delegadas de casi todo el

país y los temas de discusión se refirieron a la igualdad civil que permitiera a la mujer acceder a cargos administrativos; a la igualdad política y representación de las organizaciones sociales; a la igualdad laboral; a que los hijos de padres divorciados se quedaran con la madre, a la creación de cooperativas de consumo; a la protección a las trabajadoras domésticas y a la necesidad de crear guarderías y comedores infantiles en las fábricas. Una de las asistentes fue la doctora Antonia Leonila Ursúa, quien junto con la doctora Aurora Uribe, fundó la Asociación de Médicas Mexicanas el 5 de mayo de 1926. La acción se imponía "ante la necesidad de hacer un frente común y apoyarse para no ser maltratadas por querer titularse como médicas" (Rodríguez, 2012).

En la década de 1930 el interés de las mujeres médicas se sitúa más en lo académico. Un excelente ejemplo es el de Bertha Riveroll Noble pionera a nivel nacional en la Oftalmología (Rodríguez, 2012) . Durante esa década no hay reportes de mujeres doctoras promoviendo sus consultorios o actividades en la región Laguna.

En 1942, una publicidad captura la atención en las páginas del periódico local, mereciendo ser destacada debido a su reflejo de las tensiones de género predominantes en esa época (El Siglo de Torreón, 1942). La imagen presenta a una madre y su hija en el comedor de una casa de estatus económico medio, donde se aprecia una silla elegantemente acabada, cuadros adornando las paredes y una mesa ordenadamente dispuesta con mantel y cubiertos. La madre, ataviada de manera formal con una blusa a cuadros, coloca cuidadosamente flores sobre la mesa, mientras que en la parte inferior de su atuendo se vislumbra un pantalón o falda de tono oscuro. Se revela la presencia de una mujer preadolescente, de entre 12 y 14 años entrando al comedor por una puerta entreabierta. Surge entonces una conversación entre ambas, delineando aspectos reveladores de la dinámica familiar y de género de la época.

- Mamita, cuando yo sea grande voy a ser doctora para recetar Mejoral.
- Me parece muy bien... ¡así a mama no le dolerá nunca la cabeza!

(El Siglo de Torreón, 1942)

Este fragmento de texto proporciona un vistazo interesante a las dinámicas de género y roles tradicionales que estaban presentes en la década de 1940. Desde la perspectiva de la violencia simbólica de Pierre Bourdieu, el fragmento proporciona elementos que pueden ser analizados en relación con las estructuras de poder y las representaciones simbólicas que perpetúan las desigualdades de género. La escena del comedor refleja la asignación de roles tradicionales de género, donde la madre se ocupa de las tareas domésticas. La hija, por otro lado, expresa su deseo de ser doctora en el futuro, mostrando una aspiración profesional y desviándose de los roles típicos de género asignados a las mujeres en esa época, pero el comentario final de la madre sobre recetar Mejoral para el dolor de cabeza refuerza la noción de que las mujeres deben ocuparse del cuidado, de la gestión del dolor y bienestar de la familia.

La publicidad en sí misma puede considerarse una forma de violencia simbólica al legitimar y naturalizar desigualdades de género, perpetuando así estructuras de poder y control al transmitir y reforzar normas de género. La madre, a pesar de estar formalmente vestida, se encuentra inmersa en actividades domésticas, lo que sugiere la asignación de roles que limitan su participación en esferas de poder más amplias. La conversación entre la madre y la hija también puede ser vista como un proceso de socialización donde se transmiten y refuerzan las normas de género.

En sus inicios, las profesiones médicas estaban completamente dominadas por hombres. Un acontecimiento trascendental ocurrió en 1949, cuando la Sociedad Médica del Hospital Bermúdez en Ciudad Juárez organizó una reunión de índole médico-científico, con invitados provenientes de Torreón, todos ellos varones y profesionales de la medicina. Sorprendentemente, las mujeres apenas recibieron una mínima mención en un breve párrafo, pues solamente asistieron en su rol de esposas, destacando así la persistente exclusión y marginación de las mujeres en este ámbito crucial, como lo vemos a continuación:

- Otra satisfacción (¿) más que tuvimos: la de que nuestras respectivas esposas “ahorrraran” en las tiendas de El Paso

(Villarreal, 1950).

Desde la perspectiva de la teoría de la violencia simbólica de Pierre Bourdieu, este hecho ilustra cómo las prácticas sociales y discursivas pueden contribuir a la reproducción y legitimación de desigualdades de género en el campo médico. La referencia a la reunión médico-científica con invitados de Torreón, todos hombres y profesionales de la medicina, señala una práctica que excluía activamente a las mujeres de estos espacios y eventos importantes.

La expresión "otra satisfacción más que tuvimos" indica que existe un nivel de complacencia o satisfacción asociado con un comportamiento específico. En este caso, la satisfacción se vincula con la acción de las esposas de "ahorrar" en el proceso de consumo. La mención de que las esposas son las que "ahorran" en las tiendas podría indicar roles de género tradicionales en los que se espera que las mujeres gestionen las finanzas domésticas y busquen formas de economizar, contribuyendo así a la reproducción de estructuras de poder que asignan a las mujeres responsabilidades específicas en el ámbito doméstico.

A partir de 1945 empiezan a aparecer referencias en el periódico local sobre médicas en la región, entre ellas las doctoras Genoveva González Cantú (El Siglo de Torreón, 1945), Carmen Galindo Carrillo (El Siglo de Torreón, 1948), María de la Luz Perales Saucedo (El Siglo de Torreón, 1945). Éstas fueron apareciendo esporádicamente y no existen anuncios sobre sus actividades profesionales en consultorios privados, como sí lo hay de los médicos en forma abundante. Se habla de su egreso de la licenciatura y los exámenes profesionales y tesis que presentaron. Aunque ninguna de ellas se dedicó a la Oftalmología, pero creo que vale la pena mencionarlas para evidenciar como poco a poco se fueron integrando las mujeres a una profesión mayoritariamente masculina.

Y así trascurrieron varias décadas donde lo único que prevalece son anuncios clasificados en el periódico local sobre especialistas en enfermedades de los ojos únicamente de sexo masculino e incluso en el Congreso Mexicano de Oftalmología celebrado en Torreón, entre los asistentes solo aparecen profesionistas del sexo masculino, sin embargo, las mujeres, esposas de los especialistas, tuvieron un protagonismo secundario como parte del Comité de Damas que participaron en varios actos sociales (Se sigue organizando el sexto Congreso Mexicano de Oftalmología, 1962) (Este mes se efectuará el 6o Congreso Mexicano de Oftalmología., 1962). Esta dinámica refleja una realidad común en muchas áreas profesionales y campos científicos en ese momento, donde las mujeres tenían una presencia muy limitada en actividades profesionales.

Después de seis o siete décadas algunas dinámicas han cambiado en la relación de género en el ámbito de la medicina, pero no en su totalidad. Los autores Heinze-Martin, Olmedo-Canchola, y colaboradores, reportan que en la especialidad de Oftalmología y Oftalmología neurológica existen un total de 4431 expertos, de los cuales son 2649 hombres (61% con certificación vigente) y 1782 mujeres (71.5% con certificación vigente), es decir 1.4 hombres por cada mujer. Lo anterior da una idea del mayor equilibrio en esta área, a diferencia que, por ejemplo, la especialidad de urología, donde la relación hombre/mujer es de 45:1 y a diferencia de la especialidad de dermatología donde las mujeres son mayoría, en una relación de 2:1 (Heinze-Martin G, 2018).

Una de las razones de la disparidad hombre/mujer en las diferentes especialidades es que, como se ha plasmado en la literatura, unos y otras practican la medicina de manera diferente; las mujeres pueden mejorar la relación médico-paciente y promover más trabajo en equipo debido a características atribuidas al sexo femenino como la compasión, la empatía, la capacidad de respuesta a las necesidades del paciente y las habilidades de comunicación. Las mujeres están dispuestas a trabajar en posiciones menos bien compensadas, prefieren ejercer en zonas urbanas, probablemente por la necesidad de más apoyo para combinar la maternidad con la carrera, evitar el agotamiento y ganar representación en el liderazgo y los académicos. Es decir, un estilo de vida controlable, donde la Oftalmología es una excelente opción (Heinze-Martin G,

2018). Y a la diferencia entre especialidades en el desarrollo de habilidades de la profesión, es a lo que se refiere el siguiente testimonio:

Imagínate una ortopedista como que así no va a tener fuerza suficiente para hacer tal cosa o (una mujer especialista) de urología pues obviamente no, tampoco van a sentirse mucho en confianza. Entonces yo creo que la Oftalmología hemos tenido esa posibilidad de abrirnos camino, de abrir paso e inclusive la sociedad mexicana de Oftalmología es de los primeros grupos que se organizaron para formar la sociedad de su especialidad no sólo aquí de Torreón sino la de todo México y donde la mujer ha tenido más oportunidad de crecimiento.

- D. Martínez (comunicación personal 4 de diciembre de 2022)

Basándome en los datos publicados en la página del Consejo Mexicano de Oftalmología al 22 de octubre del 2023, el total de especialistas que están certificados en el estado de Coahuila son 90, y muestro los siguientes datos realizados sobre esa información: relación hombre/mujer en los oftalmólogos que ejercen en la región Laguna 1.8. (Consejo Mexicano de Oftalmología, 2023).

Es hasta la década de 1980 que se integra la primera mujer al grupo de oftalmólogos en Torreón. En el periódico local se documenta que en 1988 la doctora María del Carmen Porras López presentó su trabajo de ingreso a la Asociación de Médicas Mexicanas capítulo Coahuila con el tema denominado “Retinoblastoma”. Se refiere también que la Doctora Porras López realizó sus estudios profesionales en la Facultad de Medicina de la Universidad Juárez de Estado de Durango y se post-graduó en el Instituto Nacional de Pediatría ejerciendo en ese momento como oftalmóloga en el Hospital del ISSSTE de la ciudad de Gómez Palacio, Dgo (Solicita su ingreso a la Asc. Médica, 1988). La doctora Porras desde su establecimiento profesional en la región hasta el día de hoy, tiene su consulta en Allende 139 Ote. Otras mujeres en esta zona del país también han sobresalido en esta especialidad:

Destaca mucho el papel de la mujer lagunera en la Oftalmología. Una de las pioneras en la formación de oftalmólogos en Torreón, fue una mujer (la Dra. Rosa

María Núñez Adame), y hasta hace poco, otra mujer también estuvo a cargo como profesor titular de la segunda etapa de la residencia en el hospital de especialidades No. 71 (la Dra. Patricia Armida Domínguez Álvarez).

Guía de observación 8 (9 de marzo de 2023).

Las oftalmólogas laguneras son reconocidas profesionistas en la región, y algunas de ellas han sido presidentes del CCO. Esto no quiere decir que el ingreso de ellas al campo ha sido fácil, han ingresado bajo las mismas condiciones que cualquiera, demostrando sus capitales. Ellas han ocupado puestos directivos en importantes instituciones de salud, son empresarias, conferenciantes y actualmente puedo afirmar que son admiradas y respetadas en la comunidad.

Está muy padre que muchas oftalmólogas se vayan integrando a nuestro equipo, la mujer ha ido creciendo muchísimo. Yo creo que ya nos estamos poniendo en una etapa en la que es muy visible la equidad entonces nunca me ha tocado un paciente que yo haya notado algún tipo de discriminación por ser mujer o porque fuera joven.

Imagínate la doctora Yolanda (Medrano) a lo que se tuvo que enfrentar o la doctora Carmelita (Porras) o la doctora Núñez (Rosa María). Yo ahorita ya lo veo como que estamos parejitos sino es que despuntando.

D. Martínez (comunicación personal 4 de diciembre de 2022)

El valor de las mujeres en la Oftalmología se reconoce a nivel nacional donde existe una importante historia de mujeres que han sido líderes y presidentas de la Sociedad Mexicana de Oftalmología (Dra. Bertha Riveroll Noble en 1964, Dra. María Estela Arroyo Yllanes en 1998, Dra. Lulu Ululani Quintana en 2002, Dra. Laura Leticia Arroyo Muñoz en 2008, Dra. María de Lourdes Arellanes García en 2010, Dra. Claudia Palacio Pastrana en 2020, Dra. Silvia Moguel en 2023, etc.), y por supuesto, este proceso también se ha presentado a nivel local (Dra. María del Carmen Porras en 1994 y 2007, Dra. Ana Patricia López Valerio en 2011, Dra. Laura Elizabeth Vargas Rodríguez en 2016, Dra. Denisse Cornú Melgoza en 2019, Dra. Rosa María Núñez Adame en 2020, Dra. Daniela Ixcel Martínez Martínez en 2021, etc.). Y la expectativa que tienen de las mujeres profesionistas está transformándose, como lo vemos en el siguiente párrafo:

Yo creo que las oftalmólogas están increíbles.

Me encanta que haya la igualdad, me encanta que una oftalmóloga crezca, sea fuerte,

Me encanto mucho.

...día a día, cada vez que hay platicas (se refiere a conferencias académicas), a mí me sorprenden un chorro las pláticas de mujeres

Y cuentan más y te dicen mas

Tienen un mejor perfil en muchos aspectos.

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

Desde la perspectiva de la violencia simbólica, este fragmento parece reflejar una resistencia positiva a las estructuras simbólicas de desigualdad de género que podrían existir en el campo oftalmológico. El hablante desafía simbólicamente las normas preexistentes al elogiar y valorar abiertamente las capacidades y contribuciones de las oftalmólogas. Este tipo de discurso contribuye a cambiar las representaciones simbólicas que históricamente han desfavorecido a las mujeres en ciertos campos profesionales.

Por otro lado, en el mismo párrafo, no deja de notarse cierta condescendencia... como si las oftalmólogas tomaran cierto valor, a partir de la notoriedad que les dan ellos. La condescendencia implica una actitud de superioridad o menosprecio hacia otros. En el contexto de Bourdieu, esta actitud puede considerarse una forma de violencia simbólica, ya que implica una desvalorización simbólica de las oftalmólogas, lo que puede contribuir a la reproducción de desigualdades sociales.

Los párrafos anteriores abordan la dinámica de lucha de géneros en el campo de la Oftalmología. A lo largo del tiempo, en las últimas décadas del siglo XX y las primeras del XXI, las mujeres comienzan a incorporar capital en el campo oftalmológico

(adquisición de conocimientos, experiencia, reconocimiento o cualquier otro recurso valioso dentro del ámbito profesional). Como resultado de la incorporación de capital, las mujeres alcanzan una posición similar a la de los hombres en esta especialidad. Se observa, por lo que hemos dicho anteriormente, que las mujeres ahora tienen la capacidad de ascender en la jerarquía del campo, lo que indica una redistribución de poder.

La teoría de Pierre Bourdieu ofrece perspectivas valiosas sobre la equidad de género al examinar cómo las estructuras sociales influyen en la distribución desigual de recursos y oportunidades, en este caso entre hombres y mujeres. Bourdieu introdujo conceptos como el "capital cultural" y el "*habitus*" para explicar cómo las normas culturales y sociales perpetúan las desigualdades sociales, entre las que se incluyen las de género.

En resumen, la teoría de Pierre Bourdieu proporciona herramientas conceptuales para entender cómo las estructuras sociales y culturales contribuyen a la persistencia de desigualdades de género y cómo su lucha contra estas estructuras puede lograr una mayor equidad.

6.3. Competencia y distinción en salud visual.

A principios de la década de los años 50 del siglo pasado, la ciudad de Torreón experimentaba un notable crecimiento, marcado por el surgimiento de nuevas empresas, bancos y hoteles. En este panorama de expansión, el sector médico no quedó al margen, y como un testimonio del impulso y dedicación de médicos entusiastas de diversas especialidades, se llevó a cabo la inauguración de la Clínica Centro Médico de Torreón el 5 de diciembre de 1951 (Centro Médico de Torreón cumple 70 años de servicio a Comarca Lagunera, 2021).

Este logro representó un importante progreso en la oferta de servicios de salud para la comunidad local. La creación de una clínica médica no solo abordó las crecientes

necesidades de atención médica, sino que también manifestó el compromiso inquebrantable de los profesionales de la salud con el bienestar de la población y, más allá de ello, esta iniciativa marcó un esfuerzo por parte del sector médico para posicionarse en un lugar destacado en el campo de la salud.

La Clínica Centro Médico de Torreón, al abrir sus puertas, simbolizaba el progreso de la ciudad. Inició sus servicios en el céntrico edificio Marcos, en ese entonces una estructura nueva y moderna, ubicado en la Avenida Juárez y calle Rodríguez ocupando el primer y segundo piso. La clínica migra ocho años después a su ubicación actual de Allende y Leandro Valle, adquiriendo con aportaciones personales lo que fue la entonces Clínica Mexicana construyendo el edificio actual en el espacio que ocupaban los jardines para ser inaugurado el 8 de marzo de 1962. (Centro Médico de Torreón cumple 70 años de servicio a Comarca Lagunera, 2021). Su ubicación, frente a la Alameda, uno de los pocos sitios verdes y de recreo de los laguneros, fue con seguridad uno de los puntos que permitió su afianzamiento en la región. A un lado se levantó el Hospital del ISSSTE en 1963 (La inauguración de la Clínica del ISSSTE, 1963). Unas cuabras más adelante, en Allende y Fco. I. Madero funciona desde 1907 el Sanatorio Español (El Siglo de Torreón, 2007). Con estas acciones se gestó el inicio de una zona (el segundo distrito de Cobián) que hoy se ubica como área de consultorios, hospitales y proveedores médicos. Actualmente, además de los mencionados se localiza en el mismo distrito el Hospital Municipal Torreón, el Hospital Andalucía, el Hospital Universitario, etc.

Don Arturo Gallegos Abrego, no duró ni 15 días y se salió (de la Clínica Centro Médico de Torreón). También mi papá fue fundador y duró poco, igual Dr. Graciano, De Lara y otros ... se consolidó (la clínica) al pasar enfrente de la Alameda, y luego en 1965 más o menos al construirse el edificio del ISSSTE.

F. De Alba (comunicación personal vía WhatsApp 18 de junio 2023)

En ese sitio, una vez establecido en las calles Allende y Leandro Valle, consultó durante muchos años el Dr. Germán Madero que fue de los primeros oftalmólogos

establecidos en la región, fundador de los primeros grupos de oftalmólogos y del Centro Médico de Torreón. Estableció su consultorio en ese sitio, con el teléfono de contacto para citas 35-32 (El Siglo de Torreón, 1953), aunque previamente consultaba en la Calzada Colón 204 Sur, con el teléfono 8-80 (El Siglo de Torreón, 1951). Fundó las bases para que su hijo, Dr. Roberto Madero, continuara por el camino de la Oftalmología, apareciendo en anuncios del periódico local. Compartían el mismo consultorio, uno en la mañana, el otro por la tarde. (Cirujanos Oculistas, 1983).

La breve permanencia de Don Arturo Gallegos Abrego, en la Clínica Centro Médico de Torreón, así como la participación efímera de otros fundadores, sugiere luchas internas o disputas que pudieron haber ocurrido en las primeras etapas de la institución médica. Esto podría estar relacionado con la distribución de poder y prestigio dentro del campo médico local. La referencia a la consolidación de la institución al pasar frente a la Alameda y al construirse el edificio del ISSSTE señala cómo la ubicación y la infraestructura física también pueden ser símbolos de prestigio y estatus. La lucha por el reconocimiento puede haber estado vinculada a la competencia por ocupar lugares destacados en la ciudad.

El relato del Dr. Germán Madero, uno de los primeros oftalmólogos en la región, destaca la importancia de la trayectoria y la fundación de grupos oftalmológicos en la construcción del capital simbólico. El hecho de ser fundador de grupos y del Centro Médico de Torreón indica un reconocimiento y prestigio en la comunidad médica local. Su historia y su contribución a la Oftalmología local revela cómo las luchas simbólicas lograron la consolidación de la medicina en general y de la especialidad en particular, pero también pueden estar relacionadas con la continuidad generacional y la transmisión del capital simbólico dentro de una familia. La fundación de bases para que su hijo continuara en la Oftalmología muestra la importancia de la herencia de prestigio en el campo.

Los anuncios en el periódico local y la información sobre horarios de consulta y números de teléfono resaltan la importancia de la visibilidad y la publicidad en la

construcción del capital simbólico. La disponibilidad y accesibilidad del médico se convierten en factores clave en la lucha por atraer pacientes y consolidar la reputación profesional.

Dentro del campo oftalmológico también hay una carrera constante por establecer centros de atención especializada en Oftalmología, con novedades tecnológicas y oferta de servicios para diferenciarse de sus competidores. Así tenemos a los grupos Arturo Gallegos Clínica y Grupo Oftalmológico De Alba, ya abordados ampliamente en otra sección previa de este texto, además de los centros que se relacionan en la Tabla 2.

Además, se destacan instituciones como Oftalmología Diabética y el Centro de Cirugía y Láser De la O, cuyas fechas de fundación no se encuentran especificadas en los archivos públicos consultados. Todos estos establecimientos, aunque muchos de ellos carecen de una historia documentada, han emergido como partes integrales de la red de servicios oftalmológicos en los últimos años.

Aparte de su búsqueda por destacarse en el campo oftalmológico, los especialistas en esta área médica se esfuerzan por crear capital objetivado que puedan legar a las futuras generaciones. Esta estrategia no solo tiene como objetivo la consolidación de su propio prestigio, sino también la apertura de oportunidades para sus hijos y nietos en el ámbito profesional. Así, la acumulación de capital objetivado se convierte en un medio estratégico para asegurar la continuidad y el éxito de la familia en este campo.

En diversas circunstancias, los oftalmólogos se ven inmersos en luchas para preservar su posición, como queda evidenciado en el siguiente relato:

Obtuve mi base en el IMSS,

Intenté hacer mi subespecialidad en retina, pasé, pero por cuestiones de corrupción metieron a el hijo de un Senador a estudiar en donde yo quería.

Entonces me dijeron “so sorry, no vas a entrar porque va a entrar el hijo de...”

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

Tabla 2. Centros especializados.

Nombre	Inaugurado en
Clínica del Rosario (El Siglo de Torreón, 1989)	1989
Clínica San Lucano (El Siglo de Torreón, 1993)	1993
Instituto de la Visión (El Siglo de Torreón, 2003) (Instituto de la visión, s.f.)	2003
Clínica de Cirugía de Corta Distancia en el Centro Médico de Torreón (El Siglo de Torreón, 2005)	2005
Fundación Oftalmológica de Torreón (El Siglo de Torreón, 2010)	2010
Unidad De Oftalmología Al Interior De La Clínica Hospital Del Magisterio (Salud diario, 2017)	2017
Lagumedical (Charmlife, 2021) (El Siglo de Torreón, 2021)	2021
Centro Oftalmológico que ofrecerá servicio a bajo costo en el HU (El Sol de La Laguna, 2022)	2022

Fuente. Elaboración propia con base a diversos anuncios publicitarios El Siglo de Torreón. Algunos centros especializados en brindar atención oftalmológica que se fueron estableciendo en la región desde finales de los años 80s.

En el complejo entramado de la práctica oftalmológica, los profesionales del campo se enfrentan a desafíos que van más allá de la destreza clínica. Un ejemplo ilustrativo de estas batallas se presenta a menudo cuando los oftalmólogos luchan por asegurar su espacio en el ámbito profesional y pueden verse excluidos de oportunidades profesionales debido a factores que van más allá del mérito académico.

El relato realizado (C. Franco, comunicación personal 19 de noviembre 2022, pag. 186) también destaca el impacto pernicioso de la corrupción y el nepotismo en el ámbito de la medicina. La inserción de individuos en determinadas esferas educativas o laborales debido a conexiones políticas o familiares no solo menoscaba la equidad en el acceso a oportunidades, sino que también subraya la existencia de luchas simbólicas en la construcción y mantenimiento de la reputación y posición profesional. Por otro lado, la referencia a la base en el IMSS sugiere una cierta posición en términos de capital cultural y educativo.

Las luchas internas en el CCO han sido una constante en la búsqueda por consolidar jerarquías, tal como se evidencia en el siguiente relato:

Mucho tiempo supe que estaban muy peleados y que era un problema ir a las sesiones y era un pelito de diario

Que, si quien no me reconoce,

lo reconozco y no lo reconozco,

Quien cobra más barato, quien cobra más caro.

Supongo que era un pelear antiguo.

Y muchos se quedaron con esa idea de que eran muchos pleitos.

Yo desde que llegué, jamás he vivido grandes broncas

He estado por más de 6 años en algún puesto en el colegio de oftalmólogos.

Si he tenido como todos, problemas de discusión, a lo mejor leves.

La verdad es que a mí me ha tocado un colegio muy ameno.

Muchos si decían que estaba muy feo, peleaban mucho,

Yo creo que el Colegio, ya ha ido cambiando, y ese tipo de pensamiento ha ido cambiando y los que estamos ahorita, a todos les he preguntado algo que me ayuden en algo y todos me han ayudado.

Y a todos lo que me han pedido mi ayuda, yo los he ayudado.

Yo creo que el colegio es más fuerte.

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

La cultura de competencia y vigilancia se integra de manera intrínseca en la experiencia diaria, contribuyendo a la construcción de una dinámica social que influye en la interacción y desarrollo personal de cada individuo. Al respecto, observamos la siguiente declaración:

- Había mucho celo, que no te lo dice nadie, pero yo lo note.

R. Ruíz (comunicación personal febrero 2023)

Por otro lado, también existen declaraciones de miembros que, en algún momento, han experimentado la sensación de ser atacados, como lo expresan en el siguiente párrafo en relación con la promoción de precios por un hospital privado en la región:

Hace tiempo la sociedad me recriminó y reprobó porque yo publiqué precios.

En TEORIA no es correcto, pero tampoco hay reglas claras. Se llegó a la conclusión de que personalmente no era correcto, pero una INSTITUCION si podía poner precios. En este caso, el anuncio lo hace el hospital, como hay hospitales que anuncian paquetes de partos o cesáreas.

R. Quezada (comunicación vía WhatsApp 2 de julio de 2023).

Desde la perspectiva de las luchas simbólicas de Bourdieu, el fragmento proporcionado refleja una dinámica en la que se enfrentan las normas sociales, las instituciones y las percepciones individuales. La mención de que "en TEORÍA no es correcto, pero tampoco hay reglas claras" destaca la ambigüedad en torno a las normas relacionadas con la publicación de precios. La falta de reglas claras puede dar lugar a luchas simbólicas sobre la legitimidad de ciertas prácticas, como la divulgación de tarifas en el ámbito de la salud.

La conclusión de que personalmente no era correcto, pero una institución sí podía poner precios, ilustra la lucha simbólica entre las acciones individuales y las prerrogativas institucionales. Este conflicto refleja la desigual distribución de poder simbólico entre el individuo y la institución.

La experiencia personal del agente desafiando las normas sociales existentes, sugiere una resistencia o un cuestionamiento de las convenciones establecidas. Esta resistencia puede ser una forma de lucha simbólica contra las estructuras establecidas y la distribución tradicional del poder simbólico.

Dentro del CCO, las sesiones académicas anuales son eventos clave que buscan no solo enriquecer el conocimiento oftalmológico de los miembros, sino también establecer relaciones beneficiosas con laboratorios farmacológicos. Este vínculo se basa en un acuerdo mutuo: el laboratorio patrocina la sesión, costeando la presencia de un experto oftalmólogo y la cena, a cambio de la oportunidad de promover sus productos y medicamentos específicos ante la audiencia.

Esta asociación aparenta ser una relación ganar-ganar, donde tanto el CCO como los laboratorios encuentran beneficios mutuos. Sin embargo, existen situaciones que han revelado la complejidad de estas dinámicas. En una ocasión, según las minutas de reunión, surgió un conflicto cuando un laboratorio invitó a un oftalmólogo no afiliado al colegio, generando un descontento entre los miembros. La respuesta del CCO fue contundente: se advirtió por escrito a los laboratorios que las sesiones académicas son exclusivas para socios y se les pidió abstenerse de invitar a oftalmólogos no acreditados por el colegio. Este episodio revela el poder del colegio para controlar la dinámica de las colaboraciones, a pesar de la aparente dependencia financiera de los laboratorios (Oftalmología C. C., 2009-2020).

En otra ocasión, un laboratorio incumplió con su compromiso de patrocinar una cena previamente acordada. La respuesta del CCO fue rechazar futuras ofertas de patrocinio por parte de ese laboratorio, una decisión respaldada por la mayoría. La reinstalación del laboratorio como fuente de apoyo sólo se logró después de emitir una carta abierta de disculpas (Oftalmología C. C., 2009-2020).

Estos eventos subrayan que, aunque haya una interdependencia evidente, el colegio ostenta un poder significativo en estas relaciones. El hecho de que el CCO haya podido establecer condiciones y sanciones demuestra cómo las luchas simbólicas y la negociación de capital simbólico están presentes, incluso en asociaciones que podrían considerarse predominantemente financieras. En este entorno, la reputación y la membresía al colegio son elementos fundamentales que influyen en las dinámicas de poder y en la continuidad de estas colaboraciones.

Anteriormente la industria farmacéutica daba aportaciones económicas a las actividades académicas del colegio, o apoyaba con becas la participación de médicos a congresos, pagaba gastos de invitados nacionales para dar conferencias en las reuniones. Ahora eso ha cambiado y más todavía en los tiempos posteriores a la pandemia. El apoyo económico es escaso y con muchos requisitos. Antes eso subsanaba la falta de fondos en el colegio y daba más holgura en gastos. Ya no. Prácticamente ahora si el colegio sobrevive de los socios y los dividendos de congresos nacionales que nos aporta la Sociedad Mexicana de Oftalmología. La lucha por el capital cambio. El dinero debe de fluir de los socios, por lo que se busca actualmente aumentar el número de ellos, atraer a los de la región carbonífera, y otras regiones de estado de Coahuila para que asistan en formato virtual y tengan acceso a los contenidos de la página web, etc.

El cambio en las prácticas de la industria farmacéutica, caracterizado por apoyos económicos más escasos y con requisitos más estrictos, ha alterado la dinámica de poder. El colegio se ha visto obligado a adaptarse y encontrar nuevas fuentes de financiamiento. La pandemia ha modificado las prioridades y las capacidades de financiamiento y actualmente la dependencia directa de los socios implica una reconfiguración de las relaciones de poder, ya que la continuidad del colegio ahora está más vinculada a la participación y apoyo de sus miembros lo que evidencia la dinámica cambiante de poder y las luchas simbólicas en el CCO.

¿Y por qué se modificaron estas prácticas de la industria farmacéutica? ¿Se venden menos medicamentos? ¿Hay restricciones a nivel del Estado? Algunas posibles

respuestas a estas preguntas son: nuevos modelos de negocio, la proliferación de medicamentos genéricos, la regulación y control de precios, las normas vigentes y el distanciamiento social que genera fortalecimiento de las relaciones virtuales.

Este escenario también señala la convergencia de capacidades entre laboratorios, aseguradoras y farmacias, y la creciente participación de gigantes tecnológicos en el ámbito de la salud. Esta fusión de sectores está difuminando las líneas tradicionales entre la atención médica y la tecnología, lo que sugiere una evolución más amplia en la forma en que se aborda y gestiona la salud en la sociedad actual y que afecta relaciones industria-distribuidor (en este caso oftalmólogos).

Otro grupo con el que se han suscitado enfrentamientos son los optometristas. Sin embargo, las posiciones entre los miembros respecto a esta relación son ambivalentes, como se refleja en las siguientes declaraciones:

Hubo un problema muy grande con los optometristas... ese problema lo tiene muy grande Estados Unidos, porque yo tenía una paciente con glaucoma y la tenía estable, se había equilibrado completamente y fue a una graduación de unos lentes que la llevaron con un cuate que está aquí en la Juárez, cerca de donde era el edificio de Gonher que empezó a poner lentes de contacto para los queratoconos y entonces me acuerdo que llegó la paciente, después de un tiempo, me llegó ciega y le digo, bueno, ¿por qué?. No, es que el doctor me dijo que me quitara la medicina, que no era necesaria, que estaba estable, me sentía bien y tenía buena visión. Y dije, ¿cómo? Y le hablé y le reclamé y dijo: “No, no. Yo también puedo dar medicamento, yo puedo quitar”. “No, le dije, no eres médico, acabas de hacer una desgracia.

R. Ruíz (comunicación personal febrero 2023)

Algunos miembros sostienen posturas confrontativas, argumentando que la práctica oftalmológica y la optometría ocupan esferas claramente delimitadas y que cualquier trasgresión a estas fronteras es motivo de conflicto. Por otro lado, existe un sector del colectivo que abraza una perspectiva más colaborativa, reconociendo áreas de

superposición y la posibilidad de sinergias beneficiosas entre ambas disciplinas, como lo vemos a continuación:

No nos están ganando terreno y yo quisiera que los optometristas hicieran más.

Así de simple.

Se me hace una barbaridad que a los optometristas no se les enseñe a explorar pacientes porque si ellos exploraran pacientes nosotros tendríamos más trabajo.

Pero como ellos no revisan pacientes tenemos menos trabajo

¿Por qué?

Porque toda la gente va con un optometrista, o sea las estadísticas dicen que todos han ido con un optometrista al menos una vez en la vida...

...y no hay suficientes oftalmólogos para atender a toda la población que tenemos, punto

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

Estas declaraciones ambivalentes reflejan una lucha simbólica interna, donde la comunidad oftalmológica debate y negocia la naturaleza de su relación con los optometristas. Este debate puede estar influenciado por factores diversos, como las perspectivas académicas, las experiencias personales y la evolución de las prácticas profesionales a lo largo del tiempo. Y aquí tenemos otra historia:

- Y una vez me hablo un optometrista:” oye, somos iguales, que vayan a las mismas juntas los optometristas y vayan ustedes, como si fuera cualquier cosa”. –“No, ustedes no son médicos, hay manifestaciones sistémicas de las enfermedades en los ojos, ¿o ustedes entienden?” – “¡Podemos!” Me contesto el tipo, así como que le valía.

R. Ruíz (comunicación personal febrero 2023).

Este proceso ilustra la manera en que las luchas simbólicas se manifiestan, incluso, dentro de la comunidad, en la construcción de identidades y límites profesionales.

Cada vez hay más ópticas, las universidades ya cuentan con la formación de licenciados en optometría y tienen docentes que son oftalmólogos. Esto va haciendo que

para un paciente sea más fácil acceder a una óptica que acudir con un oftalmólogo, por lo que este último se está dando cuenta que debe enseñar muy bien al optometrista para que les refiera oportunamente a los pacientes que lo requieran. Además, se ha presentado un fenómeno muy curioso, que no siempre favorecedor: hay grupos ópticos que “contratan” o hacen alianzas profesionales para que un oftalmólogo reciba pacientes de la óptica y viceversa con un enfoque de exclusividad.

Por otro lado, es más fácil para el optometrista desplazarse a lugares lejanos, rurales, por el equipo que requieren para hacer su trabajo, a que se desplace un oftalmólogo, ya que el equipo que utiliza es mucho más especializado, así que, en muchos casos, los optometristas se han convertido en “captadores” de pacientes para los oftalmólogos que acuden una vez al año, o a veces con menor temporalidad, a practicar cirugías de esos pacientes en zonas rurales.

Desde la perspectiva de las luchas simbólicas de Bourdieu, se percibe una dinámica interesante donde los oftalmólogos y optometristas se enfrentan a cambios en la distribución del poder simbólico en el campo de la atención oftalmológica. La accesibilidad a las ópticas puede hacer que sea más atractivo para los pacientes buscar atención en estos lugares en lugar de acudir directamente a un oftalmólogo y destaca una desigualdad en la capacidad de acceso a la atención especializada en áreas rurales. Por otro lado, la enseñanza cuidadosa de los oftalmólogos a los optometristas muestra una estrategia para mantener su relevancia y asegurar que los pacientes sean referidos apropiadamente.

6.4. Leyes estatales y su impacto en los oftalmólogos.

Las instituciones de salud, representadas por la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE y la Facultad de Medicina de la UNAM, han ejercido poder para regular y normalizar la formación de especialistas en Oftalmología.

Para ingresar a realizar la especialidad de Oftalmología, hasta antes de 1977, cada institución aplicaba sus propios criterios de selección, lo cual hacía más difícil unificar la formación de los estudiantes de medicina, y es precisamente en este año en que la entonces llamada Secretaría de Salubridad y Asistencia, el IMSS, el ISSSTE y la Facultad de Medicina de la UNAM, se reunieron para firmar un acuerdo para la organización y aplicación compartida de la selección de los postulantes a todos los posgrados en medicina, o especialidades, incluyendo a la Oftalmología (Echeverría-Zuno S, 2018).

Por Acuerdo Presidencial se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), publicado el 19 de octubre de 1983 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), con el propósito de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud, en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el Sistema Nacional de Salud. Se crea como un organismo colegiado interinstitucional, de consulta, asesoría y apoyo técnico (Art. 1ro. y 3ro. del Acuerdo Presidencial y art. 1 Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud). Sus objetivos son elevar la calidad de la educación en salud y de vincular la educación, la investigación científica y el desarrollo experimental con los requerimientos del país (México, Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud, 2017).

En la actualidad, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), por medio de su Comité de Posgrado, desempeña un papel crucial como entidad coordinadora del Examen Nacional para Aspirantes a las Residencias Médicas (ENARM). Anualmente, las instituciones de salud remiten a la CIFRHS la cantidad de plazas de residencia disponibles para cada especialidad. Esta comisión asume la responsabilidad de llevar a cabo la planificación integral del ENARM, un proceso esencial en la formación y selección de profesionales médicos en México (Heinze-Martin G, 2018).

Por otro lado, el Estado mexicano ejerce regulación sobre la profesión médica, a través de diferentes dependencias gubernamentales, mediante la aplicación de la Legislación Federal (Moreno Alatorre, 2007), por ejemplo:

- Ley General de Salud y sus reglamentos
- El Código Penal
- La Ley Federal del Trabajo y sus Reglamentos
- La Ley General de Responsabilidades de los Servicios Públicos
- La Ley Federal de Metrología y normalización
- La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
- Normas Oficiales Mexicanas

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) representan regulaciones técnicas de cumplimiento obligatorio establecidas por el gobierno de México. Su propósito principal es regular y garantizar la calidad, seguridad y especificaciones de productos, servicios y procesos en diversos sectores.

Estas normativas son promulgadas por varias dependencias gubernamentales, entre las que se incluyen la Secretaría de Economía, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, entre otras instituciones.

La creación de las Normas Oficiales Mexicanas está respaldada por el artículo 40 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, proporcionando un marco legal que orienta su desarrollo y aplicación en beneficio de la sociedad y la industria mexicana.

Una de las finalidades fundamentales de las normas oficiales mexicanas es contribuir al funcionamiento armonizado de los establecimientos, promoviendo criterios homogéneos de operación. Este objetivo implica la necesidad imperativa de sistematizar

procesos y procedimientos. Como consecuencia, cada institución o establecimiento se ve en la obligación de desarrollar sus propios manuales, los cuales están diseñados para cumplir con las disposiciones específicas de la norma correspondiente (Norma Oficial Mexicana , 2002).

Algunas de las NOM que regulan el desarrollo de la profesión oftalmológica de una u otra manera son:

- La introducción del láser en la medicina ha generado innovaciones significativas en varios campos, siendo uno de ellos la cirugía oftalmológica (Norma Oficial Mexicana , 2002).
- La NOM 016-SSA3-2012 establece los requisitos mínimos necesarios para equipar los consultorios oftalmológicos (Norma oficial mexicana , 2013).
- La NOM 015-SSA3-2012 detalla los procesos que deben implementarse para abordar integralmente a personas con diversas discapacidades, incluyendo la discapacidad visual (Norma oficial mexicana , 2013).

Durante la realización de la residencia médica, los estudiantes están sujetos a normativas específicas, entre las cuales destaca la NOM-EM-001-SSA3-2022 Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica (Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica., 2022). La NOM establece limitaciones en cuanto al tiempo de servicio, indicando que el promedio anual de horas a la semana para guardias médicas no debe exceder las 80 horas. Asimismo, se especifica que las guardias de los sábados, domingos y días festivos tienen una duración máxima de 24 horas. La importancia de esta normativa radica en su papel legal, ya que contiene derechos y obligaciones para todos los profesionales de la salud involucrados en las residencias médicas.

Tras completar la especialización médica, el médico inicia el proceso de certificación en su área de especialidad que es un rasgo de profunda jerarquización, distinción y expulsión de médicos en el camino a la cúspide de la medicina.

La razón histórica de la existencia y el reconocimiento social a los Colegios Médicos en el mundo está asentada en la necesidad social de regular la profesión médica, lo anterior en un arco en donde el Estado reconoce su incapacidad para discernir por sí mismo acerca de si el proceder de un médico es ético o no (Moreno Alatorre, 2007).

En el Diario Oficial de la Federación se encuentra un acuerdo por el cual se emiten los lineamientos sobre la constitución y función de los Consejos de Especialidades a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud que señala que para la realización de cualquier procedimiento médico quirúrgico, los profesionales requieren cédula de especialista legalmente expedida por las autoridades educativas competentes y certificado vigente que acredite la capacidad y la experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia, de acuerdo con la *Lex Artis Ad Hoc* de cada especialidad (Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, 2015).

Lex Artis Ad Hoc se refiere al conjunto de reglas y conocimientos generados para el ejercicio de una especialidad médica, consulta acerca de técnicas y procedimientos que han sido universalmente aceptados, que se basan en los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica (Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, 2015).

Los Consejos de Especialidades Médicas tienen la facultad de emitir certificados en sus respectivas especialidades médicas. Esta autorización está condicionada al reconocimiento por parte del Consejo Nacional de Certificación Médica (CONACEM) de que son capaces de colaborar en la supervisión del entrenamiento, habilidades y destrezas necesarias para obtener la certificación en una o varias especialidades médicas reconocidas por el CONACEM (Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, 2015).

Para aquellos no familiarizados con el ámbito médico, puede resultar confuso diferenciar las funciones específicas de entidades como un consejo, una sociedad o academia médica, y un colegio. Cada organismo desempeña un papel único, con funciones que se complementan e interrelacionan, de acuerdo con las atribuciones, responsabilidades y derechos otorgados por las leyes respectivas. Esto se traduce en una colaboración estructurada y orientada hacia la promoción de la buena práctica médica, como se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3. Diferencias entre consejos, sociedades y colegios médicos.

Consejos Médicos	Asociaciones civiles Regula la profesión médica mediante la certificación y recertificación No son organismos para la defensa de intereses de orden laboral o personal de los especialistas No impone sanciones
Sociedades o academias	Actividades de formación, educación continua y desarrollo o registro y autorización de su práctica.
Colegios Médicos	Vigilancia del ejercicio profesional Defiende el interés social y de sus agremiados. Pueden denunciar irregularidades del ejercicio de la profesión médica ante la autoridad.

Fuente: Tomado de (Moreno Alatorre, 2007).

Los objetivos de los Colegios Médicos se pueden resumir en los siguientes (Moreno Alatorre, 2007):

- Garantizan a los ciudadanos que el ejercicio de la medicina se realice dentro de los requisitos mínimos de calidad y de ética.
- Los Colegios son garantes de la profesión médica y vigilan el proceder de los profesionistas médico, velando por su nivel de competencia, prestigio y dignidad.
- Los Colegios son los únicos y legítimos representantes del gremio médico.

Y en este último punto se resume la cuestión de que estas asociaciones tienen la función de poner los límites al campo. Establecen normas éticas, estándares de práctica y criterios de admisión que definen quién es considerado un miembro legítimo del gremio médico. La entrada al campo está sujeta a ciertos requisitos y procesos regulados que incluyen educación universitaria con altos promedios. Aquellos que no cumplen, son excluidos, lo que refuerza la reproducción social. También se hace evidente la violencia simbólica en el campo al tener los colegios médicos el monopolio de poder expulsar a miembros que violan las normas éticas o profesionales, ejerciendo así su autoridad para mantener la legitimidad.

El respaldo del Consejo Mexicano de Oftalmología a los cursos organizados por el Colegio Coahuilense de Oftalmología se materializa mediante la validación de la participación de cada miembro. Este respaldo incluye la emisión de cartas de aval al ingreso de nuevos miembros, la evaluación de su permanencia y otros aspectos relevantes como la seguridad de que el profesional tiene los conocimientos y habilidades para ejercer su profesión. Para permanecer dentro del campo, el colegio implementa exámenes de cada actividad académica que realiza, respaldados por la asistencia registrada en cada curso.

La anterior revela la presencia de numerosos obstáculos en el campo, y es difícil encontrar una comparación con otros. Aunque se requiere la cédula profesional para ejercer como abogado o arquitecto, no parece haber repercusiones significativas si no se es miembro de un colegio correspondiente. La diferencia entre estas profesiones y la medicina parece residir en la rigidez de los mecanismos de control y regulación establecidos por los colegios médicos, que no solo definen los requisitos de entrada, sino que también ejercen un control más estricto sobre la permanencia en el campo.

Por otro lado, la Sociedad Mexicana de Oftalmología, solicita información periódica acerca que los miembros estén al corriente con las cuotas anuales, que hayan liquidado deudas pendientes y hayan participado en al menos una actividad anual. Esto otorga identidad frente a los que no pueden estar o no quieren estar.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de junio de 1996, para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos. Es, por lo tanto, una institución que tiene por objeto contribuir a resolver en forma amigable y de buena fe los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de estos; que promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la *lex artis* médica y la ética en la relación médico-paciente. La CONAMED, es una instancia especializada que cuenta con autonomía técnica y tiene atribuciones para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, los cuales permiten solucionar los conflictos actuando con imparcialidad, confidencialidad y respeto, mediante procedimientos alternativos para la resolución de los conflictos tales como: orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje.

El médico, entonces, no solo se encuentra sujeto a las regulaciones profesionales establecidas, sino que, en casos de insatisfacción por parte de un paciente respecto al

servicio recibido, este tiene la opción no solo de iniciar una demanda judicial, sino también de presentar una queja ante la CONAMED (Moreno Alatorre, 2007). La posibilidad de presentar quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico refleja la existencia de mecanismos institucionales para abordar conflictos y, al mismo tiempo, reproduce el poder institucional al brindar un medio formal para la resolución de disputas. La opción de presentar quejas puede entenderse como una forma de resistencia a posibles abusos de poder, pero también como una manifestación de la violencia simbólica inherente a la relación médico-paciente.

Bourdieu argumentaría que el campo médico constituye un espacio de lucha por el poder simbólico, donde la regulación profesional establece las reglas del juego y define las jerarquías dentro de la profesión. La regulación profesional, representada por normativas y leyes, se convierte en una forma de capital simbólico que otorga legitimidad y define las prácticas aceptadas en el ejercicio médico.

La existencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se percibe como un dispositivo de poder que gestiona conflictos, pero también puede ser analizado como un mecanismo que ejerce control y normalización sobre la práctica médica. La posibilidad de presentar quejas también puede entenderse desde la perspectiva de las relaciones de poder, donde los pacientes pueden resistir o conformarse a través de estos procedimientos, evidenciando la dinámica de poder en la interacción médico-paciente. Aunque también pueden tener una actitud activa, como lo propone Bourdieu quien destaca la importancia de analizar el poder no solo como una relación vertical sino también como un conjunto de dinámicas complejas que involucran regulaciones, resistencias y la configuración de normas y prácticas.

El Colegio Coahuilense de Oftalmología ha optado por no adoptar una postura pública frente a problemas de salud o asuntos de relevancia nacional, tales como la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 o la escasez de insumos en las instituciones de salud. Esta decisión, aparentemente estratégica, podría atribuirse a una variedad de factores que delimitan las particularidades de la especialización en Oftalmología y las

prioridades específicas del grupo. Dada la naturaleza especializada del campo, el Colegio podría haber decidido no intervenir en debates o problemáticas que se desvíen de su área de *expertise*. Esta decisión refleja un enfoque en la misión principal del colegio.

Nos hace más falta más “push”, darnos a conocer, alardear más y tener más presencia en cuestiones políticas porque estamos muy dormidos...

...los oftalmólogos somos muy pasivos en ese aspecto y supongo que es por la carga de trabajo. No se quieren meter en problemas supongo

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

La decisión del CCO de no adoptar una postura pública frente a problemas de salud o asuntos nacionales puede entenderse en términos de estrategias de poder y formas de ejercer control en el ámbito de la salud. En este caso, la decisión del colegio de oftalmólogos de no intervenir es una forma en la cual el colegio define sus límites y áreas de actuación, excluyendo la participación en problemas de relevancia nacional, o quizá para tener otras ganancias políticas por parte del Estado, o poder conservar la protección de éste, preservando su autonomía.

En conclusión, las leyes del Estado que favorecen a los oftalmólogos pueden ser entendidas como mecanismos que afectan la distribución de poder en la sociedad. Desde la perspectiva de Bourdieu, estas leyes pueden conferir capital simbólico y económico a la profesión oftalmológica, consolidando su posición en el campo de la salud.

A continuación, se presenta un análisis detallado del habitus de los oftalmólogos en Torreón, y cómo sus disposiciones internas y formas de pensar influyen en sus prácticas y en la estructura del campo, así como un análisis final del tema de la tesis.

Capítulo VII: Análisis Final: Habitus y conclusiones.

7.1. Análisis del Habitus en la Oftalmología de Torreón.

La noción de habitus según Pierre Bourdieu se refiere a patrones de comportamiento, percepciones y disposiciones internalizadas que resultan de la experiencia y la posición social de un individuo en un determinado campo.

La relación entre el habitus y el campo es una relación de supeditación: el campo estructura el habitus, que es el fruto de las estructuras objetivas, de las condiciones objetivas. Además, el habitus contribuye a formar el campo como mundo vivo, concediendo sentido y significado a las estructuras. La realidad social existe dos veces, en las cosas y en los cuerpos, en los campos y en los habitus, en el exterior y en el interior de los agentes. En el campo médico, concede un sentido de distancia neutralizante y puede ser entendido como una estrategia de los agentes para mantener su posición en el campo (Ammiraglia, 2020-2021).

El habitus de los oftalmólogos en Torreón se verá influenciado por su formación, pero no son sólo conocimientos médicos y prácticas, sino esas formas de ser de los médicos, incorporadas (es decir corpóreas), que se manifiestan en esa confianza en que se posicionan en el campo como lo vemos en el siguiente relato que sugiere una transformación en la trayectoria del narrador que implica la internalización de estructuras sociales y la influencia de la experiencia en las acciones y decisiones del agente:

...entonces pues fui viendo que con las habilidades que tenía si la podía ´rifar´

También me cerraron varias puertas aquí en la Comarca y fui poniendo mi consultorio.

Fui creciendo y luego obtuve mi base en el ISSSTE.

C. Franco (comunicación personal 19 de noviembre de 2022).

La expresión "rifar" indica la conciencia y confianza que tiene el agente en sus propias habilidades que se percibe como una internalización del habitus. Por otro lado, el crecimiento y la obtención de su base el ISSSTE indican un ascenso en las jerarquías del campo relacionado a la acumulación de distintos tipos de capitales (social, económico, cultural) que van conformando el habitus del agente.

La capacidad de adaptarse a pesar de los obstáculos encontrados, como en el relato, sugiere una flexibilidad en la respuesta a las circunstancias, lo cual es una estrategia de lucha del agente por su posición dentro del campo. Cuando estas estrategias suponen un trato docto entre los profesionales, léase en el saludo cordial amigable por el título máximo obtenido, la consagración del reconocimiento del capital cultural institucionalizado, que se hace cuerpo a la manera de disposiciones duraderas, profundas y curriculares, podemos advertir que estamos ante estrategias ortodoxas. Esta clase de estrategias, se ejecutan en búsqueda de mantener el status quo y el monopolio del capital (Ammiraglia, 2020-2021).

Otra dimensión del habitus atiende a la socialización profesional (colegas oftalmólogos, otros profesionales de la salud, etc.). Estas disposiciones tienden a hacer pensar y actuar a los agentes de manera determinada. En efecto, el habitus profesional es modelado sobre la base de las experiencias familiares primeras, situaciones en la vida estudiantil y en la práctica profesional. He aquí un relato que se refiere a las primeras reuniones del grupo de oftalmólogos asentados en Torreón y en el que podemos observar cómo se va gestando la dinámica grupal:

Cuando éramos la sociedad (se refiere a la Sociedad Oftalmológica de Torreón A. C., SOLAC) éramos más pocos entonces en una mesa se juntaban, pero a platicar a decir chistes; aunque hubiera sido la sesión académica [había] mucha convivencia era un círculo muy bonito.

M. Porras (comunicación personal 20 de octubre del 2022)

Lo anterior nos revela cómo el habitus del grupo influyó en las interacciones y dinámicas sociales. La práctica de juntarse para platicar y compartir risas, incluso

durante una sesión académica, sugiere la internalización de un conjunto de valores que contribuyeron a la construcción de éste.

La decisión de las mesas directivas del CCO de llevar a cabo las reuniones en lugares para un estrato económico-social medio a alto como el hotel Crown Plaza, el hotel Marriott, el Club Campestre, el Club Montebello y otros, donde la cenas y bebidas tienen costos elevados, refleja otra dimensión del habitus: el de la distinción. He aquí la siguiente descripción de uno de esos entornos:

El lugar está ambientado en forma refinada, decorado con esmero y buen gusto, pulcro, no muy grande, pero es evidente que los dueños invierten mucho dinero en lograr que el ambiente sea elegante. Está repleto de gente, todas las mesas están ocupadas. Los meseros son muy activos, atentos y en cuanto llegamos inmediatamente nos ofrecen la carta y bebidas.

Uno de los primeros puntos a destacar es la puntualidad. El otro es la forma de vestir, como si fueran a un evento importante. De colores sobrios, con refinamiento, pero a la vez en forma sencilla, mujeres de falda formal, arriba de la rodilla, blazer y zapatillas y ellos de saco, corbata y pantalón de vestir. Toda la ropa aparenta estar recién planchada, confeccionada de telas finas de alta calidad, de costuras discretas, de diseñador, pero sin etiquetas, estilo atemporal, lo que en redes sociales se ha dado en llamar “lujo silencioso”.

Guía de observación 3 (6 de diciembre 2022).

O esta otra descripción:

Todos de ropa formal, los hombres de traje, o saco y corbata, las mujeres de zapatillas, el cabello peinado con plancha o secadora, algunas con adornos brillantes que asomaban discretamente entre el cabello, todas con vestidos de corte elegante, de tejidos finos, con estampados discretos o sin ellos, casual, atemporal. No es común ver a alguien de jeans y cuando es así, el resto de la vestimenta le da un toque de clase ya que los combinan con bolsas clásicas, de marcas caras, o alguna pashmina sobrepuesta o blusa de satín en el caso de ellas.

Guía de observación 5 (23 de enero 2023).

La manera de hablar, de comportarse, de vestir, son aprehendidas e incorporadas con eficacia. Así, el vestir una corbata, no es un detalle menor. Esta situación podría evidenciar un desnivel entre quién es profesional y quién es profano (Ammiraglia, 2020-2021).

En el caso de los oftalmólogos, es sumamente improbable que se vean manchados por salpicaduras de sangre durante su trabajo, lo que contribuye a que siempre luzcan impecables y bien arreglados. Desde las uñas cortas hasta la piel hidratada, sus manos, instrumento fundamental en su labor, reflejan sin lugar a duda, el habitus:

...imagen alineada, ropa elegante, de marca, de aspecto delicado, preocupado en extremo de su apariencia, quien dedica mucho tiempo y dinero a sus cuidados físicos, de manos finas bien cuidadas, con las uñas arregladas. Suelen ser perfeccionistas, generalmente extrovertidos, aunque selectivos con sus amigos y personas de las que se rodean, se comportan de manera antipática, sin deseo de agradar, o sostienen una actitud formal cuando no hace falta, o de soberbia frente a los demás. Su lenguaje es cuidado, educado y técnico.

(L. Ramírez, médico de urgencias marzo 2023, comunicación personal).

Otra dimensión fundamental del habitus es el lenguaje, que refleja no solo la competencia técnica, sino una estrategia de lucha para la construcción y preservación de las posiciones de juego en el campo. He aquí un ejemplo de lo anterior:

La plática giró sobre temas profesionales y con argot propio del grupo. De igual forma, los chistes fueron siempre de índole local, difícil de hacer reír a alguien que no es oftalmólogo...

Guía de observación 4 (18 de diciembre 2022).

El posicionamiento de los agentes en los campos sociales se expresa en los rasgos del lenguaje usado. A través del lenguaje se reconoce la autoridad. Al respecto, Bourdieu y Wacquant se refieren al habitus lingüístico y al mercado lingüístico como

partes indisolubles de la construcción y la expresión del habitus de los sujetos involucrados (Vásquez, 2011). El habitus lingüístico se refiere al:

Sistema de disposiciones socialmente constituidas, que implica una propensión de hablar de cierta manera; una competencia para hablar inseparablemente definida como una aptitud lingüística; es la capacidad social para emplear adecuadamente esta competencia en una situación dada... la capacidad lingüística no es una simple capacidad técnica, sino también una capacidad estatutaria.

(Wacquant, 1995)

El campo de la salud presenta también una compleja red de relaciones, muchas de ellas, jerárquicas. Las relaciones de autoridad y poder no sólo se marcan entre médicos y pacientes, sino entre otros profesionistas de la salud. Hay tensiones entre médicos de distinta trayectoria y especialidad que pueden afectar percepciones y comportamientos en el campo (Ammiraglia, 2020-2021), como lo vemos en el siguiente relato que cuenta que alguna vez un médico de otra especialidad, diferente a Oftalmología, dijo lo siguiente:

- Aquí está un mercenario- (señalando a un médico que es oftalmólogo).
- Así nos juzgan.

R. Ruíz (comunicación personal febrero 2023)

El relato refleja la percepción y el juicio que algunos médicos de otras especialidades tienen hacia los oftalmólogos, y se puede analizar a la luz del concepto de habitus de Pierre Bourdieu. La etiqueta de "mercenario" sugiere un estigma asociado a la Oftalmología probablemente porque su práctica está más orientada hacia procedimientos quirúrgicos. La narrativa destaca tensiones y prejuicios dentro del campo médico, evidenciando cómo las percepciones arraigadas en el habitus pueden afectar las relaciones y la reputación de ciertas especialidades.

Una distinción significativa radica en el aprendizaje del “saber-hacer”. Los educandos en profesiones de la salud aprenden haciendo. La asimilación en el habitus de formas de proceder, de pensar y actuar es contraída en el trabajo formativo diario, sea en las aulas universitarias o en los hospitales-escuela. Los agentes estudiantes, en las profesiones de la salud, egresan y saben-hacer (Ammiraglia, 2020-2021), y en el caso de la Oftalmología, debido a la gran necesidad de trabajar con equipo tecnológico, también saben-hacer gestión de negocios. La disponibilidad y acceso a recursos médicos y tecnología oftalmológica en Torreón impactarán en este rubro, como lo podemos percibir en la siguiente declaratoria:

Hay mentes brillantes de Oftalmología y de negocios. Me acuerdo cuando me encontraba en un congreso a gente como el Dr. Cornú, me decía: ‘vente vamos a hacer un negocio’. Yo creo que fueron los primeros que empezaron a traer aparatos con lo último (en tecnología), o sea, a ofrecer a la ciudadanía lo mejor. Lo hacían tanto para compartir conocimiento, como para fortalecer un negocio.

M. Porras (comunicación personal 20 de octubre del 2022)

El capital sobre conocimiento de gestión de negocios como una dimensión del habitus está influenciada no solo como una disposición internalizada, sino como una estrategia de lucha dentro del campo para mantener o ganar jerarquías.

Uno de ellos explicaba de qué forma se puede ingresar equipo especializado al país por la frontera y cuánto se paga de impuestos. Otra compartía la información de cómo comprar por Amazon algunas herramientas que son chinas, pero que funcionan casi tan bien como las alemanas y a mucho menor precio. Otro más platicó sobre cuestiones de derecho laboral para la contratación de enfermeras en su consultorio.

Guía de observación 4 (18 de diciembre 2022).

Los oftalmólogos buscan la ocupación de puestos institucionales que permitan moldear el cuerpo de doctos. Dice Bourdieu (2014:107): “El poder propiamente universitario está fundado principalmente en el dominio de los instrumentos de reproducción del cuerpo profesional, jurado de agregación, comité consultor de las

universidades (...).” (Ammiraglia, 2020-2021). Y por ello es importante recordar, como lo hemos visto a lo largo de este trabajo, que más allá de sus habilidades quirúrgicas, los oftalmólogos demuestran un interés significativo en el desarrollo académico, la lectura de textos especializados, la publicación de trabajos científicos, la participación en congresos y la formación de especialistas, tratando de obtener una posición que les de la autoridad para moldear lo que se enseña, así como que les brinde la oportunidad de intervenir en temas que les afectan en su práctica profesional.

Me voy a referir a eventos contenidos en las actas de reunión del CCO (Oftalmología C. C., 2009-2020). Se hace referencia a una reunión conjunta de todos los colegios médicos de diversas especialidades que ejercen en Torreón, que se llevó a cabo en el auditorio de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila. Se abordó la importante temática relacionada con la modificación del código penal y la potencial criminalización de los actos médicos. Se acordó que este asunto sería objeto de discusión continua en las próximas mesas directivas de los diferentes colegios médicos de la región.

En otra sesión del CCO (Oftalmología C. C., 2009-2020), el Dr. Franco tomó la palabra para expresar su preocupación respecto al manejo inadecuado de las muestras médicas, las cuales se exponen a altas temperaturas, resultando en su inutilización. En la misma reunión, el Dr. Cornú destacó la necesidad de obtener el plan académico de la licenciatura en Optometría para conocer si se les está enseñando la prescripción de medicamentos en este campo específico (lo cual no es compatible con su profesión al no ser médicos).

El Colegio Coahuilense de Oftalmología, parece ser una fuente importante de cohesión y unidad para los oftalmólogos, al proporcionar un sentido de pertenencia que puede fortalecer el sentido de identidad;

-Yo creo que aquí en Torreón, dentro de las ventajas que no seamos tantos oftalmólogos, es que tienes la posibilidad de conocer a la mayoría, inclusive hasta ser amigo o compañero de todos. Muchas veces mientras

más son, pues hay personas que quieren abarcar mucho, empiezan los celos profesionales y las personas van cambiando, entonces yo creo que aquí está padre que no haya tantos eso te da un sentido como de más pertenencia a un grupo.

D. Martínez (comunicación personal 4 de diciembre de 2022)

La pertenencia al colegio se convierte en un componente clave del habitus oftalmológico. Entender el habitus en el campo de la Oftalmología en Torreón implica analizar cómo estas diferentes dimensiones interactúan y moldean la práctica profesional, la identidad y las relaciones sociales de los oftalmólogos en ese contexto específico.

7.2. Conclusiones generales.

Desde el inicio de esta investigación, delineé preguntas clave que guiaron mi indagación. A lo largo de este trabajo, me propuse responder a estas interrogantes mediante la exploración de documentos, entrevistas, análisis de fotografías y otras herramientas. En este extenso texto, he abordado varios aspectos relacionados con la Oftalmología en Torreón, aplicando conceptos fundamentales de Bourdieu. A continuación, se presenta un análisis resumido y organizado siguiendo el orden de las preguntas planteadas en la metodología:

Los límites de la Oftalmología en Torreón para lograr su autonomía. Los límites de la Oftalmología se establecieron a través de la lucha por reconocimiento y la legitimidad dentro del campo médico. La autonomía se logró mediante la acumulación de capital simbólico y cultural que distinguió a la Oftalmología como una especialidad única. La formación sistematizada y continua de oftalmólogos en la región, así como la búsqueda de posicionamiento en la jerarquía social y la presencia de familias dedicadas a la Oftalmología, así como la conformación del CCO son aspectos destacados en la evolución y consolidación de esta especialidad médica en la región a lo largo del tiempo.

Bourdieu sostiene que la delimitación de un campo no es un acto único, sino que se desarrolla a lo largo del tiempo. En el caso de la Oftalmología en Torreón, pudimos examinar las interacciones históricas entre oftalmólogos, otras especialidades y las instituciones médicas para comprender cómo se definieron y consolidaron sus límites. En este punto, las instituciones médicas y las relaciones de poder han contribuido a la definición y limitación de la Oftalmología como un campo específico.

Luchas simbólicas. Bourdieu conceptualiza las luchas simbólicas como enfrentamientos por el reconocimiento, los recursos y la legitimidad. En el contexto de Torreón, los oftalmólogos han lidiado con otras especialidades médicas, optometristas y otros actores en el campo de la salud ocular en la región por el reconocimiento y la autoridad enfrentando resistencia de los otros agentes involucrados, e incluso también dentro del campo, con la llegada de oftalmólogos jóvenes, que han impulsado cambios significativos en el CCO, con una mayor diversificación de actividades e integración de tecnologías lo que genera competencias y estrategias dentro del campo que influyen en la dinámica del funcionamiento de la estructura jerárquica. Las luchas incluyen, entre otras, la posesión de recursos, pacientes, formación y desafíos específicos en la salud visual.

Capitales. Bourdieu identifica diversas formas de capital. En la investigación realizada, se explicaron como los capitales cultural, económico y social han influido en la formación y consolidación del campo de la Oftalmología en Torreón: la disponibilidad de recursos tecnológicos, la formación académica, la participación en cursos o congresos de la especialidad, la pertenencia al CCO, la herencia familiar, la formación de residentes y la reputación social han contribuido al desarrollo y fortalecimiento del campo de la Oftalmología en Torreón.

Normas y reglamentos. Bourdieu destaca la importancia de las reglas y normas en la configuración de un campo. En el texto se evidenciaron cómo las regulaciones

estatales en México, en términos de licencias médicas, estándares de práctica y reconocimiento oficial, han influido en la autonomía y posición de la Oftalmología en Torreón. Se mencionaron normas y reglamentos como herramientas de regulación y disciplina establecidos por el Estado para favorecer la práctica de la Oftalmología como profesión y confieren legitimidad y reconocimiento.

Tabla 4. Agentes en el campo de la Oftalmología en Torreón.

Agentes	Bourdieu
Médicos oftalmólogos	Los médicos compiten por capital y reconocimiento. Su formación, especialización y participación en asociaciones profesionales pueden influir en la configuración del campo oftalmológico.
Instituciones médicas	Las instituciones compiten por reconocimiento y estatus. Su respaldo y apoyo pueden impactar en la posición del campo oftalmológico en la jerarquía médica.
Gremios profesionales	Los gremios buscan capital y reconocimiento para sus miembros. Su influencia puede ser clave en la consolidación y legitimación del campo oftalmológico.
Entidades gubernamentales	Las entidades gubernamentales establecen normas y regulaciones que afectan la autonomía del campo. Su papel es esencial para la legitimidad y reconocimiento.

Fuente: Elaboración propia.

Agentes en el campo oftalmológico en Torreón. Se identificaron a lo largo de la investigación a los agentes involucrados en el campo, como médicos especialistas (en este caso oftalmólogos), instituciones médicas, gremios profesionales y entidades gubernamentales. La teoría de Bourdieu proporciona una lente analítica para entender cómo la participación de estos agentes impacta en la dinámica del campo oftalmológico en Torreón. Desde la competencia por reconocimiento y capital hasta la contribución en la definición y regulación del campo, estos agentes desempeñan roles esenciales que dan forma al desarrollo y posicionamiento de la Oftalmología en la región.

Identificación del habitus en oftalmólogos de Torreón. Para abordar la búsqueda de la identidad profesional en Oftalmología, se exploró el concepto de habitus de Bourdieu, indagando en las disposiciones internalizadas y prácticas compartidas por los oftalmólogos en Torreón. Desde la elección de la especialización hasta la forma en que abordan los desafíos, la cohesión grupal, las diferencias internas, la adaptabilidad a cambios, y la atención al detalle se revelan como manifestaciones del habitus en distintos escenarios. Además, la intersección entre Oftalmología y negocios, la convivencia en entornos médicos, y la importancia del lenguaje técnico y el cuidado como capital profesional, demuestran cómo estas disposiciones influyen en la percepción, las prácticas laborales y la construcción de prestigio en distintos campos, las disposiciones internalizadas configuran la dinámica y evolución de la Oftalmología en Torreón. En definitiva, el habitus se revela como una fuerza silenciosa que moldea la identidad y prácticas profesionales.

Legitimación de posiciones en el campo oftalmológico en Torreón. La legitimación de las posiciones de los oftalmólogos en Torreón se examinó a través de la acumulación de capital, la adhesión a normas profesionales y la participación en el CCO. El Colegio desempeña un papel crucial en la formalización del campo oftalmológico, abordando el control de recursos para legitimar posiciones y la jerarquización, para estructurar su funcionamiento y organización interna que mantiene la cohesión y la fuerza de la Oftalmología en la región.

Ejercicio de poder en el campo. El ejercicio de poder en la comunidad oftalmológica es multifacético, desde la selectividad en la formación hasta la participación en campañas. La formación y exclusividad en Oftalmología, influenciadas por el contexto social y decisiones personales, impactan la identidad, prácticas y dinámicas de poder. La selectividad en la llegada a la Oftalmología fortalece su posición. Menos profesionales ingresan, lo que puede ser percibido como un indicador de prestigio y poder en la comunidad. Por otro lado, la capacidad para atender en campañas se presenta como una manifestación de poder. La participación en eventos de atención médica comunitaria no solo es un acto altruista, sino que también confiere poder y reconocimiento en la profesión oftalmológica.

La forma en que se ejerce el poder en la Oftalmología revela dinámicas complejas que impactan tanto en la comunidad profesional como en la representación y diversidad en la profesión.

La investigación sobre la Oftalmología en Torreón desde la perspectiva de la teoría de los campos de Pierre Bourdieu tiene varias razones para ser considerada relevante e importante: primero, ofrece información valiosa sobre cómo se ha desarrollado y consolidado a lo largo del tiempo en una región específica, Torreón, bajo una lente analítica única para comprender las dinámicas sociales, la competencia y la formación de identidades en el campo médico. Esto enriquece la comprensión de la sociología de la profesión médica. Esto puede ser relevante para académicos, estudiantes y profesionales interesados en la intersección entre sociología y medicina, Segundo, este estudio puede servir como base para investigaciones futuras sobre la Oftalmología en otras regiones, la aplicación de otras teorías sociológicas o el análisis comparativo de campos médicos.

Entre las limitaciones encontradas en este estudio puedo mencionar: la resistencia a participar en la investigación de actores considerados primariamente como relevantes para realizar entrevistas. Además, me encontré con que las actas del CCO previas al 2009 fueron robadas en un asalto al vehículo de uno de los miembros de la mesa

directiva de ese entonces lo que fue una limitante en las fuentes lo que puede afectar la comprensión completa de la evolución de la Oftalmología en Torreón, sin embargo, creo que esa omisión pudo ser subsanada con datos encontrados en el periódico local y otros documentos relacionados.

Este estudio se basa en datos históricos hasta 2024, por lo que cambios en el contexto social y médico después de esa fecha pueden no estar reflejados. El enfoque en Torreón puede limitar la generalización de los hallazgos a otras áreas geográficas por lo que será interesante un estudio que incluya otras regiones geográficas para obtener un mayor alcance en la exposición de datos.

Otra propuesta es la oportunidad de enriquecer el análisis incorporando a otros autores para engrandecer las perspectivas teóricas, o bien, incluir una variedad más amplia de perspectivas, como pacientes, optometristas, sociedad civil u otros actores, para obtener una imagen más completa y equilibrada. También es factible profundizar en el análisis de discursos institucionales y profesionales utilizando herramientas de análisis de discurso que podría revelar dinámicas y relaciones de poder más complejas.

A lo largo de la investigación sobre la Oftalmología en Torreón desde la perspectiva de los campos de Pierre Bourdieu, he adquirido una comprensión más profunda de la complejidad que rodea la formación y consolidación de un campo médico, las dinámicas sociales, las luchas simbólicas y las estructuras de poder que han influido en la autonomía y desarrollo de la Oftalmología en la región. Una de las revelaciones clave fue cómo las motivaciones personales y las tradiciones familiares desempeñan un papel fundamental en la elección de especializarse en Oftalmología. La intersección entre factores emocionales y aspiraciones profesionales destaca la complejidad de las decisiones individuales dentro del campo médico.

Me sorprendió la importancia del Colegio Coahuilense de Oftalmología como un actor clave en la configuración y legitimación del campo. La conexión entre la acumulación de capital cultural, la legitimidad y el ejercicio de poder resalta cómo la

profesión oftalmológica no solo se basa en conocimientos técnicos, sino también en dinámicas sociales y simbólicas. Esta investigación me ha proporcionado una visión más completa de la Oftalmología en Torreón, no solo como una práctica médica, sino como un campo social complejo.

En conclusión, este análisis desde la teoría de los campos de Pierre Bourdieu ha desentrañado las complejidades y matices que dan forma a la Oftalmología en Torreón, revelando no solo la ciencia y la técnica detrás de la especialidad, sino también las relaciones sociales, las luchas simbólicas y los poderes que la sustentan. Al comprender las motivaciones, las interacciones y las instituciones que configuran este campo médico, no solo ganamos perspicacia en la Oftalmología local, sino que también cuestionamos y enriquecemos nuestra comprensión más amplia de cómo se construyen y evolucionan las especialidades médicas en cualquier contexto. Este estudio resalta la necesidad de considerar no solo el conocimiento técnico, sino también las dimensiones sociales y culturales para una comprensión completa de la Oftalmología y, por extensión, de la medicina en su conjunto. En última instancia, esta investigación subraya la importancia de abordar la salud visual desde una perspectiva integral, tomando en cuenta tanto los elementos científicos como los socioculturales para una atención médica más informada y efectiva.

7.3 Implicaciones, recomendaciones del trabajo.

En Torreón, el campo de la oftalmología presenta una estructura social compleja, donde la posición de cada actor está determinada por su capacidad para acumular y movilizar diferentes formas de capital. En los próximos años, será crucial observar cómo la incorporación de nuevas tecnologías y modelos de atención innovadores, como los servicios de atención en línea o a través de aplicaciones tecnológicas que los pacientes demandan cada vez más, o nuevas regulaciones estatales, influirán en las dinámicas de poder dentro del campo profesional de los oftalmólogos.

Este trabajo ha abordado solo superficialmente la violencia simbólica que se manifiesta en el campo oftalmológico, tema que ofrece un terreno fértil para futuras investigaciones. Entre los aspectos a explorar están el cómo los oftalmólogos con mayor capital imponen sus concepciones como normas dominantes, la estigmatización de la atención de menor costo que refuerza la jerarquía entre diferentes tipos de servicios y desvaloriza los accesibles para las clases sociales más bajas, y la jerarquización del conocimiento que marginaliza prácticas promovidas por quienes tienen menor capital. Además, la atención que favorece a pacientes con mayor capital económico y social perpetúa desigualdades en el acceso, evidenciando una forma de violencia simbólica que reproduce jerarquías sociales.

Anexo 1. Matriz temática.

Conceptos Teóricos o categorías de análisis	Dimensiones	Variables	Indicadores	Técnicas	Instrumentos
<p>Campo Espacio de juego donde se establecen relaciones entre los participantes, donde hay luchas, alianzas, estrategias, rupturas y conflictos para lograr legitimidad.</p>	<p>Límites Criterios que marcan la separación entre dos áreas, entidades o grupos que se dedican a la misma actividad, pero desde distintas lógicas (científica, técnica, popular, etc).</p>	<p>Autonomía Reconocimiento de un “nuevo campo” con características propias dentro del campo médico</p> <p>Legitimación</p> <p>Jerarquías</p>	<p>Reconocimiento como especialidad por autoridades/Estado</p> <p>Formación de Colegios o Sociedades como instituciones que permiten legitimar a los agentes dentro del campo.</p> <p>Antigüedad del campo</p> <p>Respaldo científico</p> <p>Especialización sobre un órgano o sentido</p> <p>Primeras escuelas</p> <p>Primeros hospitales especializados</p> <p>Prestigio del campo.</p> <p>Mayor puntaje para ingresar al campo en</p>	<p>Análisis de textos históricos sobre la fundación de las primeras sociedades, escuelas y hospitales de la especialidad.</p> <p>Entrevistas a médicos antiguos, especialistas de Torreón.</p> <p>Análisis documental del reconocimiento de la Oftalmología en Torreón.</p>	<p>Hemeroteca El Siglo de Torreón</p> <p>Entrevista</p> <p>Resultados del ENARM (Castro R., 2019)</p> <p>Graue Diaz-Gonzalez, E. (1973). (Cárdenas de la Peña, 1999)</p> <p>Neri-Vela, R. (2013)</p> <p>Lozano-Alcázar. (2016)</p> <p>Actas del Colegio de Oftalmología</p>

			<p>comparación a otras especialidades</p> <p>Tecnificación del campo</p> <p>Infraestructura</p>		
	<p>Luchas</p> <p>Manifestaciones de los agentes en el campo que se dan para pelear por el capital.</p>	<p>Identidad</p>	<p>Como fue definiendo sus propias características</p> <p>Rupturas con médicos otorrinolaringólogos para separarse de ellos y con otros campos para generar su propia especialización.</p> <p>Publicación de revistas especializadas</p> <p>Congresos Nacionales de la especialidad</p>	<p>Análisis históricos de la separación de ORL y Oftalmólogos</p> <p>Entrevistas a médicos antiguos, especialistas de Torreón.</p> <p>Nombres de revistas nacionales, cómo han cambiado y evolucionado en este periodo, etc.</p> <p>Archivos de los primeros congresos nacionales y regionales de oftalmólogos.</p> <p>Congresos de optometris</p>	<p>Actas del colegio</p> <p>Entrevistas</p>

				tas.	
	Capital Aquello que es eficiente en un campo determinado.	Social	Momento histórico en que surge como especialidad	Entrevistas a médicos antiguos, especialistas de Torreón.	
		Cultural	¿Quiénes fueron sus primeros representantes y de dónde provenían?	Análisis documental	
		Económico	Conocimiento acumulado dentro del campo	Leyes que establecen honorarios en servicios públicos y privados o “regulación no escrita”	
			¿Cómo se forman las primeras sociedades?	Expulsión de médicos de las sociedades por competencia desleal	
			¿Quién fija los honorarios?	Apoyo económico o en especie de la industria para alcanzar ciertos logros.	
			Apoyo de la industria farmacéutica		
			Acceso a becas		
			Fundaciones en beneficio de la sociedad mexicana		
			Campañas de cirugías		
			Atención en hospitales públicos	Normas aprendidas en hospitales	
			Atención privada	Rotarios	
	Poder/Estado	Normas	Normas, leyes	Análisis	Tratado de

	<p>o Mecanismo sutil que vigila al campo y lo obliga a corregirse o reprimirse</p>	<p>Reglas Otorgamiento del poder</p>	<p>y reglamentos</p> <p>El Estado también controla el saber médico a través del manejo de los programas de enseñanza en las universidades públicas</p>	<p>documental sobre la reglamentación estatal alrededor de la especialidad.</p>	<p>Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) (Carrillo, 1998)</p> <p>Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del expediente Clínico (Guerrero, SF)</p> <p>Plan curricular establecido por la UNAM en sus procesos formativos en posgrados (Carrillo, 1998).</p> <p>Ley General de Profesiones</p> <p>Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACE)</p>
--	--	--------------------------------------	--	---	--

					M) Ley General de Salud NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012
Agentes Individuos que cumplen una función dentro de un campo y ocupa una posición específica de acuerdo con sus potencialidades, características, prácticas y hábitos.	Luchas Manifestaciones entre los agentes en busca de un objetivo de común.	Alianzas Conflictos al interior	Incorporación Primer paso para ingresar se refiere a los contactos que establecen los individuos para entrar al grupo Permanencia Pasos para continuar en el campo. Alianzas con otros agentes del mismo campo (Congresos, Colegios estatales, grupos de subespecialidad) Linaje Los agentes con padres con posiciones privilegiadas en el campo tienen mayor facilidad para ingreso y permanencia. Prestigio o mejoramiento	Entrevistas a médicos antiguos, especialistas de Torreón. Análisis documental de textos sobre historia de la Oftalmología Análisis de actas de reuniones de los miembros del Colegio Coahuilense de Oftalmología Entrevistas a agentes fuera del campo para entender los conflictos que se han presentado	Entrevistas Hemeroteca de El Siglo de Torreón Actas de reuniones Graue Diaz-Gonzalez, E. (1973). (Cárdenas de la Peña, 1999) Neri-Vela, R. (2013) Lozano-Alcázar. (2016)

		<p>de las posiciones en el campo</p> <p>Ajuste entre las cualidades y características que el campo demanda al agente y las expectativas que la institución formadora le ofrece.</p> <p>Autoridad que se gana junto con mejoramiento en la posición y permite dictar reglas de permanencia, ingreso y exclusión.</p> <p>Con grupos de alta especialidad (subgrupos dentro del campo)</p> <p>Optometristas</p> <p>Industria farmacéutica que lucra en los procesos de salud, derivado de la búsqueda de ganancias y ha convertido a los médicos en intermediarios</p>	<p>con los oftalmólogos.</p>	
--	--	---	------------------------------	--

			Aseguradoras, por honorarios que éstas establecen		
			Medicina alternativa		
	<p>Habitus Conjunto de condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia, es decir, a las posiciones ocupadas en un campo y que se ajustan al espacio en que se desarrollan, además de integrar todas las experiencias pasadas y funciones en cada momento como una matriz de percepciones, de apreciaciones y de acciones.</p>	<p>Lenguaje</p> <p>Aspecto</p> <p>Modales</p> <p>Prácticas sociales</p> <p>Relaciones de poder</p> <p>Intereses en común</p>	<p>Hablado</p> <p>Escrito (textos coloquiales, textos académicos)</p> <p>¿Cómo se visten?</p> <p>¿Cómo se comportan?</p> <p>¿Cómo son sus reuniones?</p>	Guía de observación.	Guía de observación
	<p>Capital Aquella propiedad de un agente que le permite ser eficiente en un campo</p>	Social	Conocer las características generales (sociales, culturales y económicas) de los agentes que	Cuestionario a los oftalmólogos del colegio coahuilense de Oftalmología	Cuestionario ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en Torreón?

	<p>determinado como un arma o como apuesta de lucha, lo cual permite a su portador ejercer un poder, una influencia</p>	<p>Cultural es incorporado, objetivado o institucionalizado</p> <p>Económico</p>	<p>conforman el campo</p>	<p>gía</p> <p>Análisis de la sección de eventos sociales del periódico local</p>	<p>¿Dónde estudió la carrera de Medicina? ¿Dónde estudio la especialidad? ¿Alguno de sus padres fue/es oftalmólogo? ¿A que sociedades o colegios pertenece? ¿Tiene certificado del CMO vigente? ¿Tiene una subespecialidad? ¿Trabaja en medio público? ¿Trabaja en medio privado? ¿Trabaja con un grupo de especialistas oftalmólogos? ¿Tiene trabajos científicos publicados? ¿Tiene práctica docente? ¿Qué puestos destacados ha ocupado dentro de su profesión? ¿Qué reconocimie</p>
--	---	--	---------------------------	--	---

					<p>ntos ha recibido dentro de su profesión? ¿Qué deportes practica?</p> <p>Hemeroteca El Siglo de Torreón</p>
	<p>Poder/Estado Mecanismo sutil que vigila al agente y lo obliga a corregirse, reprimirse y reapropiarse de un lenguaje que le permita avanzar a otros niveles en la escala social.</p>	<p>Reglas de ingreso Permanencia Exclusión</p>	<p>¿Quién o quiénes deciden? ¿Cómo se eligen los representantes? Certificación por el Consejo Mexicano de Oftalmología Docencia Educación Continua, Investigación</p>	<p>Análisis de las actas del Colegio Coahuilense de Oftalmología Entrevistas</p>	<p>(Moreno-Alatorre, 2007) Entrevista Actas de reunión CCO</p>

Anexo 2. Primeros oftalmólogos en Torreón.

A continuación, enlisto algunos de los nombres de los primeros oftalmólogos que van apareciendo en la historia de Torreón, aunque hay poco que aportar sobre cada uno de ellos ya que sus figuras se pierden detrás del telón de la memoria de la comunidad lagunera: Fuente: elaboración propia

Año	Nombre del médico especialista	Observaciones
1922	Dr. Ernesto Fernández Talledo	Atiende en Morelos 617 Especialista en el tratamiento médico-quirúrgico de enfermedades de los ojos
1925	Dr. Enrique Orvañanos	Atiende en Matamoros 729 Con práctica en el Hospital de la Luz de México y principales clínicas de Estados Unidos Atiende en forma gratuita a niños y pobres dos días a la semana. Cuerpo Médico del Hospital Civil en 1926
1925	M de De Santos	Atiende en Ramos Arizpe 315 Facultades de Paris, Londres y México Muy poca información sobre él.
1931	Dr. Francis Schuldt	Atiende en Hidalgo 1526

		<p>Especialista Alemán</p> <p>Muy poca información sobre él.</p>
1931	Dr. Carlos Villamar Talledo	<p>Atiende en el mismo consultorio del Dr. E. Flores Talledo (probablemente su familiar)</p> <p>Ojos, Oídos, Nariz y Garganta.</p> <p>Facultad de México</p>
1937	Dr. Andrés Bustamante Gurria	<p>Atiende en la esquina de Hidalgo y Rodríguez</p> <p>Ojos, Oídos, Nariz y Garganta.</p> <p>Cirugía de la Cara y el Cuello.</p> <p>Broncoscopías y Esofagoscopías.</p> <p>Aparece asociado al Dr. Garibay Fernández y después al Dr. Gallegos Abrego</p>
1940	Dr. Inocencio De Lara	<p>Atiende en Morelos 904 poniente</p> <p>Ojos, Oídos, Nariz y Garganta</p> <p>Broncoscopías y Esofagoscopías.</p>
1942	Dr. Jack Schwartz	<p>Hotel Galicia por las mañanas</p> <p>Botica Zaragoza por las tardes</p> <p>Oculista</p>

1943	Dr. Alfonso Garibay Fernández	Atiende en Hidalgo y Rodríguez Asociado con los Dr. Albores Culebro y Ávila Soto en 1945
1943	Dr. Arturo Gallegos Abrego	Matamoros 526 Pte Asociado con el Dr. Bustamante Gurria (1939- 1942)
1944	Dr. Oliverio Lozano Rocha	Falcón 234 Sur Ojos, Oídos, Nariz y Garganta Facultad de México
1948	Dr. Mario Albores Culebro	Atiende en Matamoros 629 Pte Ojos, Oídos, Nariz y Garganta Pionero en la atención de la Clínica del Seguro Social a partir del 1962 Gómez Palacio, Durango
1950	Dr. A. Pérez González	Matamoros 325 pte Oculista
1951	Dr. José G. Vargas Lugo	Blanco 160 Sur Torreón, Coahuila
1954	Dr. Buenaventura De Nigris A.	Policlínica Laguna Av. Morelos 835 pte Torreón, Coahuila
1960	Dr. Alfredo Montalvo	Parras, Coahuila

Anexo 3. Médicos fundadores de la Sociedad de Oftalmología de Torreón.

- Dr. Roberto Villareal Roiz
- Dr. Arturo Gallegos Ábrego
- Dr. Germán Madero
- Dr. Oliveiro Lozano Rocha
- Dr. Manuel De Alba,
- Dr. Teodoro Núñez
- Dr. Alfonso Garibay Fernández
- Dr. Buenaventura De Nigris

Anexo 4. Mesas directivas del CCO.

Año	Presidente	Vicepresidente	Tesorero	Secretario
1994 Aun SOLAC	Dra. María Del Carmen Porras		Dr. Luis Alberto Robles Trillo	Dr. Rómulo Ruiz Díaz Pico
2005 Aun SOLAC	Dr. Felipe De Alba Bessonier			
2006 Aun SOLAC	Dr. Felipe De Alba Bessonier			Dr. Alejandro Llama Alatorre
2007 Aun SOLAC	Dra. María Del Carmen Porras	Dr. Rubén Iván Cárdenas Hernández		Dra. Blanca Salomé Herrera Cortés
2008	Dr. Roberto Pablo Cárdenas Cantú			
2009	Dr. Roberto Madero R.	Dr. Rubén Iván Cárdenas Hernández		Dr. Fernando Olivares

				Valdivia
2010	Dr. Rubén Iván Cárdenas Hernández	Dr. Arturo Gallegos Valencia	Dra. María Del Carmen Porras	Ana Patricia López Valerio
2011	Dr. Arturo Jaime Gallegos Valencia		Dr. Fernando Javier Olivares Valdivia	Dr. Carlos Raúl De Alva Castillo
2012	Ana Patricia López Valerio	Dr. Arturo Gallegos Salcido.	Dr. Alejandro Flores Trejo	Dr. Alfonso Garibay Villareal
2013	Dr. Arturo Gallegos Salcido	Dr. Alfonso Garibay Villareal	Dr. Raúl De Alba Castilla	Dra. Denisse Cornú Melgoza
2014	Dr. Alfonso Garibay Villareal		Dr. Arturo Gallegos Valencia	Dr. Fernando Olivares Valdivia
2015	Dr. Eduardo G. Cornú Máynez		Dr. Arturo Gallegos Salcido	Dr. Roberto Madero Ruiz

2016	Dra. Laura Elizabeth Vargas Rodríguez	Dr. Fernando Javier Olivares Valdivia	Dra. Patricia Armida Domínguez Álvarez	Dra. María del Carmen Porrás López
2017	Dr. Fernando Javier Olivares Valdivia	Dr. Rubén Iván Cárdenas Hernández		Dr. Roberto Madero Ruiz
2020	Rosa Ma. Núñez Adame	Dr. Claudio Franco De Acha	Dr. Ricardo Flores	Dr. Othón Gittins

Anexo 5. Oftalmólogos afiliados al Consejo Mexicano de Oftalmología (2020)

BADILLO FAVILA	JOSÉ LUIS GEOVANNI
CÁRDENAS HERNANDEZ	RUBÉN IVÁN
DE ALBA BESSONIER	FELIPE
DE LA O CERNA	LUIS HÉCTOR
ESQUIVEL TRASFI	JESÚS
FLORES TREJO	ALEJANDRO
GALLEGOS SALCIDO	ARTURO JAIME
GALLEGOS VALENCIA	ARTURO JAIME
GARIBAY VILLARREAL	ALFONSO FELIPE
GITTINS NÚÑEZ	LUIS OTHON
GOROSTIDI AGUIRRESAROBÉ	ENERITZ
LARA FRANCO	LYZETH ARACELI
LLAMA ALATORRE	ALEJANDRO
LÓPEZ VALERIO	ANA PATRICIA
MADERO RUIZ	ROBERTO
MARTÍNEZ MARTÍNEZ	DANIELA ICXEL
NÚÑEZ ADAME	ROSA MARÍA
PORRAS LÓPEZ	MA DEL CARMEN
QUEZADA RUIZ	CARLOS R.
RODRÍGUEZ CARRILLO	VERÓNICA
SÁENZ BOCANEGRA	CARLOS HUMBERTO
TUEME ARELLANO	LUIS TEODORO
VARELA BONILLA	SAMUEL
VARGAS RODRÍGUEZ	LAURA ELIZABETH
VILLAREAL MAÍZ	JOSÉ ANTONIO

YAMÍN LÓPEZ	JOSÉ ANTONIO
ZERTUCHE ZAPATA	ULISES
CORNÚ MAYNEZ	EDUARDO G.
CORNÚ MELGOZA	DENISSE
DOMÍNGUEZ ALVAREZ	PATRICIA ARMIDA
FRANCO DE ACHA	CLAUDIO MARTÍN

Referencias bibliográficas:

- Aboites, H. (2007). Tratado de Libre Comercio y educación superior. El caso de México, un antecedente para América Latina. *Perfiles educativos*, 25-53.
- Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud. (25 de 03 de 2015). *Diario Oficial de la Federación*. Ciudad de México, México.
- Adriana Dávila-Camargo, O. O.-M.-C. (2021). Todo lo que el cirujano oculoplástico necesita saber del maquillaje permanente. Serie de casos y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Oftalmología*, 135-143.
- Alfredo Ulloa-Aguirre. (2021). Las revistas científicas médicas en México. *Gac. Méd. Méx*, 619-635.
- Ammiraglia, D. A. (2020-2021). Campo jurídico y campo médico: algunas analogías y diferencias. *Derecho y Ciencias Sociales.*, 1-16.
- Amparán, C. (28 de marzo de 2023). *La teoría de los Campos de Pierre Bourdieu*. Obtenido de [https://polismexico.izt.uam.mx.:](https://polismexico.izt.uam.mx.)
<https://polismexico.izt.uam.mx/index.php/rp/article/view/345/340>
- APEC Hospital de la Ceguera Unidad de Investigación. (12 de noviembre de 2023). Obtenido de <https://investigacion.apec.org.mx/es/>
- APEC Hospital de la Ceguera. (2021). Obtenido de <https://apec.org.mx/historia>
- Azeredo, Y. N. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de *Salud Colectiva*, 9-21.
- Beca-Infante, J. P. (2017). La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 269-271.
- Biografias.es*. (30 de marzo de 2023). Obtenido de <https://www.biografias.es/famosos/pierre-bourdieu.html#:~:text=El%20soci%C3%B3logo%20franc%C3%A9s%20Pierre-F%C3%A9lix%20Bourdieu%2C%20nacido%20en%20Bearne%2C,europeo%20de%20la%20segunda%20mitad%20del%20Siglo%20XX.>
- Botton, F. (2008). LA PERSECUCIÓN DE LOS CHINOS EN MEXICO. *Estudios de Asia y África*, 477-486.
- Bourdieu P. Bosquejo de una teoría de la práctica. Editorial Prometeo, 2012, p. 207.
- Bourdieu P., W. L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI editores.
- Bourdieu, P. (1979). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica*, 11-17.
- Bourdieu, P. (1986). Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En F. Álvarez-Uría, & J. Varela, *Materiales de sociología crítica* (págs. 183-194). Madrid, España: Ediciones La Piqueta.

- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2002). Espíritus de Estado. Génesis y estructura del campo burocrático. *Revista Sociedad de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA)*, 1-16.
- Bourdieu, P. (2002). *Lección sobre la lección*. Barcelona, España: Anagrama S. A.
- Bourdieu, P. (2003). *Un arte medio*. Barcelona: Gustavo Gili S.A.
- Bourdieu, P. (2009). *Los herederos*. Mexico: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2017). *Cuestiones de Sociología*. Madrid: Akal.
- Brucelosis. (6 de octubre de 1949). *El Siglo de Torreón*, pág. 19.
- Bullen Aguiar, A. A. (2017). Agentes, capitales y campo de la política en educación ambiental en Michoacán. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 399-420.
- Callejo, J. M. (20 de mayo de 2020). *nuevatribuna.es*. Obtenido de Hospital Johns Hopkins: historia y análisis epidemiológico de la COVID-19: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/global/hospital-johns-hopkins-historia-analisis-epidemiologico-covid-19/20200520185052175110.html>
- Capdevielle, J. (2011). EL CONCEPTO DE HABITUS: "CON BOURDIEU Y CONTRA BOURIEU". *Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 31-45.
- Capdevielle, J. M. (2013). El concepto de lucha en la sociología de Bourdieu. *Revista de Ciencias Sociales*, 111-124.
- Carrillo, A. (2010). Control sexual para el control social: La primera campaña contra la sífilis en México. *Espaço Plural*, 65-77.
- Carrillo, A. M. (1998). Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del Siglo XIX. *Asclepio*, 149-168.
- Carrillo, A. M. (2001). Los médicos y la "degeneración de la raza indígena". *Ciencias 60-61*, 64-70.
- Casas Patiño, D. y. (2015). El origen de las especialidades médicas; en búsqueda de un acercamiento a la práctica médica actual. . *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*.
- Castro R., V. M. (2019). El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu . *Sociológica*, 73-113.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 167-197.
- Castro, R. V. (2018). Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estudios sociológicos XXXVI: 108, 2018*, 539-570.
- Castro, R. V. (2019). El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Pierre Bourdieu. *Sociológica*.

- Ceron-Anaya, H. (2022). Clase, racialización y poder: una etnografía del golf en México. *Sociología del deporte* , 37-48.
- Ceron-Martínez, A. U. (2020). La construcción del objeto de estudio. *Cinta moebio*, 75-84.
- Chavarria, F. (1953). Manifestaciones oculares de la brucelosis. *Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana*, 179-198.
- Churchill, J. G. (6 de marzo de 2019). *American Academy of Ophthalmology*. Obtenido de <https://www.aaopt.org/salud-ocular/consejos/el-oftalmologo>
- Consejo Mexicano de Oftalmología. (18 de nov de 2019). *Consejo Mexicano de Oftalmología*. Obtenido de <https://www.cmoftalmologia.org/ventajas-de-pertenecer-al-cmo/>
- Corona, S. (2011). *El país de La Laguna. Impacto hispano.tlaxcalteca en la forja de la Comarca Lagunera*. Torreón: Universidad Iberoamericana Laguna.
- Corona, S. (2014). La Comarca Lagunera en la historia nacional. *Mensajero*, 2-6.
- Corona, S. (2016). *El rancho de la Concepción. Transhumancia laboral: factor del proceso de formación de una identidad regional lagunera, Siglos XVII y XIX*. Torreón: Universidad Iberoamericana Torreón.
- Cossío Barragán, J., & Sánchez Mejía, D. (16 de junio de 2023). *CONACEM*. Obtenido de <https://conacem.org.mx/>: <https://conacem.org.mx/opinion-certificacion-medica>
- Crónica de la otorrinolaringología en México*. (septiembre de 2018). Obtenido de https://www.smorlccc.org/wp-content/uploads/2018/09/cronica_orl-smorlccc.pdf
- DataMexico*. (22 de enero de 2022). Obtenido de DataMexico: <https://datamexico.org/es/profile/geo/torreon#salud-opciones-coberturas>
- Dávila-Camargo, A. (18 de noviembre de 2023). *Oftalmóloga Oculoplástica*. Obtenido de <https://www.youtube.com/@dra.adrianadavilacamargo6549/videos>
- De Grado, M. (2005). Miradas, ojos y fluidos en la pintura del Siglo XX. *Archivos Sociedad Española de Oftalmología* .
- DOF. (enero de 2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Echeverría-Zuno S, L. A.-Q.-V. (5 de marzo de 2018). *Educación en Salud*. Obtenido de <http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/breve-historia-de-la-residencias-m%C3%A9dicas-imss>
- Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica. (17 de junio de 2022). *Diario Oficial de la Federación*.
- Enrique de la Piedra, M. (2017). Diagnóstico Etiológico de la ceguera de Jorge Luis Borges basado en su obra literaria. *Revista Mexicana de Oftalmología*, 188-194.
- Federación, P. J. (6 de septiembre de 1929). *Índice del proceso legislativo correspondiente a la reforma publicada en el DOF el 6 de septiembre de 1929*. Obtenido de <https://www.constitucion1917->

2017.pjf.gob.mx/sites/default/files/CPEUM_1917_CC/procLeg/008%20-%2006%20SEP%201929.pdf

- Ferreira, M. (2010). De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y Sociedad*, 45-65.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 3-20.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Mexico, D. F.: Siglo veintiuno editores S.A de C.V.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica*. Tucumán: Siglo veintiuno editores Argentina s.a.
- García Morán G.A., J. R. (2012). LA BATA BLANCA: SÍMBOLO, SÍMBOLISMO Y SIMBOLOGÍA MÉDICA, Y BREVE ANECDOTARIO HISTÓRICO. *Rev.Médica.Sanitas*, 38-44.
- García, E. G. (2016). Las reuniones científicas y congresos de la Sociedad Mexicana de Oftalmología. *Revista Mexicana de Oftalmología*, 40-43 (suplemento 1).
- García, S. M. (2017). La Oftalmología en la antigua Grecia y Roma. *Archivos de la sociedad española de Oftalmología*, 1-3.
- Giner, S. (2003). *Teoría sociológica moderna*. Barcelona, España: Ariel, S. A. .
- González, V. (2012). Construcción de identidades en el campo médico del actual sistema de salud colombiano: una aproximación desde el análisis de campo de Pierre Bourdieu. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*.
- González-Pérez, K. N.-V.-C. (2012). El trasplante de córnea en México. Antecedentes históricos. *Revista Mexicana de Oftalmología*, 187-190.
- Graue Díaz-González, E. (1973). *Historia de la Oftalmología en México*. Chicago: Laboratorios Sophia.
- Grenfell, 2014, *Pierre Bourdieu: Key Concepts*. <http://www.michaelgrenfell.co.uk/pierre-bourdieu-key-concepts-2nd-edition-full-text/>
- Guerrero, C. (SF). Transformación del ejercicio de la profesión médica en la Comarca Lagunera en el periodo posrevolucionario 1920-1965 a través de la prensa.
- Gutiérrez-Cirlos C., N. J.-M. (2017). Factores relacionados con la elección de una especialidad en medicina. *Investigación en Educación Médica*, 206-214.
- H., R. R. (2007). Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988. *Revista Médica del Hospital General de México*, 55, 43-46.
- Heinze G, G.-S. D.-F. (2023). Análisis de los médicos especialistas egresados en México durante el periodo de . *Aten Fam.* , 47-54.
- Heinze-Martin G, e. a. (2018). Médicos especialistas en México. *Gaceta Médica de México*, 342-351.

- INEGI. (6 de abril de 2022). *Observatorio de La Laguna*. Obtenido de <https://observatoriodelalaguna.org.mx/category/indicadores/torreon/tor-desarrollo-urbano/page/2/>
- Laffourge, M. (2012). *Pierre Bourdieu para principiantes*. Buenos Aires, Argentina: Era Naciente SRL.
- Leyva Piña, M. P. (2012). Los médicos de las Farmacias Similares: ¿degradación de la profesión médica? *POLIS*, 143-175.
- Lifshitz, A. (1997). Lo humano, humanístico, humanista . *Gaceta Medica de México*, 237-243.
- López Espinoza, J. A. (2007). Contribución a la historia de la bibliografía cubana sobre Oftalmología. *Acimed*.
- Lozano Alcázar, J. (2002). El primer hospital oftalmológico de México. *Cir Ciruj* , 124-128.
- Lozano Alcázar, J. (2009). Cirugía y cirujanos de catarata en México del Siglo XIX. *Cirugía y Cirujanos*, 493-496.
- Lozano Rechy, D. (2020). Breve historia de la evolución en la Oftalmología y del instituto de Oftalmología "Fundación Conde de Valenciana". *Anales Médicos*, 320-324.
- Lozano-Alcázar. (2016). Siglo XVIII y XIX: las primeras instituciones dedicadas a la Oftalmología en México. *Revista Mexicana de Oftalmología*, 18-21.
- Lozano-Alcázar, J. (2007). Tres personajes en un libro. *Cirugía y cirujanos*, 409-412.
- Lozano-Alcázar, J. (2013). Diagnósticos de museo. *Cirugía y Cirujanos*, 256-261.
- Lutz, B. (2010). La acción social en la teoría sociológica. *Nueva época*, 199-218.
- Marmor, M. (2006). Ophthalmology and Art: Simulation of Monet's Cataracts and Degas' Retinal Disease. *Arch Ophthalmol*, 1764-1769.
- Marmor, M. (2016). Vision, eye disease, and art: 2015 Keeler Lecture. *Eye*, 287-303.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa en educación. Editorial Trillas.
- Mateo, N. y. (2013). Una perspectiva del poder en Foucault y Bourdieu. *VII Jornadas de Jóvenes Investigadores* (págs. 1-8). Buenos Aires: Acta Academica.
- Médicos y médicas: ¿es diferente su práctica profesional?. Editorial. (1999). *Atención primaria*, 1-2.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. Jossey-Bass.
- México, G. d. (24 de marzo de 2017). *Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud*. Obtenido de http://cifrhs.salud.gob.mx/site1/cifrhs/acerca_dela_cifrhs.html
- México, G. d. (s.f.). *Directorio de Educación de UMAES y Delegaciones*. Obtenido de http://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/directorio-de-educacion-de-umaes-y-delegaciones/

- Meyers, W. (1996). *Forja del progreso, crisol de la revuelta: los orígenes de la revolución mexicana en la Comarca Lagunera, 1880-1911*. México: Gobierno del Estado de Coahuila.
- Modenutti, C. (2015). *Perspectivas de la dinámica social en Karl Max y Pierre Bourdieu*. Obtenido de Revista de investigaciones en filosofía: <http://dx.doi.org/10.30972/ach.013116>
- Morales Zúñiga, L. C. (2009). Durkheim y Bourdieu: reflexiones sobre educación. *Rev. Reflexiones*, 155-162.
- Moreno Alatorre, C. (2007). Los Colegios Médicos de México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 55-60.
- Moreno, H. C. (2006). Bourdieu, Foucault y el poder. *Voces y contextos*, 1-14.
- Moreno-Alatorre. (2007). Los colegios médicos en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 55-60.
- Navarrete Noble, R. (2017). El punto de vista crea el objeto de investigación. Breve reflexión sobre el objeto de la trascendencia del enfoque constructivista en la investigación científica. *Boletín Científico de la Escuela Superior de Atotonilco de Tula*.
- Neri-Vela, R. (2013). La Oftalmología mexicana del Siglo XIX. sus inicios. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 60-64.
- Norma Oficial Mexicana . (29 de julio de 2002). *NOM-209-SSA1-2002 Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excímer*. México, México: Diario Oficial de la Federación.
- Norma Oficial Mexicana . (8 de enero de 2013). *NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*. México, México: Subdirección de Informática Jurídica.
- Oftalmología, C. M. (1 de noviembre de 2020). *Consejo Mexicano de Oftalmología A.C.* Obtenido de <https://www.cmoftalmología.org/certificación/que-se-requiere-para-ser-certificado-por-el-consejo/>
- Oftalmología, S. M. (25 de 08 de 2020). *Sociedad Mexicana de Oftalmología*. Obtenido de <https://www.smo.org.mx/historia.php>
- Oguz, H. (2009). History of ophthalmology: a distinguished or extinguished field of scholarly activity? *Acta Ophthalmologica*, 359.
- Orellana, L. (2020). La locura en la Comarca Lagunera: más de un Siglo en las márgenes. *Bitácora del Archivo Histórico Ibero Torreón*.
- Orvick, V. (19 de septiembre de 2021). Largas esperas en los sistemas de salud. *Anfibia, universidad nacional de San Martín*. Obtenido de: <http://www.revistaanfibia.com/cronica/tiempo-muerto/>
- Pérez Tamayo, R. (2001). La evolución de la medicina . *La ciencia mexicana en el Siglo XX*, 6-14.
- Rico, I. (2019). *Efemérides de la historia de Torreón*. Torreón: Archivo Municipal de Torreón.

- Río Torres, M. (2016). La Oftalmología desde la antigüedad. *Revista Cubana de Oftalmología*, 747-757.
- Río Torres, M. (2017). La Oftalmología desde la antigüedad a partir de la edad contemporánea. *Revista Cubana de Oftalmología*, 1-12.
- Rodríguez, A. C. (2012). La incorporación de las primeras médicas mexicanas a agrupaciones científicas, académicas y sociales. *Signos Históricos*, 8-42.
- Rosa, Paula Cecilia. LA CIENCIA QUE SE ESTÁ HACIENDO. Reflexiones metodológicas de la mano de Pierre Bourdieu. KAIROS. Revista de Temas Sociales. ISSN 1514-9331. URL: <http://www.revistakairos.org> Proyecto Culturas Juveniles Urbanas Publicación de la Universidad Nacional de San Luís Año 13. Nº 24. noviembre de 2009
- Salud, C. C. (28 de noviembre de 2020). *XLIV EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS 2020*. Obtenido de http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2020/E44_puntajes_max_min_2020.pdf
- Salud, O. M. (2020). *Informe mundial sobre la visión*. Ginebra: : Organización Mundial de la Salud.
- SALUD, S. (2016). *ELIMINACIÓN DEL TRACOMA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, MEXICO 2016*. MÉXICO: cenaprece.
- Salud, S. (25 de octubre de 2022). <https://www.gob.mx>. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/771594/CPM_Salud_RRHH_en_fomaci_n__25oct22.pdf
- Salud, S. d. (27 de marzo de 2023). *CIFRHS*. Obtenido de <http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/2023/index.html>: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/2023/docs/2023-ENARM_Conocatoria.pdf
- Sampedro, A. B. (2015). La Oftalmología romana por el doctor Castillo de Quartiellers. *Archivos Sociedad Española de Oftalmología*, 39-41.
- Sánchez Dromundo, R. (2007). La teoría de los campos de Bourdieu, como esquema teórico de análisis del proceso de graduación en posgrado. *Revista electronica de investigacion educativa*.
- Sánchez Huerta, V., Sánchez Fontán, R., & Salcedo Casillas, G. (2018). Historia de un gran esfuerzo...100 años luchando para evitar la ceguera- Asociación para evitar la ceguera, Hospital Dr. Luis Sanchez Bulnes, I.A.P. *Revista Mexicana de Oftalmología*, 300-304.
- Sánchez Silva, Modesto. 2005. La metodología en la investigación cualitativa (Artículos y Miscelánea). Mundo Siglo XXI. Revista del Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales del Instituto Politécnico Nacional, 1: 115-118.
- Serdan P., C. A. (2019). Curas milagrosas: publicidades de medicamentos varios en la prensa santafesina, Argentina (1890-1918). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 1121-1137.

- Social, I. M. (26 de mayo de 2021). *Gobierno de México*. Obtenido de <https://www.gob.mx/imss/prensa/contribuyen-umae-del-imss-a-mejorar-salud-de-derechohabientes-con-69-especialidades-medicas-y-quirurgicas?idiom=es>
- Sotomayor Garza, J. (abril de 1992). Archivo Municipal de Torreón, biblioteca digital. *Anales Laguneros*. Torreón, Coahuila, Mexico: Editorial del norte mexicano.
- Sotomayor, J. G. (4 de enero de 2021). Don Homero H. Del Bosque Villareal. *El Siglo de Torreón*.
- Valdés Petitón, A. M. (2015). Recuento histórico del Pabellón "Juan Santos Fernández" y del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario "General Calixto García" . *Revista Cubana de Oftalmología*, 251-255 .
- Vásquez, M. d. (2011). Habitus lingüístico y derecho a la información en el campo médico. *Rev. Mex. Sociol.*, 1-29.
- Vázquez Martínez, F. D. (2018). Apuntes histórico sobre la formación de médicos especialistas en México desde la evolución educativa. *Investigación en Educación Médica*, 46-52.
- Vizcarra, F. (2002). Premisas y conceptos basicos de la sociología de Pierre Bourdieu. *Estudios sobre las culturas contemporaneas*, 56-68.
- Wacquant, B. y. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Zavala, C. (septiembre de 2015). LA LUCHA ANTIVENÉREA EN MÉXICO, 1926-1940. *Tesis para optar por el grado de Doctor en Historia*. Ciudad de Mexico: El colegio de Mexico.

Referencias hemerográficas:

- (1925). *El Siglo de Torreón*, 10.
- (1931). *El Siglo de Torreón*, 14.
- (1932). *El Siglo de Torreón*, 4.
- (12 de junio de 1938). *El Siglo de Torreón*.
- (1 de junio de 1938). *El Siglo de Torreón*, pág. 1 y 4.
- (1 de junio de 1939). *El Siglo de Torreón*, pág. 5.
- (19 de julio de 1939). *El Siglo de Torreón*, pág. 2.
- (13 de mayo de 1939). *El Siglo de Torreón*, pág. 1 y 8.
- (29 de marzo de 1942). *El Siglo de Torreón*, pág. 9.
- (29 de abril de 1943). *El Siglo de Torreón*, pág. 7.
- (2 de agosto de 1943). *El Siglo de Torreón*, pág. 5.
- (02 de diciembre de 1945). *El Siglo de Torreón*, pág. 4.
- (29 de abril de 1945). *El Siglo de Torreón*, pág. 8.
- (12 de septiembre de 1946). *El Siglo de Torreón*, pág. 13.
- (14 de Marzo de 1948). *El Siglo de Torreón*, pág. 8.
- (18 de agosto de 1948). *El Siglo de Torreón*, pág. 7.
- (20 de junio de 1950). *El Siglo de Torreón*, pág. 6.
- (11 de mayo de 1951). *El Siglo de Torreón*, pág. 7.
- (27 de febrero de 1953). *El Siglo de Torreón*, pág. 13.
- (7 de enero de 1958). *El Siglo de Torreón*, pág. 2.
- (28 de septiembre de 1975). *El Siglo de Torreón*, pág. 13.
- (10 de marzo de 1977). *El Siglo de Torreón*, pág. 18.
- (31 de julio de 1977). *El Siglo de Torreón*, pág. 20.
- (22 de septiembre de 1978). *El Siglo de Torreón*, pág. 5.
- (10 de mayo de 1986). *El Siglo de Torreón*, pág. 25.
- (31 de Mayo de 1987). *El Siglo de Torreón*, pág. 50.
- (20 de Diciembre de 1987). *El Siglo de Torreón*, pág. 61.
- (10 de noviembre de 1987). *El Siglo de Torreón*, pág. 12.
- (8 de noviembre de 1987). *El Siglo de Torreón*, pág. 55.
- (03 de abril de 1988). *El Siglo de Torreón*, pág. 6.

(26 de noviembre de 1989). *El Siglo de Torreón*, pág. 79.

(18 de abril de 1993). *El Siglo de Torreón*, pág. 67.

(8 de agosto de 1993). *El Siglo de Torreón*, pág. 113.

(06 de Noviembre de 1994). *El Siglo de Torreón*, pág. 21.

(05 de noviembre de 1995). *El Siglo de Torreón*, pág. 15.

(12 de noviembre de 2000). *El Siglo de Torreón*, pág. 45.

(2002). Obtenido de Dr. Carlos Raúl De Alba Castilla: <https://www.drdealbaoftalmologo.com/>

(16 de enero de 2010). *El Siglo de Torreón*.

(2023). Obtenido de Arturo Gallegos Clínica: <https://arturogallegosclinica.com/>

(22 de octubre de 2023). Obtenido de Consejo Mexicano de Oftalmología: <https://cmoftalmologia.org/coahuila/>

A la opinion publica. (15 de Julio de 1945). *El Siglo de Torreón*, pág. 12.

A la opinión publica. (15 de Julio de 1945). *El Siglo de Torreón*, pág. 12.

Actividades Medicas. (11 de Dic de 1946). *El Siglo de Torreón*, pág. 4.

Actividades Médicas. (11 de Dic de 1946). *El Siglo de Torreón*, pág. 4.

Afeccion ocular tema de la sesión académica hoy. (14 de mayo de 1985). *El Siglo de Torreón*, pág. 15.

Analistas, L. (17 de febrero de 1997). Hablando de negocios. *El Siglo de Torreón*, pág. 50.

Anuncio publicitario. (12 de Octubre de 1923). *El Siglo de Torreón*, pág. 6.

Anuncios clasificados. (22 de dic de 1929). *El Siglo de Torreón*, pág. 14.

Avanza la campaña de corrección de vista. (26 de agosto de 2003). *El Siglo de Torreón*.

Aviso a nuestros pacientes. (14 de febrero de 1992). *El Siglo de Torreón*, pág. 59.

Bosque, H. d. (3 de enero de 1998). Requiem por el Dr. Arturo Gallegos Abrego. *El Siglo de Torreón*, págs. 3-C.

Centro Médico de Torreón cumple 70 años de servicio a Comarca Lagunera. (13 de diciembre de 2021). *El Siglo de Torreón*.

Cirujanos Oculistas. (17 de mayo de 1983). *El Siglo de Torreón*, pág. 8.

Citatorio. (26 de Febrero de 1947). *El Siglo de Torreón*, pág. 3.

Con el oculista. (15 de Julio de 1942). *El Siglo de Torreón*, pág. 4.

Conferencia L. Americana. (18 de junio de 1981). *El Siglo de Torreón*, pág. 21.

De alivio. (13 de Agosto de 1929). *El Siglo de Torreón*, pág. 5.

Declararon los Sres Oscar Rozas y A. Torres Pico. (19 de julio de 1924). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

Detección oportuna de retinopatía diabética. (12 de julio de 1992). *El Siglo de Torreón*, pág. 119.

Donan equipo para atender problemas visuales. (7 de agosto de 2004). *El Siglo de Torreón*.

Donaron una cámara a C de Leones. (7 de noviembre de 1978). *El Siglo de Torreón*, pág. 6.

Dr. Arturo Gallegos Ábrego acompañado de su esposa y rodeado de sus hijos. (12 de octubre de 1975). *El Siglo de Torreón*, pág. 34.

El Departamento de Salubridad de esta ciudad declara que un chino padece el grave mal de la Tracoma. (14 de Mayo de 1925). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

El Dr. Felipe de Alba Castilla se casará mañana con la Lic. Margarita Carreón G. . (27 de Enero de 1995). *El Siglo de Torreón*, pág. 24.

El examen óptico de los escolares. (01 de septiembre de 1930). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

El hospital de especialidades es uno de los mejores del país. (13 de diciembre de 1991). *El Siglo de Torreón*, pág. 71.

El Seguro Social en este municipio. (27 de noviembre de 1945). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

El Siglo de Torreón. (2003). Obtenido de <https://www.elSiglodetorreon.com.mx/noticia/2003/inauguran-en-Torreón-instituto-de-la-vision.html>

El Siglo de Torreón. (2005). Obtenido de <https://www.elSiglodetorreon.com.mx/noticia/2005/inauguran-clinica-de-cirugia-de-corta-distancia-en-el-centro-medico-de-torreon.html>

El Siglo de Torreón. (13 de diciembre de 2007). Obtenido de Reúnen la historia del Sanatorio Español: <https://www.elSiglodetorreon.com.mx/noticia/2007/reunen-la-historia-del-sanatorio-espanol.html>

El Siglo de Torreón. (2021). Obtenido de <https://www.elSiglodeTorreón.com.mx/galerias/foto/27400165>

El Sol de La Laguna. (2022). Obtenido de <https://www.elsoldelalaguna.com.mx/local/torreon/inauguran-moderno-centro-oftalmologico-que-ofrecera-servicio-a-bajo-costo-en-el-hu-9287305.html>

Este mes se efectuara el 6o Congreso Mexicano de Oftalmología. (15 de marzo de 1962). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

Gouttes Loce. (07 de Mayo de 1940). *El Siglo de Torreón*, pág. 2.

Graduación de la primera generación de médicos especialistas del IMSS. (28 de febrero de 1987). *El Siglo de Torreón*, pág. 54.

Ha quedado constituido en esa ciudad un sindicato de médicos. (30 de enero de 1923). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

dos/campestre-torreon-40-anos-vida-deportiva

Holguín, M. E. (13 de marzo de 2007). Nombran a la 71 Unidad Médica de Alta Especialidad. *El Siglo de Torreón*.

Hospital Infantil. (09 de Junio de 1951). *El Siglo de Torreón*, pág. 11.

Hoy es la sesión académica de la Sociedad Médica. (15 de agosto de 1985). *El Siglo de Torreón*, pág. 48.

Hoy será inaugurado el Seguro Social de G.P. (15 de noviembre de 1962). *El Siglo de Torreón*, pág. 15.

Instituto de la visión. (s.f.). Obtenido de <https://www.ivision.com.mx/nuestra-historia.html>

Intrigas de los Doctores. El sindicato de médicos de La Laguna se queja contra el centro naturista alemán. (26 de julio de 1928). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

Khan Durrani, M. Y. (2018). History of Ophthalmology . *Ophthalmology Update* , 821-823.

Korstaje, M. (2008). Reseña de "Un arte medio: ensayo sobre los usos sociales de la fotografía" de Pierre Bordieu. *Revista austral de ciencias sociales*, 179-190.

La Asociación Médica de La Laguna. (18 de Octubre de 1945). *El Siglo de Torreón*, pág. 4.

La convención de los médicos. (23 de Marzo de 1947). *El Siglo de Torreón*, págs. 1,9.

La implantación del Seguro Social. (12 de noviembre de 1956). *El Siglo de Torreón*, pág. 5.

La importancia del Congreso Panamericano de Oftalmología. (06 de octubre de 1940). *El Siglo de Torreón*, pág. 17.

La inauguración de la Clínica del ISSSTE. (22 de julio de 1963). *El Siglo de Torreón*, pág. 5.

La SOLAC programa curso de Actualización en Oftalmología. (11 de enero de 1994). *El Siglo de Torreón*, pág. 47.

Lo que el público reclama. (06 de Febrero de 1923). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

Los acuerdos de los médicos. (23 de marzo de 1947). *El Siglo de Torreón*, pág. 5.

Los médicos forman su sindicato. (31 de mayo de 1925). *El Siglo de Torreón*, pág. 8.

Los médicos locales colaborarán con el SS si funciona honestamente. (30 de abril de 1959). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

Medico Cirujano Oftalmólogo. (9 de mayo de 1999). *El Siglo de Torreón*, pág. 62.

Méndez, E. (junio de 28 de 1992). Nuestra Gente. *El Siglo de Torreón*, pág. 90.

Nueva mesa de SOLAC iniciará programa de actividades científico-culturales. (19 de mayo de 1993). *El Siglo de Torreón*, pág. 52.

Obreros piden que se aplase la vigencia del Seguro Social. (9 de diciembre de 1943). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

Opiniones. (15 de Marzo de 1945). *El Siglo de Torreón*, pág. 7.

Oportunidad excelente. (11 de Enero de 1923). *El Siglo de Torreón*, pág. 3.

Orden General de la Plaza de Torreón Coah., del 27 al 28 de nov de 1929. (28 de noviembre de 1929). *El Siglo de Torreón*, pág. 4.

Orden General de la Plaza de Torreón, Coah. (1929). *El Siglo de Torreón*, 4.

Perimetria estática será el tema de la Sesión Mensual de la SOLAC. (28 de enero de 1993). *El Siglo de Torreón*, pág. 48.

Piden que se mejore servicio médico del ISSSTE. (31 de julio de 1964). *El Siglo de Torreón*, pág. 7.

Porqué la fundación del sindicato médico de La Laguna. (15 de Mayo de 1925). *El Siglo de Torreón*, pág. 4.

Problemas de esta ciudad. (17 de noviembre de 1955). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

Proyecto del Hospital Universitario y la Facultad de Medicina de Torreón, C. p. (9 de mayo de 1999). *El Siglo de Torreón*, pág. 60.

Reciben diverso equipo médico en el hospital de especialidades . (4 de agosto de 1992). *El Siglo de Torreón*, pág. 13.

Resumen General de las actividades médico-quirúrgicas. (08 de Octubre de 1950). *El Siglo de Torreón*, pág. 11.

Salamanca, J. (26 de julio de 1943). El aspecto médico del seguro social. *El Siglo de Torreón*, pág. 4.

Sandoval, A. (17 de marzo de 2022). Aumentan consultas por sequedad ocular en La Laguna. *El Siglo de Torreón*.

Se formulará el proyecto del Seguro Social. (28 de agosto de 1930). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.

Se sigue organizando el sexto Congreso Mexicano de Oftalmología. (25 de marzo de 1962). *El Siglo de Torreón*, pág. 4.

Sesión General Sociedad Mexicana de Oftalmología. (23 de abril de 2007). México, México.

Sociales. (12 de noviembre de 1939). *El Siglo de Torreón*, pág. 2.

Sociales. (4 de marzo de 1980). *El Siglo de Torreón*, pág. 22.

Sociales y Personales. (29 de septiembre de 1930). *El Siglo de Torreón*, pág. 2.

Sociales y personales. (28 de Julio de 1932). *El Siglo de Torreón*, pág. 4.

SOLAC efectuará detección de Glaucoma a personas de escasos recursos económicos. (30 de julio de 1993). *El Siglo de Torreón*, pág. 68.

SOLAC realizará sesión ordinaria mensual el día 23. (4 de septiembre de 1993). *El Siglo de Torreón*, pág. 66.

Solicita su ingreso a la Asc. Médica. (05 de agosto de 1988). *El Siglo de Torreón*, pág. 54.

Tapia-Tapia J.C., P. O. (2014). ¿Por qué debemos regular el uso de prendas y uniformes en el personal de la salud? *Rev Med Hered*, 178-180.

- Terrés, S. (1999). El impacto del Tratado de Libre Comercio en los Servicios de Salud. *Revista Mexicana de Patología Clínica*, 209-216.
- Todo un éxito el X torneo de golf y tenis "Día del Médico". (11 de Noviembre de 1996). *El Siglo de Torreón*, pág. 31.
- Toma posesión la directiva de la Asociación Médica. (02 de Noviembre de 1947). *El Siglo de Torreón*, pág. 5.
- Trabajos de investigación clínica a cargo de los residentes de oftalmología. (16 de Febrero de 1992). *El Siglo de Torreón*, pág. 71.
- Un informe del Patronato de Clínica de Ojos. (13 de Diciembre de 1947). *El Siglo de Torreón*, pág. 1.
- Varios. (7 de diciembre de 2010). *El Siglo de Torreón*.
- VII Congreso Médico Nacional. (3 de julio de 1922). *El Siglo de Torreón*, pág. 2.
- Villarreal, D. A. (12 de diciembre de 1950). Médicos de Provincia. *El Siglo de Torreón*, pág. 4.
- Vistazos a tiempos idos. (28 de Febrero de 1942). *El Siglo de Torreón*, pág. 31.
- XIII Curso preparatorio para exámenes nacionales de residencia. (09 de junio de 1992). *El Siglo de Torreón*, pág. 56.

Referencias documentales:

Acta constitutiva Colegio Coahuilense de Oftalmología 20 de julio del año 2006. Torreón, Coahuila, México.

Acta notariada. (19 de febrero de 1982). Torreón, Coahuila, Mexico.

Cerda, A. (2001). I. El secreto auge de la Comarca Lagunera. *Contenido*, 88-101.

Charmlife. (2021). Obtenido de <https://www.saludiaro.com/se-estrena-clinica-de-oftalmologia-en-la-laguna/>

Coloquio Retina. (27,28,29 de junio de 2019). *Cartel*. Torreón, Coahuila, México: Colegio Coahuilense de Oftalmología.

Facebook. (18 de noviembre de 2023). Obtenido de <https://www.facebook.com/dra.davila.camargo/services/>

Hernández, C. (21 de septiembre de 2014). *Milenio*. Obtenido de <https://www.medallagacela.com.mx/uniformes-de-trabajo/descubre-porque-uniforme-quirurgico-azul/>. (s.f.).

López, L. (4 de diciembre de 2020). *Milenio*. Obtenido de Hospital Infantil Universitario de Torreón celebra su 70 aniversario con entrega de equipo médico: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/torreon-hospital-infantil-universitario-celebra-70-aniversario>

Magallanes, A. (20 de 03 de 2023). *Milenio*. Obtenido de <https://www.milenio.com/salud/glaucoma-que-provoca-las-cataratas-tratamiento>

Meyrán, J. (06 de 11 de 2018). *Jorge Meyrán*. Obtenido de doctormeyran: <https://doctormeyran.wordpress.com/2018/11/06/historia-de-la-oftalmologia-en-el-hospital-general-de-mexico/>

Oftalmología, C. C. (24 de mayo de 2009-2020). Libro de Actas. *Libro de Actas*. Torreón, Coahuila, México.

Oftalmología, C. C. (18 de febrero de 2010). Libro de Actas. Torreón, Coahuila, México.

Retoenarm. (13 de octubre de 2022). Obtenido de <https://retoenarm.com.mx/cursos-enarm-2023/>

Rojas, R. (24 de febrero de 2021). *Salud Diario*. Obtenido de <https://www.saludiaro.com/los-5-mejores-cursos-de-estudio-para-aprobar-el-enarm/>

Ruiz, G. (24 de 7 de 2023). *Milenio*. Obtenido de Hotel Río Nazas a 69 años de abrir sus puertas; conoce la historia del 'Titán de acero' lagunero: <https://www.milenio.com/estados/historia-24-de-julio-de-1954-abre-sus-puertas-hotel-rio-nazas-torreon>

Salud diario. (2017). Obtenido de <https://www.saludiaro.com/se-estrena-clinica-de-oftalmologia-en-la-laguna/>

Sexto Congreso Mexicano de Oftalmología. (18 de Marzo de 1962). *El Siglo de Torreón*, pág. 5.

Silva, S. (21 de septiembre de 1946). Objeto del sindicato médico. *El Siglo de Torreón*, pág. 4.

Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. (10 de septiembre de 2023). Obtenido de <http://www.sntss.org.mx/convocatorias?page=3>

Sztajnszrajber, D. (6 de dic de 2016). El poder. *Clase 8, la última del ciclo Filosofía a Martillazos / 8 problemas filosóficos en 8 encuentros*. Rosario, Rosario, Argentina: Facultad Libre. Recuperado el 12 de agosto de 2020, de <https://youtu.be/CGVxv7F4S6o>

Universidad LaSalle Mexico. (5 de noviembre de 2022). Obtenido de CURSO PRESENCIAL DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA:
<https://lasalle.mx/assets/contenidos/img/ofertaEducativa/cursos/ConvocatoriaENARM2022.pdf>

índice de figuras.

<p>Figura 1. Localización de la Comarca Lagunera en el territorio mexicano. Recuperada el 18 de noviembre de 2019 de http://comarcalagunera.com/porta1/laguna/comarca.php</p>	pág. 61
<p>Figura 2. Crecimiento poblacional de Torreón. Fuente INEGI 2022</p>	pág. 64
<p>Figura 3. Anuncio Clasificado. Publicidad del Dr. Flores Talledo donde se presenta como egresado de las facultades de México y Nueva York. (El Siglo de Torreón, 22 dic 1929 página 14)</p>	pág. 68
<p>Fig. 4 Título de un artículo sobre una disputa acerca del diagnóstico de un paciente (El Departamento de Salubridad de esta ciudad declara que un chino padece el grave mal de la Tracoma., 1925)</p>	pág. 70
<p>Fig. 5. Anuncio de uno de los involucrados en el asunto del habitante de ascendencia china con probable diagnóstico de tracoma (Anuncio publicitario, 1923)</p>	pág. 71
<p>Fig. 6. En opinión de un especialista. Aquí vemos como la opinión de los médicos especialistas influía en diferentes aspectos de la vida de Torreón (Opiniones, 1945).</p>	pág. 72
<p>Figura 7. Anuncio sobre “fórmula cuidadosamente dosificada”. Llama la atención la modelo que aparece representando a una mujer moderna (Gouttes Loce, 1940).</p>	pág. 80
<p>Figura 8. Anuncio sobre gotas “milagrosas”. Se hace referencia a su preparación respaldada por un <i>famoso oculista</i>. (El Siglo de Torreón septiembre 21, 1944).</p>	pág. 81
<p>Figura 9. Servicio de optometría. Anuncio sobre los servicios de optometría que buscan legitimar su trabajo</p>	pág. 81

con referencias a los especialistas médicos (El Siglo de Torreón, 1948).	
Figura 10. Diferentes anuncios de los primeros profesionistas en Torreón. (El Siglo de Torreón, noviembre 15, 1950).	pág. 82
Figura 11. Una de las primeras revistas del tema. Recuperada el 23 de noviembre de 2021 de https://drsoler.com/blog/que-es-un-oculista-y-que-es-un-oftalmologo/	pág. 83
Figura 12. Informe de actividades de la Clínica del Club de Leones de Torreón. Se observan ingresos de pacientes indigentes y de pago convencional, así como el número de enfermos operados por cada uno de los médicos (Resumen General de las actividades médico-quirúrgicas, 1950)	pág. 85
Figura 13. (Con el oculista, 1942)	pág. 88
Figura 14. Citatorio para la reunión de la Asociación Médica de Torreón, vemos aquí como en un inicio las reuniones médicas convocaban diversas especialidades (Citatorio, 1947).	pág. 89
Figura 15. Fotografía tomada de la página de Facebook del Colegio Coahuilense de Oftalmología en la celebración de fin de año 2017 de algunos miembros y sus familias	pág. 97

índice de tablas.

Tabla 1. Miembros colegiados. Información elaborada en base a datos publicados por el CMO (Consejo Mexicano de Oftalmología, 2023). Elaboración propia.	pág. 177
Tabla 2. Centros especializados. Algunos centros especializados en brindar atención oftalmológica que se fueron estableciendo en la región desde finales de los años 80s. Elaboración propia.	pág. 191
Tabla 3. Diferencias entre consejos, sociedades y colegios médicos. Tomado de (Moreno Alatorre, 2007).	pág. 203
Tabla 4. Agentes en el campo de la Oftalmología en Torreón. Elaboración propia.	pág. 217