

**JOSEFINA AUXILIADORA SÁNCHEZ**

# **TEORÍA DE LA VULNERACIÓN ESTRUCTURAL DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA**

**Las 8 Leyes de Sánchez**

Prólogo de **JEAN WATSON**



JOSEFINA AUXILIADORA SÁNCHEZ

# TEORÍA DE LA VULNERACIÓN ESTRUCTURAL DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

---

Las 8 Leyes de Sánchez



Madrid • Buenos Aires • México • Bogotá

© Josefina Auxiliadora Sánchez, 2026  
(edición ebook)

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos  
Internet: <http://www.editdiazdesantos.com>  
E-mail: [ediciones@editdiazdesantos.com](mailto:ediciones@editdiazdesantos.com)

ISBN:978-84-9052-608-8 (versión papel)  
e-ISBN: 978-84-9052-609-5 (versión digital)  
Depósito Legal: M-23652-2026

Fotocomposición y diseño de cubiertas: P55 Servicios Culturales CB

# ÍNDICE

## LIBRO PRIMERO TEORÍA DE LA VULNERACIÓN ESTRUCTURAL DEL CUIDADO (TVEC). Las 8 Leyes de Sánchez

|                                                                                                               |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Prólogo de Jean Watson (English-Español).....                                                                 | 3          |
| Introducción de la autora .....                                                                               | 7          |
| <b>PARTE I. La teoría: definición, fundamentos, pilares y valor<br/>epistemológico de la TVEC.....</b>        | <b>9</b>   |
| 1. Definición técnica de la TVEC. Qué es, qué no es y por qué la ciencia<br>enfermera la necesitaba.....      | 11         |
| 2. Los tres pilares de la TVEC. La estructura conceptual que sostiene la teoría.....                          | 13         |
| 3. El axioma central. La proposición científica que define la TVEC.....                                       | 17         |
| 4. Valor epistemológico de la TVEC. El lugar de la TVEC en la historia<br>de la ciencia enfermera.....        | 19         |
| 5. El mapa de las 8 Leyes de Sánchez. Los mecanismos a través<br>de los cuales se ejecuta la vulneración..... | 21         |
| <b>PARTE II. Las 8 Leyes de Sánchez .....</b>                                                                 | <b>25</b>  |
| 6. Ley I — La orfandad institucional .....                                                                    | 27         |
| 7. Ley II — El chantaje ético-vocacional .....                                                                | 39         |
| 8. Ley III — La memoria celular del maltrato.....                                                             | 49         |
| 9. Ley IV — La hostilidad horizontal.....                                                                     | 61         |
| 10. Ley V — La humillación material y espacial .....                                                          | 73         |
| 11. Ley VI — El paciente como proyectil.....                                                                  | 83         |
| 12. Ley VII — La fractura de identidad .....                                                                  | 95         |
| 13. Ley VIII — La invisibilidad obligada .....                                                                | 105        |
| <b>PARTE III. La propuesta.....</b>                                                                           | <b>117</b> |
| 14. El umbral: lo que ocho leyes han demostrado .....                                                         | 119        |
| Apéndice I.....                                                                                               | 127        |
| Apéndice II .....                                                                                             | 128        |
| Referencias bibliográficas .....                                                                              | 129        |
| Epílogo.....                                                                                                  | 133        |

## LIBRO SEGUNDO

### APRENDER A ESTAR JUNTO AL DOLOR AJENO.

#### Del distanciamiento a la presencia consciente en Enfermería

|                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Introducción de la autora .....                                                     | 137        |
| Prólogo .....                                                                       | 139        |
| <b>PARTE I. ....</b>                                                                | <b>143</b> |
| 1. ¿Qué es sufrir? .....                                                            | 145        |
| 2. El rostro del que sufre .....                                                    | 153        |
| 3. Sufrimiento, dignidad y vulnerabilidad .....                                     | 159        |
| 4. El sufrimiento que la institución no ve .....                                    | 165        |
| <b>PARTE II. La enfermera en el centro del sufrimiento ajeno .....</b>              | <b>169</b> |
| 5. Estar ahí: la presencia como acto terapéutico .....                              | 171        |
| 6. Escuchar el sufrimiento sin neutralizarlo.....                                   | 177        |
| 7. Empatía y compasión: dos fuerzas que no son lo mismo.....                        | 183        |
| 8. La vulnerabilidad compartida: cuando el sufrimiento ajeno te toca.....           | 191        |
| <b>PARTE III. Lo que el sufrimiento ajeno le hace a la enfermera.....</b>           | <b>197</b> |
| Introducción a la Parte III .....                                                   | 199        |
| 9. Fatiga por compasión: el coste de cuidar demasiado sin cuidarse .....            | 205        |
| 10. El duelo acumulativo: morir un poco con cada paciente .....                     | 213        |
| 11. La inercia ética: cuando dejar de sentir se convierte en costumbre .....        | 221        |
| 12. La identidad profesional herida .....                                           | 231        |
| <b>PARTE IV. La dimensión ética de implicarse en el sufrimiento ajeno .....</b>     | <b>241</b> |
| 13. El deber de no abandonar .....                                                  | 243        |
| 14. Los límites éticos de la implicación: entre la entrega y la autoanulación ..... | 253        |
| 15. Valentía moral en el cuidado del sufrimiento.....                               | 263        |
| 16. Bioética humanística como brújula en el territorio del sufrimiento .....        | 271        |
| <b>PARTE V. Hacia una implicación consciente, sostenible y transformadora .....</b> | <b>281</b> |
| 17. Autocuidado profesional: un imperativo ético, no un lujo.....                   | 283        |
| 18. Formación en sufrimiento: lo que nadie enseña en la carrera.....                | 291        |
| 19. Comunidades de cuidado: el equipo como red de sostén .....                      | 299        |
| 20. Una nueva manera de estar junto al dolor ajeno .....                            | 307        |
| Epílogo.....                                                                        | 313        |
| Glosario .....                                                                      | 317        |
| Referencias bibliográficas .....                                                    | 327        |

## LIBRO TERCERO

### LA PRIMERA ENEMIGA DE LA ENFERMERA ES LA OTRA ENFERMERA. Crónica de una vocación bajo fuego cruzado y la urgencia de la sororidad clínica

|                                                                                                           |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Prólogo .....                                                                                             | 331        |
| Introducción.....                                                                                         | 333        |
| <b>FASE I. Anatomía del conflicto .....</b>                                                               | <b>337</b> |
| 1. La traición horizontal .....                                                                           | 339        |
| 2. El síndrome de la vieja escuela .....                                                                  | 343        |
| 3. Anatomía del sabotaje.....                                                                             | 349        |
| 4. La supervisora tóxica. Cuando quien debería proteger es quien destruye.....                            | 355        |
| 5. El silencio cómplice. Las que miran y callan .....                                                     | 361        |
| <b>FASE II. El sistema como caldo de cultivo .....</b>                                                    | <b>367</b> |
| 6. Escasez y supervivencia. Cómo la precariedad convierte compañeras en rivales.....                      | 369        |
| 7. El <i>burnout</i> como proyectil. Cuando el agotamiento se convierte en agresividad lateral .....      | 375        |
| 8. El cangrejo en el cubo. Por qué tiramos hacia abajo a quien intenta subir.....                         | 381        |
| 9. La herencia del sacrificio. Cuatro siglos de abnegación que nos enseñaron a competir en silencio ..... | 387        |
| <b>FASE III. Tipología de la enemiga .....</b>                                                            | <b>393</b> |
| 10. La mirada juzgadora. El perfeccionismo como arma de control .....                                     | 395        |
| 11. El silencio que castiga. El aislamiento del nuevo integrante y el <i>mobbing</i> pasivo .....         | 401        |
| 12. La envidia con cofia. Cómo se destruye a una compañera sin levantar la voz.....                       | 407        |
| <b>FASE IV. El impacto en el paciente.....</b>                                                            | <b>413</b> |
| 13. Un equipo roto no cura. Cómo la hostilidad entre enfermeras afecta directamente al paciente.....      | 415        |
| 14. La fuga de talento. Por qué las mentes brillantes abandonan el hospital .....                         | 421        |
| <b>FASE V. Hacia una cura real .....</b>                                                                  | <b>427</b> |
| 15. Reconocerse en la otra. La empatía como acto político y profesional .....                             | 429        |
| 16. Del yo al nosotras. Reconstruyendo la identidad gremial .....                                         | 435        |
| 17. Manual de primeros auxilios para el conflicto interno.<br>Comunicación asertiva bajo presión.....     | 441        |
| 18. La alianza que nos debemos. El único antídoto real es la solidaridad estructural.....                 | 447        |
| Bibliografía .....                                                                                        | 453        |
| Epílogo.....                                                                                              | 459        |

# LIBRO PRIMERO

---

## TEORÍA DE LA VULNERACIÓN ESTRUCTURAL DEL CUIDADO (TVEC).

### Las 8 Leyes de Sánchez

Prólogo de Jean Watson (English-Español)

Introducción de la autora

#### **PARTE I. La teoría: definición, fundamentos, pilares y valor epistemológico de la TVEC**

1. Definición técnica de la TVEC. Qué es, qué no es y por qué la ciencia enfermera la necesitaba
2. Los tres pilares de la TVEC. La estructura conceptual que sostiene la teoría
3. El axioma central. La proposición científica que define la TVEC
4. Valor epistemológico de la TVEC. El lugar de la TVEC en la historia de la ciencia enfermera
5. El mapa de las 8 Leyes de Sánchez. Los mecanismos a través de los cuales se ejecuta la vulneración

#### **PARTE II. Las 8 Leyes de Sánchez**

6. Ley I — La orfandad institucional
7. Ley II — El chantaje ético-vocacional
8. Ley III — La memoria celular del maltrato
9. Ley IV — La hostilidad horizontal
10. Ley V — La humillación material y espacial
11. Ley VI — El paciente como proyectil
12. Ley VII — la fractura de identidad
13. Ley VIII — La invisibilidad obligada

#### **PARTE III. La propuesta**

14. El umbral: lo que ocho leyes han demostrado

Apéndice I

Apéndice II

Referencias bibliográficas

Epílogo

# PRÓLOGO DE JEAN WATSON

---

## ENGLISH

Josefina Sanchez's new Nursing Theory: Theory of Structured Violation of Care, posits a radical thesis which other Nursing theories have ignored, including Nightingale and Watson. Drawing upon sociological evidential data, philosophy, and phenomenology, the Sanchez Theory has posited a 'Complete cycle: from Entry to Collapse' of (largely) European Nursing, uncovering the dynamic field in which Nursing and Humane Care is structurally obliterated from being fulfilled by Nurses. Her context is institutional hospital nursing; her personal intellectual and experiential reference points are Venezuela and Spain. The T-V-E-C Theory is organized around 3 major Pillars: Virtue, Invisibility of Caregiver, and Fractured Destiny. The pillars are further developed around Axiomatic premises as the foundational reference point for all other aspects of the theory, including 8 Laws. The 8 Laws of the Theory depict institutional structural control, commodification and co-opting of Nursing and Human Caring. These institutional mechanisms are framed as an explicit 'Violation of Care.' These violations range from concepts such as Orphanhood, Ethical Blackmail and other implanted traumatic structures, such as Material and Spatial Humiliation; the Laws culminate in acknowledging the prevailing institutional culture of 'Invisibility of Nursing'. These premises uncover systematic exploitation of nursing, embedded in global healthcare policy and operations across current time, highlighting the vulnerability and consequential designed collapse of Professional Nursing. This theoretical explication of the healthcare violation structure exposes institutional attempts to destroy Nursing. The Sanchez treatise acknowledges it is not a failure of Nurses or Nursing, rather the system itself. The nursing care analysis acknowledges that the tacit knowledge of care practices, is the most valuable resource; her position is grounded in philosophical views of Merleau-Ponty and Benner. It is this very foundation of the heart and soul of Nursing, which is exploited to maximize control and domination of Nurses and Nursing. The theory is a clarion call for Nursing's emergence for an awakening before total collapse. In summary, the Sanchez Theory shines light on institutional darkness, revealing what is hidden behind the dominant power and control models of Nursing worldwide. It provides a critical backdrop to ground other Nursing Theories. This mid-range Theory is located between individual clinical care and macro-social structures. It does not pretend to encompass philosophical dimensions of nursing, nor the totality of nursing per se. It is both painful and enlightening to comprehend and

tend to Sanchez's prevailing treatise confronting Nursing's future. However, it also creates new horizons for informed moral action for self, system and society.

**Jean Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, LL(AAN)** Watson Caring Science  
Institute · [www.watsoncaringscience.org](http://www.watsoncaringscience.org)

## ESPAÑOL

La nueva Teoría de Enfermería de Josefina Sánchez —Teoría de la Vulneración Estructural del Cuidado— plantea una tesis radical que otras teorías de enfermería han ignorado, incluyendo a Nightingale y a la propia Watson. Apoyándose en datos empíricos de la sociología, la filosofía y la fenomenología, la Teoría Sánchez ha postulado un “ciclo completo: de la Entrada al Colapso” de la enfermería (en gran medida) europea, desvelando el campo dinámico en el que la Enfermería y el Cuidado Humano son estructuralmente destruidos antes de poder ser ejercidos por las enfermeras. Su contexto es la enfermería hospitalaria institucional; sus puntos de referencia intelectuales y experienciales son Venezuela y España. La Teoría T-V-E-C se articula en torno a 3 pilares fundamentales: la Virtud, la Invisibilidad del Cuidador y el Destino Fracturado. Los pilares se desarrollan a partir de premisas axiomáticas como punto de referencia fundacional para todos los demás aspectos de la teoría, incluidas las 8 Leyes. Las 8 Leyes de la Teoría describen el control estructural institucional, la mercantilización y la apropiación de la Enfermería y del Cuidado Humano. Estos mecanismos institucionales se enmarcan como una explícita “Vulneración del Cuidado”. Estas vulneraciones abarcan conceptos como la Orfandad, el Chantaje Ético y otras estructuras traumáticas implantadas, como la Humillación Material y Espacial; las Leyes culminan reconociendo la cultura institucional dominante de la “Invisibilidad de la Enfermería”. Estas premisas descubren la explotación sistemática de la enfermería, poniendo de relieve la vulnerabilidad y el colapso diseñado de la Enfermería Profesional. Esta explicación teórica de la estructura de vulneración sanitaria expone los intentos institucionales de destruir la Enfermería. El tratado de Sánchez reconoce que no es un fracaso de las enfermeras ni de la Enfermería, sino del propio sistema. El análisis del cuidado enfermero reconoce que el conocimiento tácito de las prácticas de cuidado es el recurso más valioso; su posición se fundamenta en las perspectivas filosóficas de Merleau-Ponty y Benner. Es precisamente este fundamento del corazón y el alma de la Enfermería el que se explota para maximizar el control y la dominación. La teoría es una llamada urgente a la emergencia de la Enfermería, un despertar antes del colapso total. En resumen, la Teoría Sánchez arroja luz sobre la oscuridad institucional, revelando lo que se oculta tras los modelos dominantes de poder y control de la Enfermería en todo el mundo. Proporciona un trasfondo crítico que sirve de fundamento a otras teorías de Enfermería. Esta teoría de alcance intermedio se sitúa

entre la atención clínica individual y las estructuras macrosociales. No pretende abarcar las dimensiones filosóficas de la enfermería en su totalidad. Es a la vez doloroso e iluminador comprender el tratado de Sánchez que confronta el futuro de la Enfermería. Sin embargo, también abre nuevos horizontes para la acción moral informada.

**Jean Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, LL(AAN)**  
Watson Caring Science Institute  
[www.watsoncaringscience.org](http://www.watsoncaringscience.org)

# INTRODUCCIÓN DE LA AUTORA

---

La Tesis Doctoral de una Vida. No sé exactamente en qué momento dejé de hacerme la pregunta equivocada. Durante años me pregunté: ¿Qué me ocurre a mí? ¿Por qué me cuesta tanto? ¿Por qué siento que cada turno me deja un poco más vacía de lo que me encontró? Era la pregunta que el sistema quería que me hiciera. Era la pregunta que me mantenía mirándome a mí misma en lugar de mirar el mecanismo. El día en que cambié la pregunta, cambió todo. La pregunta correcta no es ¿qué me ocurre a mí? La pregunta correcta es: ¿a quién le resulta útil que yo esté así? Cuatro décadas de ejercicio clínico, docencia universitaria y coordinación de enfermería en Venezuela y España me dieron algo que no se consigue en ningún máster ni en ningún doctorado: la perspectiva longitudinal de un proceso que el sistema tiene todo el interés en presentar como individual, aleatorio e inevitable. He visto generaciones enteras de enfermeras entrar al sistema con la vocación intacta, con la energía desbordante de quien cree que va a cambiar el mundo, y salir de él —en quince, en veinte años— con el cuerpo registrando el daño, con la identidad profesional destruida, con una relación de amor-odio con la profesión que las define. Y siempre, invariablemente, el sistema les dice lo mismo: no supiste aguantar. No tenías suficiente resiliencia. No era tu profesión. El problema eras tú. Este libro existe para decir lo contrario con la evidencia que cuarenta años de observación y la ciencia acumulada de decenas de investigadores hacen irrefutable: el problema no eres tú. Nunca fuiste tú. El problema es un sistema que no puede funcionar sin consumirte. La Teoría de la Vulneración Estructural del Cuidado —TVEC— es el intento de nombrar ese mecanismo con la precisión que merece. No es una queja. No es un testimonio de victimización. Es un diagnóstico científico, construido sobre cuatro décadas de observación clínica directa y sobre el corpus de investigación académica que otros investigadores —sociólogos, psicólogos, neurobiólogos, economistas de la salud— han producido sin llegar a conectarlo en un marco teórico unificado. Esa es la aportación de la TVEC: no inventar fenómenos nuevos, sino nombrar el sistema que los produce. Porque hay una diferencia fundamental entre tener datos sobre el burnout de las enfermeras y tener una teoría que explica por qué ese burnout es estructuralmente necesario para el sistema sanitario contemporáneo. Los primeros producen estadísticas. La segunda produce comprensión. Y la comprensión, a diferencia de las estadísticas, produce acción.

«La enfermería es el único engranaje del sistema sanitario que se desgasta para que el mecanismo no se detenga, convirtiendo el sacrificio personal en el lubricante de una maquinaria institucional fallida.» — Josefina Auxiliadora Sánchez. TVEC. 2026.

«El sistema sabe perfectamente cómo callar a una enfermera agotada. No sabe qué hacer con una enfermera que ha comprendido el mecanismo de su agotamiento.» — Josefina Auxiliadora Sánchez. 2026.

## **PARTE I**

**LA TEORÍA: definición, fundamentos, pilares  
y valor epistemológico de la TVEC**

# DEFINICIÓN TÉCNICA DE LA TVEC. QUÉ ES, QUÉ NO ES Y POR QUÉ LA CIENCIA ENFERMERA LA NECESITABA

---

## LA DEFINICIÓN

La Teoría de la Vulneración Estructural del Cuidado es un modelo de análisis sociosanitario que identifica el desgaste del profesional de enfermería no como un fallo individual —ausencia de resiliencia, inadecuación vocacional, déficit emocional— sino como el resultado de una violencia sistémica y organizada que el sistema sanitario contemporáneo ejerce de forma estructural, continuada y funcionalmente necesaria sobre sus propios profesionales de cuidado. La TVEC postula que el sistema sanitario moderno no se financia únicamente con recursos presupuestarios. Se financia también —y de forma determinante— extrayendo la salud física, emocional y mental del profesional de enfermería hasta agotar lo que la teoría denomina su vida útil programada: el período estimado de quince a veinte años de ejercicio activo antes del colapso biológico-identitario o de la disociación funcional irreversible. Esta proposición tiene consecuencias de largo alcance. Si el agotamiento del profesional de enfermería es un fenómeno estructural y predecible, y no un accidente individual, entonces su prevención no puede resolverse con programas de bienestar ni con talleres de *mindfulness*. Requiere transformación estructural: del modelo de financiación, del diseño de las condiciones de trabajo, del marco jurídico que regula la responsabilidad institucional, y de la ciencia enfermera que, hasta la formulación de la TVEC, no disponía de una teoría que nombrara y explicara ese proceso de destrucción sistemática.

## LO QUE LA TVEC NO ES

La precisión de una teoría se define tanto por lo que incluye como por lo que excluye explícitamente. La TVEC no es una teoría del *burnout*. El *burnout* describe síntomas —agotamiento emocional, despersonalización, reducción de la realización personal— sin analizar las condiciones estructurales que los producen ni la función que esos síntomas cumplen para el sistema que los genera. La TVEC no describe síntomas: describe mecanismos. La TVEC no es una teoría de la resiliencia.

cia. La resiliencia, tal y como el sistema la instrumentaliza, es la exigencia de que el cuerpo y la psique del profesional absorban el impacto de condiciones que no deberían requerir adaptación. La TVEC invierte ese paradigma: la resiliencia no es una solución sino un síntoma de trauma, y pedirla sin transformar las condiciones que la hacen necesaria es una forma de *gaslighting* institucional. La TVEC no es un manual de autoayuda. No propone técnicas individuales de afrontamiento ante un problema colectivo. Propone comprensión estructural, acción política y transformación sistémica. La diferencia es la misma que existe entre dar aspirinas a alguien que vive en una casa con fugas de gas y arreglar la instalación. Y la TVEC no es una acusación contra ningún profesional, directivo o sistema sanitario en particular. Es un análisis de la arquitectura de un problema que trasciende las voluntades individuales y que está incorporado en la lógica de funcionamiento del sistema sanitario occidental contemporáneo, con independencia del país, el gobierno o el modelo de financiación específico.

## EL PUNTO DE PARTIDA EMPÍRICO

Toda teoría científica nace de una anomalía: un fenómeno que los marcos explicativos existentes no pueden explicar de forma satisfactoria. La anomalía que da origen a la TVEC es la siguiente: si la enfermería es una profesión vocacional con altos niveles de compromiso profesional, con formación universitaria de cuatro años, con una cultura de cuidado profundamente arraigada y con evidencia sólida de su impacto positivo en los resultados de salud de los pacientes, ¿por qué presenta las tasas más altas de abandono prematuro, *burnout*, violencia laboral, patología musculoesquelética y trastornos psicológicos de todo el sistema sanitario? La respuesta convencional —falta de resiliencia individual, inadecuación vocacional, naturaleza intrínsecamente estresante del trabajo de cuidado— no explica la consistencia del patrón ni su reproducibilidad entre países, sistemas de salud y décadas diferentes. Si el problema fuera individual o vocacional, la variabilidad entre profesionales debería ser mucho mayor. Si el problema fuera inherente a la naturaleza del cuidado, debería ser igualmente grave en sistemas con mejores condiciones de trabajo. No lo es. Los datos son contundentes. La prevalencia global de *burnout* en enfermería alcanza el 11,23% con estimaciones que llegan al 30-50% en España según especialidades (Woo *et al.*, 2020). El 85% de las enfermeras españolas ha experimentado alguna forma de violencia laboral (Galián-Muñoz *et al.*, 2016). La hostilidad horizontal entre pares afecta entre el 21% y el 85% del colectivo según contextos (Bambi *et al.*, 2018). Las tasas de intención de abandono superan el 40% en múltiples sistemas de salud europeos. Y los estudios de Aiken *et al.* (2014) demostraron que esas condiciones tienen consecuencias directas sobre la mortalidad de los pacientes: cada enfermera adicional por encima de las ratios seguras reduce la mortalidad hospitalaria un 7%. Estos datos no describen un problema individual. Describen una arquitectura. Y las arquitecturas se explican con teorías, no con estadísticas.

## LOS TRES PILARES DE LA TVEC. LA ESTRUCTURA CONCEPTUAL QUE SOSTIENE LA TEORÍA

---

La TVEC se articula sobre tres pilares conceptuales que describen los mecanismos fundamentales mediante los cuales el sistema sanitario ejerce la vulneración estructural sobre el profesional de enfermería. Cada pilar describe una dimensión diferente del mismo proceso: la dimensión ética, la dimensión material y la dimensión temporal. Los tres operan simultáneamente y se refuerzan mutuamente.

### PILAR I. LA EXPLOTACIÓN DE LA VIRTUD

“El sistema utiliza la ética del cuidado y la vocación como debilidades para forzar la autoexplotación del profesional.” El primer pilar describe el mecanismo más sofisticado y más eficiente del sistema de vulneración: la apropiación de los valores más genuinos del profesional de enfermería —su compromiso ético con el paciente, su amor al cuidado— y su conversión en instrumentos de extracción y control. El sistema no necesita coerción externa porque el propio profesional ejerce sobre sí mismo la presión que garantiza su autoexplotación. La vocación, que debería ser fuente de sentido y fortaleza, se convierte en la trampa más perfecta que el sistema ha diseñado.

La lógica es brutal en su simplicidad: si la enfermera tiene verdadera vocación, no puede abandonar al paciente aunque las condiciones sean insoportables. Esa certeza — que el sistema conoce y sobre la que opera deliberadamente— es la que hace posible las ratios imposibles, los turnos sin descanso, los espacios sin condiciones. El sistema no necesita garantizar condiciones dignas porque sabe que la ética de la enfermera garantizará el cuidado independientemente de las condiciones.

Hochschild (1983) denominó trabajo emocional a la gestión de los propios sentimientos como parte del trabajo remunerado. En enfermería, ese trabajo emocional no solo no se remunera: se utiliza como sustituto de los recursos materiales que el sistema no proporciona. La vocación es la forma más completa, y la más barata, de trabajo emocional del capitalismo sanitario tardío. Las consecuencias son predecibles y están documentadas. Salvagioni *et al.* (2017), en una revisión sistemática de 25 estudios prospectivos, encontraron que el predictor más potente

de *burnout* a largo plazo no era la carga de trabajo objetiva sino la disonancia entre los valores del cuidado y las condiciones que el sistema imponía para ejercerlo. Cuando la enfermera no puede ser la profesional que su ética le exige ser, el daño no es solo laboral. Es identitario.

## PILAR II. LA INVISIBILIDAD DEL CUIDADOR

“La institución borra las necesidades del profesional —espacio, descanso, seguridad— para centrarse exclusivamente en la productividad mecánica.” El segundo pilar describe la dimensión material de la vulneración. El sistema sanitario trata al profesional de enfermería como un recurso que no tiene necesidades propias: no necesita espacio para descansar, no necesita tiempo para comer, no necesita seguridad ante la violencia, no necesita reconocimiento ni identidad individual. Lo que no tiene necesidades no tiene derechos. Y lo que no tiene derechos no puede exigir condiciones.

La invisibilidad del cuidador opera en múltiples dimensiones simultáneas. En la arquitectura del espacio de trabajo: los controles de enfermería abiertos y expuestos, diseñados para la disponibilidad absoluta sin espacio propio, comunicando que el cuerpo profesional de la enfermera no merece las mismas condiciones que el del médico. En la nomenclatura institucional: la enfermera no tiene nombre propio en la puerta, es “la enfermera de la planta”, un genérico que borra la identidad individual bajo el uniforme. En el sistema de registro clínico: el trabajo preventivo y de vigilancia de la enfermera —el que mayor impacto tiene en la reducción de la mortalidad— es el que el sistema registra con menor precisión y valora con menor reconocimiento. Desde la perspectiva económica, la invisibilidad tiene una función contable precisa. Dall *et al.* (2009) calcularon que por cada dólar invertido en enfermería de calidad, el sistema sanitario ahorra entre cuatro y siete dólares en complicaciones evitadas, reingresos prevenidos y reducción de la estancia hospitalaria. Ese ahorro se produce gracias al trabajo invisible de la enfermera. Y precisamente porque es invisible, el sistema no necesita reconocerlo ni retribuirlo en su verdadero valor. Lo que no se ve no se paga. Y lo que no se paga no existe en los presupuestos. La invisibilidad del cuidador no es cultural ni accidental. Es la herramienta contable más rentable del sistema sanitario.

## PILAR III. LA FRACTURA COMO DESTINO

“El sistema no busca enfermeras veteranas: busca cuerpos jóvenes para consumir y desechar, provocando una fractura de identidad obligatoria a los 15-20 años de servicio.” El tercer pilar describe la dimensión temporal de la vulneración: la lógica del descarte programado. El sistema sanitario no está interesado en preservar el capital profesional acumulado de las enfermeras expertas. Está interesado en mantener un flujo continuo de profesionales jóvenes, físicamente resilientes, emocionalmente disponibles y económicamente menos exigentes que los profesionales veteranos.

La fractura de identidad a los quince o veinte años de servicio no es un accidente ni una excepción. Es el resultado predecible de un sistema que extrae sistemáticamente más de lo que retribuye. El Síndrome General de Adaptación de Selye (1976) lo describe con precisión biológica: ante el estrés crónico, el organismo pasa por la fase de alarma, luego por la de adaptación —que puede extenderse artificialmente mediante la resiliencia— y finalmente por la de agotamiento, que no tiene vuelta atrás sin intervención activa sobre el estresor. El modelo de Neuman (2011) sobre las líneas de defensa del sistema profesional añade la dimensión psíquica: cuando los estresores crónicos penetran sucesivamente la línea flexible de defensa, la línea normal y finalmente las líneas de resistencia, sin que ninguna intervención institucional refuerce esas líneas, el colapso del núcleo básico es matemáticamente predecible. Ese colapso tiene dos expresiones, ambas funcionales para el sistema desde perspectivas distintas. La primera es el abandono: la enfermera sale del sistema. Ese espacio queda disponible para una profesional joven, más barata, más dócil, que comenzará el mismo ciclo desde el principio. La segunda es el exilio interior: la enfermera permanece físicamente pero ha desarrollado una disociación funcional que le permite ejecutar los procedimientos del cuidado sin la carga emocional e identitaria que los hacía insostenibles. El sistema pierde una enfermera humanística pero retiene un cuerpo disponible. Para su lógica puramente productiva, eso es funcionalmente equivalente. La consecuencia sistémica de este tercer pilar es la que más directamente impacta en la calidad del cuidado al paciente: el sistema sanitario que produce la fractura de identidad de sus enfermeras expertas está destruyendo activamente su capital intelectual y clínico más valioso. Aiken *et al.* (2014) demostraron que la experiencia de la enfermera es un factor independiente de reducción de la mortalidad hospitalaria. Cada enfermera veterana que el sistema pierde —por abandono o por exilio interior— es evidencia de una decisión sistémica que prioriza el ahorro a corto plazo sobre la seguridad del paciente a largo plazo.