

Brechas globales

**Cómo Alemania terceriza la falta de
trabajadores de la salud**



Publicado por

Brot für die Welt
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Teléfono +49 30 65211 0
info@brot-fuer-die-welt.de
www.brot-fuer-die-welt.de

Autor/a German Andres Alarcon
Garavito, Juliana Ferreira de Santana

Redacción Julia Stoffner, Lou-Marleen
Appuhn, Michael Billanitsch

**Responsable en el sentido de la
ley alemana de prensa** Dr. Jörn
Grävingholt

Fotos Shutterstock/Focus Pix, título;
picture alliance/Sipa USA, pág. 12;
Stefan Hauck, pág. 14; Paola Reine,
pág. 17, 20

Diseño Simon Gümpel

Donaciones

Brot für die Welt
Bank für Kirche und Diakonie
IBAN: DE10 1006 1006 0500 5005 00
BIC: GENODED1KDB

Berlín, Febrero de 2026

Indice

Prefacio	4
Introducción	5
Panorama de los sistemas de salud de Brasil y Colombia	6
Políticas de contratación y emigración de trabajadores de la salud	13
Efectos de la contratación internacional de trabajadores sanitarios	16
Lecciones y recomendaciones más amplias	18
Cierre	20
Abreviaturas	22
Referencias	23

Prefacio

Alemania sufre una escasez cada vez más aguda de trabajadores calificados en el sector sanitario, sobre todo en enfermería. En respuesta, quienes definen la política pública en Alemania han identificado el reclutamiento de profesionales de la salud como una estrategia clave para atender estas carencias. Para ello, se ha establecido un número creciente de acuerdos bilaterales entre la Agencia Federal de Empleo Alemana (Bundesagentur für Arbeit, BA) y los países contraparte, denominados Acuerdos de Colocación de Profesionales de la Salud, con el fin de proporcionar un marco jurídico para la contratación estructurada y facilitar la migración laboral.

Estos acuerdos se suelen dirigir a países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, a menudo no se consideran suficientemente que implican estos acuerdos para los sistemas de salud en los países de origen. Aunque el sistema de salud alemán se beneficia de los profesionales formados en el extranjero, su emigración puede agravar las carencias existentes en sus países de origen. Las desigualdades económicas estructurales permiten a Alemania contratar personal sanitario de países que a su vez sufren importantes déficits de personal calificado.

A pesar de que comparativamente Alemania tiene una densidad de profesionales de la salud alta, se han celebrado acuerdos bilaterales de contratación con países como Brasil y Colombia. Alemania tiene, aproximadamente, 45 médicos por cada 10,000 habitantes, frente a 29 en Brasil y 26 en Colombia (1). Las disparidades son aún más pronunciadas en enfermería: Alemania emplea a unos 120 enfermeros por cada 10,000 habitantes, mientras que Brasil tiene 37 y Colombia sólo 16 por cada 10,000 (2). En este contexto, estos acuerdos plantean riesgos considerables para los sistemas de salud nacionales, que ya funcionan con muchos menos recursos humanos que Alemania.

Además, las disparidades regionales dentro de los países de origen rara vez se reflejan adecuadamente en las evaluaciones de la contratación. Las estadísticas nacionales pueden ocultar graves carencias en regiones concretas, sobre todo en zonas rurales y desatendidas. La contratación de profesionales de la salud de estas regiones puede socavar aún más las provisiones sanitarias locales y, en casos extremos, llevarlas al colapso. Además, las disparidades de ingresos entre países contribuyen a los flujos migratorios secundarios entre países vecinos, lo que da por resultado las llamadas cadenas de contratación. Desde una perspectiva global, esta dinámica supone en última instancia la mayor carga para los

países económicamente vulnerables con sistemas de salud frágiles. Estos efectos interrelacionados no se tienen en cuenta en la evaluación que Alemania hace de los posibles países socios. Además, los países de origen suelen asumir los costos financieros de la formación de profesionales que posteriormente emigran a países de destino como Alemania.

Los acuerdos bilaterales de contratación no deben dar lugar a estructuras explotadoras. Deben guiarse por unos estándares éticos, sociales y de derechos humanos claros. Los efectos adversos de la contratación activa por parte de terceros, incluidas las instituciones estatales y los agentes privados, deben reducirse al mínimo, no sólo para los trabajadores de la salud individuales, sino también para las poblaciones locales y los sistemas de salud de los países de origen.

Es esencial la participación significativa de todas las partes interesadas en la negociación de acuerdos bilaterales. La participación de las autoridades sanitarias locales, los sindicatos y las organizaciones de la sociedad civil es crucial para salvaguardar unas condiciones de trabajo justas y evitar daños a los sistemas de salud nacionales. Una toma de decisiones informada requiere datos completos y desglosados sobre el número, la distribución y las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. Estos datos no deben proceder exclusivamente de gobiernos u organizaciones internacionales.

Además, las inversiones públicas en educación y formación de profesionales de la salud que emigran posteriormente deben ser debidamente reconocidas y compensadas económicamente. La contratación internacional debe ir acompañada de medidas estructurales y de capacitación que aborden la pérdida de mano de obra, la transferencia de conocimientos y las consecuencias sociales más amplias de la migración, de acuerdo con el principio rector de “no hacer daño.”

Este estudio explora las consecuencias de la emigración de profesionales de la salud de Brasil y Colombia en el marco de acuerdos bilaterales con Alemania. Además, identifica las condiciones en las que pueden diseñarse dichos acuerdos para garantizar beneficios equitativos a todas las partes implicadas.

Julia Stoffner

Responsable de política sanitaria internacional
Brot für die Welt

Introducción

Esta investigación comisionada explora la migración y la contratación internacional de profesionales de la salud de Colombia y Brasil, con el objetivo de aportar información a las políticas públicas tanto de los países de origen como de destino. En toda América Latina y el Caribe se prevé una escasez de 600,000 profesionales de la salud para 2030, sobre la base de la referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 44.5 profesionales de la medicina, la enfermería y la partería por cada 10,000 habitantes. Las enfermeras, 56 % del personal de salud y de los cuales 89 % son mujeres, siguen siendo especialmente vulnerables a los bajos salarios, los contratos precarios y las presiones migratorias. Tanto Colombia como Brasil reflejan estos retos regionales: aunque Brasil cuenta con una mayor plantilla en general, sus desigualdades regio-

nales y su dependencia de las enfermeras reflejan las carencias de Colombia, que se sitúa en torno a 36 médicos, enfermeras y parteras por cada 10,000 habitantes, por debajo del objetivo de la OMS. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS han pedido una contratación ética, un trato justo de los trabajadores migrantes y una mayor cooperación. El objetivo de este trabajo es generar evidencia aplicable para orientar la toma de decisiones, la formulación de políticas públicas y la elaboración de acuerdos bilaterales justos y eficaces sobre la migración de los trabajadores de la salud.

German Andres Alarcon Garavito
Juliana Ferreira de Santana



Para profesionales cualificados Servicio

🌐 ES Español ES 🔍

¡Bienvenidos!

Información sobre la homologación profesional



Para profesionales cualificados

¿Quiere trabajar en su profesión en Alemania? Aquí le informamos en 11 idiomas sobre cómo y dónde puede obtener la homologación de su profesión extranjera.



Para asesores

¿Asesora o investiga en materia de homologación de cualificaciones profesionales extranjeras? Aquí obtendrá información especializada en alemán e inglés.



Para empleadores

¿Quiere contratar profesionales especializados con cualificaciones extranjeras? Aquí encontrará información práctica y ayuda (solo en alemán).

Alemania hace que sea fácil para los profesionales sanitarios cualificados encontrar empleo. Esto puede suponer un problema para sus países de origen.

Capítulo 1

Panorama de los sistemas de salud de Brasil y Colombia

Brasil

Creado por la Constitución de 1988 y regulado por la Ley 8080/1990, el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño es uno de los mayores sistemas de salud pública universal del mundo. Más del 70 % de la población, más del 85 % en las regiones desfavorecidas, depende exclusivamente del SUS para recibir asistencia médica (3–6).

Uno de los programas más importantes creados por el SUS para reducir las barreras y mejorar el acceso a la atención sanitaria fue la Estrategia de Salud de la Familia (Estratégia de Saúde da Família, ESF). Este modelo de atención primaria se puso en práctica en 1994 y moviliza equipos multidisciplinarios para asistir a las familias en áreas predefinidas, sirviendo como primer contacto con el sistema de salud y facilitando la evaluación de las necesidades locales. Actualmente, más del 60 % del total de hogares de Brasil están cubiertos por la ESF. Aunque la estrategia mejoró los resultados sanitarios, persisten las desigualdades en la utilización de la asistencia médica, por ejemplo, en el acceso a la atención especializada, que se traduce en largos tiempos de espera, y en el acceso a los medicamentos (3, 7).

El SUS también es conocido por programas que han obtenido reconocimiento internacional. Por ejemplo, el Programa Nacional de Inmunización (PNI) proporciona una amplia gama de productos inmunobiológicos sin costo alguno para la población. El SUS también gestiona el mayor programa de trasplantes del mundo financiado con fondos públicos. Para satisfacer las necesidades del vasto territorio y sus diferencias regionales, el SUS adoptó un modelo descentralizado, en el que los gobiernos federal, estatal y municipal comparten competencias y responsabilidades sobre el sector sanitario, incluido el financiamiento, que procede de los ingresos fiscales y de la seguridad social (6, 8).

La participación del gobierno en el financiamiento de la formación de los profesionales de la salud varía. No se dispone de datos sobre los costos por estudiante en las universidades públicas; sin embargo, el gobierno federal tiene dos programas para democratizar la enseñanza superior ayudando con los gastos de colegiatura de los inscritos en centros privados. El Programa Universidade para Todos (PROUNI) ofrece becas completas y parciales (50 % de la colegiatura), mientras que el Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) es un programa de préstamos estudiantiles que permite a los estudiantes financiar hasta el 100 % de la colegiatura.

Con un aumento exponencial del número de médicos, especialmente en la última década, la categoría contaba con 597,428 profesionales colegiados en diciembre de 2024, y se espera que alcance los 635,706 a finales de 2025, lo que representa una densidad de 29.8 médicos por cada 10,000 habitantes. La cifra, sin embargo, varía según las regiones, con una mayor densidad en las zonas urbanas y desarrolladas.

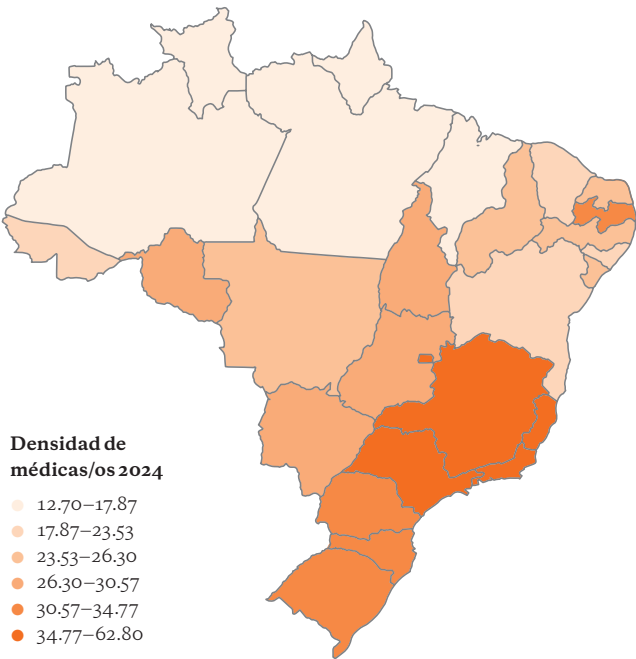


Figura 1. Densidad de médicos/os por 10,000 habitantes por estado
Fuente: Scheffer, 2025 (9)

Las disparidades también están presentes en la distribución de las instituciones educativas, siguiendo tendencias similares. En la actualidad, la mayoría de los centros de enseñanza superior son privados y representan el 79 % del total de plazas en las carreras de medicina que se ofrecen en el país (9, 10).

El grupo de enfermería está compuesto por tres categorías reguladas: enfermeras, técnicos de enfermería y auxiliares de enfermería. Difieren en cuanto a la formación exigida y el ámbito de actuación. Las enfermeras profesionales completan una formación universitaria de cinco años y están calificadas para funciones clínicas de mayor complejidad, liderazgo, gerencia y toma de decisiones. Los técnicos de enfermería cursan aproximadamente dos años de formación y prestan cuidados de complejidad

intermedia. Los auxiliares de enfermería están autorizados a prestar cuidados básicos bajo supervisión y reciben aproximadamente 15 meses de formación.

En 2025, el personal de enfermería colegiado fue numeroso, más de 799,000 enfermeras matriculados (37.4 por cada 10,000) (11), pero solo alrededor de la mitad están empleados de forma efectiva en el sistema de salud (12). La distribución es desigual, con escasez en las zonas remotas y exceso de oferta en las regiones metropolitanas.

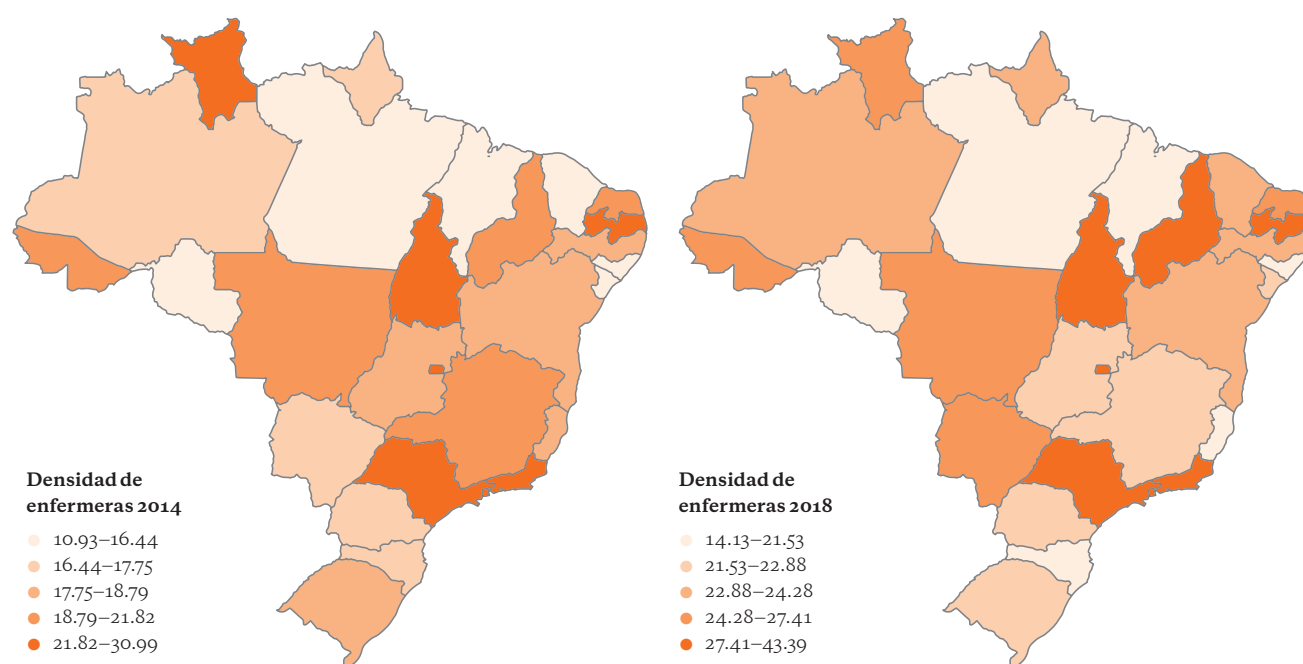


Figura 2. Densidad de enfermeras por cada 10,000 habitantes por estado

Fuente: PAHO, 2020 (13, 14)

La concentración de profesionales en los grandes centros urbanos se asocia con signos de saturación del mercado laboral, con un número cada vez mayor de enfermeras calificadas que compiten por un número relativamente limitado de puestos estables. Esta situación se refleja en desempleo y subempleo, largas jornadas laborales, contratos precarios y bajos salarios, condiciones

que autores han descrito como precarización del trabajo de enfermería (15–17). Al mismo tiempo, en algunas zonas persisten las dificultades para contratar y retener a las enfermeras, donde además suelen trabajar con infraestructuras inadecuadas y escasos incentivos para permanecer en el territorio (15, 18, 19).

Un estudio reciente realizado por el Ministerio de Salud de Brasil indica que, aunque en la última década se ha producido un aumento constante del número de puestos de enfermería en el sistema de salud, sigue habiendo una elevada rotación entre estos profesionales (21).

La capacidad educativa ha aumentado considerablemente. En 2023, Brasil contaba con 1,298 programas de enfermería, el 86.9 % en instituciones privadas (10, 22). Aunque los programas de formación a distancia representaban una pequeña parte de los cursos, suponían casi la mitad de todas las plazas de matrícula disponibles, una tendencia que impulsó una nueva regulación en 2025 que restringía la capacitación sanitaria a la modalidad presencial (23). Los expertos advierten sobre la necesidad de analizar las plazas ofrecidas en programas de enfermería, su nivel de eficiencia y las necesidades del mercado laboral (24).

Brasil no dispone de un sistema nacional de datos que monitoree la emigración de profesionales de la salud. Las fuentes existentes se centran principalmente en las entradas, y solo un pequeño número de enfermeras extranjeras están colegiadas en el país (21). La densidad global de trabajadores de la salud es de unos 67 por cada 10,000 habitantes (por encima del umbral de la OMS), por lo que Brasil no está incluido en la lista de la OMS de apoyo y salvaguarda del personal de salud (25). No obstante, los informes de los medios de comunicación y nuevos estudios indican un aumento de la emigración, especialmente de enfermeras y médicos, con destinos tan populares como Canadá, Estados Unidos, Alemania y el Reino Unido (26–28).

Entre 2022 y 2023, Brasil tuvo un acuerdo bilateral con Alemania para contratar enfermeras. Aunque el acuerdo se suspendió, el reclutamiento internacional sigue realizándose a través de agencias privadas. Muchas de estas empresas están en contacto con instituciones educativas privadas de Brasil para contratar a enfermeras recién licenciadas. También es posible ver publicidad en las redes sociales sobre la contratación internacional de médicos especialistas.

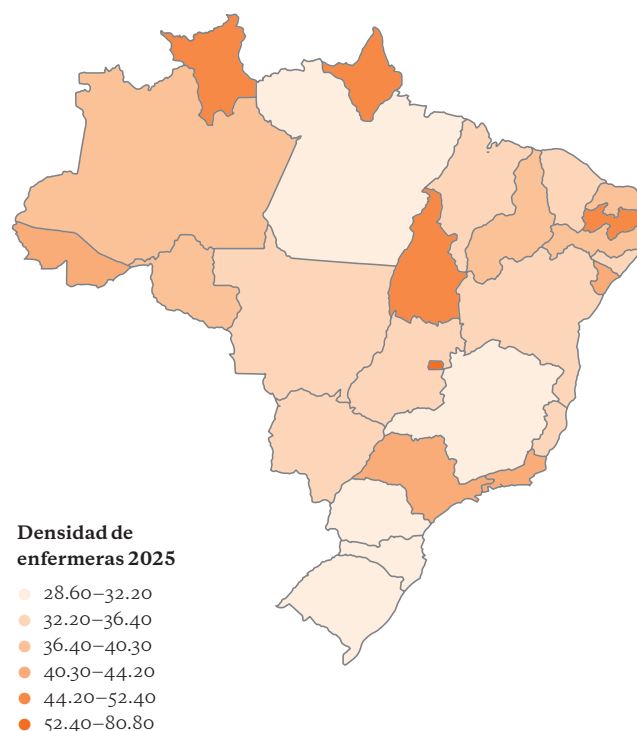


Figura 3. Densidad de enfermeras por cada 10,000 habitantes por estado

Fuente: Author's elaboration based on data from COFEN/CORENs and IBGE (11, 20)

Colombia

Según el Observatorio Colombiano de Talento Humano en Salud (OTHS), el país cuenta con 989,863 trabajadores de la salud (29), de los cuales 138,131 son médicos (26.21 por cada 10,000 habitantes) y 83,172 enfermeras (15.78 por cada 10,000 habitantes) (ver Tabla 1).

Indicador	Brasil	Colombia
Población total	213.4 millones	53.1 millones
Número total de enfermeras	799,337	83,172
Número total de médicas/os	597,428	138,131
Densidad de enfermeras (por 10,000 habitantes)	37.5	15.7
Densidad de médicas/os (por 10,000 habitantes)	29.8	26.2
Gasto sanitario (% PIB)	9.14	8
Nivel de ingresos	Mediano alto	Mediano alto

Tabla 1. Principales indicadores de personal en Brasil y Colombia
Fuentes: IBGE (2025) (20), COFEN (2025) (11), Scheffer (2025) (9), OTHS (2025) (29), & el Banco Mundial (2025) (30, 31)

Además, el personal de salud de Colombia es amplio pero está distribuido de forma desigual (véase la Figura 4).

No existe un registro oficial de parteras, aunque la partería tradicional persiste en las zonas rurales. Colombia también depende en gran medida del personal técnico y auxiliar, en particular de los técnicos de enfermería, que suman 363,479 en todo el país (68.98 por cada 10,000 habitantes) (29). Los técnicos de enfermería desempeñan un papel central, pero requieren supervisión, lo que refleja un sistema basado en delegar tareas más que en un número suficiente de profesionales plenamente formados. Colombia acoge 425 programas de nivel auxiliar, que ayudan a cubrir las necesidades básicas de atención pero no compensan el bajo número de enfermeras profesionales (32).

A pesar del reciente aumento en la formación, la densidad combinada de médicos, enfermeras y parteras sigue estando por debajo del objetivo de la OMS de 44.5 por cada 10,000 habitantes (29), con Colombia en aproximadamente 36 por cada 10,000, lo que la convierte en la cuarta con menor densidad de enfermeras en América (25). Los centros urbanos presentan concentraciones de fuerza laboral mucho más elevadas, mientras que las poblaciones rurales y dispersas siguen estando desatendidas (25).

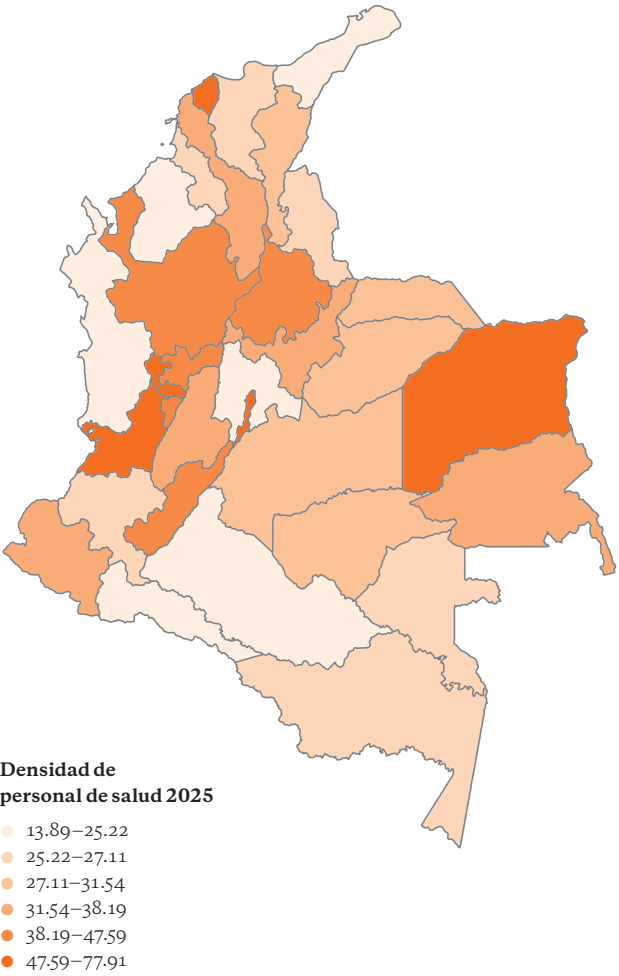


Figura 4. Densidad de personal de salud por cada 10,000 habitantes por departamento
Fuente: OTHS (2025) (29)

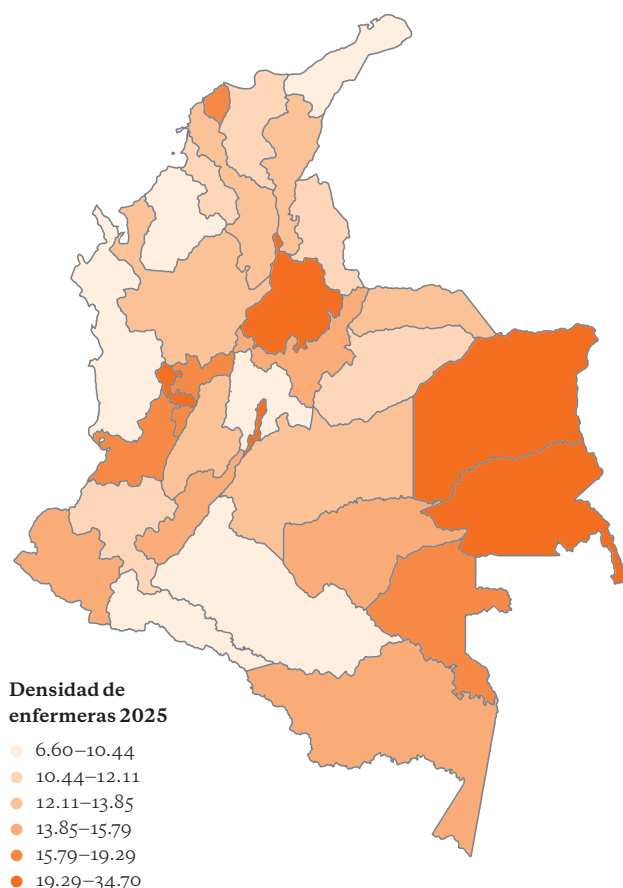


Figura 5. Densidad de enfermeras por cada 10,000 habitantes por departamento
Fuente: OTHS (2025) (29)

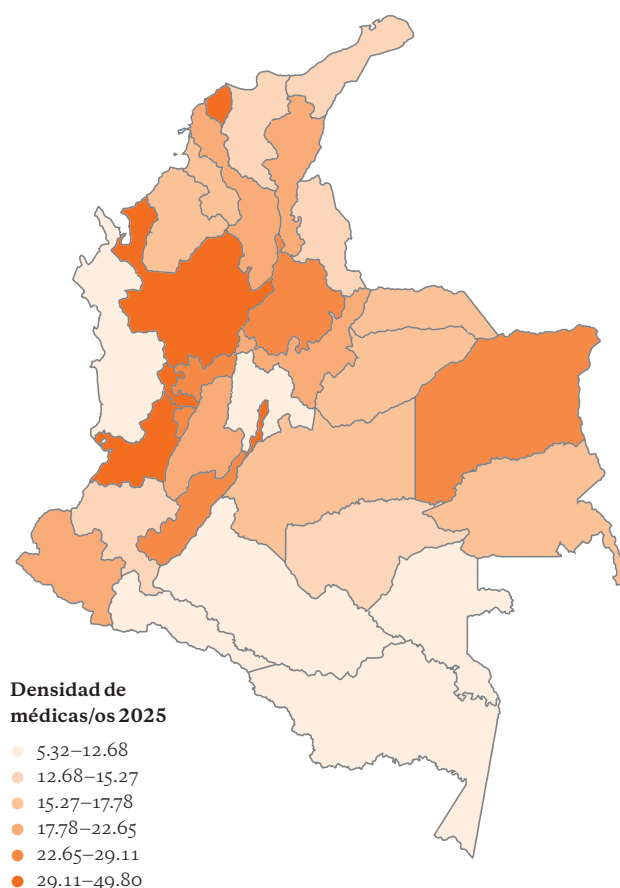


Figura 6. Densidad de médicos por cada 10,000 habitantes por departamento
Fuente: OTHS (2025) (29)

El sistema de salud ha mostrado importantes avances en materia de planificación y salud pública. Estrategias nacionales como el Plan Nacional de Eliminación y Erradicación de Enfermedades Transmisibles 2024–2031 han mejorado la vigilancia, la vacunación y la gestión de enfermedades de alta carga, como la malaria, la tuberculosis, el VIH y la hepatitis (33). La atención primaria ha ganado protagonismo gracias a la integración de servicios y a los esfuerzos intersectoriales para abordar el acceso al agua, la nutrición y otros determinantes (34). Colombia también ha reforzado su alineación con socios internacionales a través de la Estrategia de Cooperación de la OMS con el

País 2024–2026 (35). Las reformas laborales paralelas pretenden abordar el deterioro de las condiciones laborales y diversificar las modalidades de empleo (32). No obstante, siguen existiendo deficiencias estructurales. Las desigualdades regionales están arraigadas (34), la fuerza laboral sigue enfrentándose a la tercerización y al empleo informal, y las zonas remotas luchan por atraer a personal especializado. Solo el 26 % de los médicos son especialistas, muy por debajo de las medias de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) (32). Los problemas de gobernanza, financiamiento insuficiente y la fragmentación de los sistemas de información compro-

meten los esfuerzos de planificación y monitoreo. Presiones externas como el cambio climático y la resistencia a los antimicrobianos añaden más presión (33).

Colombia forma su personal de salud a través de dos subsistemas complementarios: la educación superior (títulos profesionales, especialidades, programas de posgrado) y el sistema de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (que forma auxiliares). La enseñanza de la enfermería es fundamental, con 65 facultades y escuelas (22 públicas, 43 privadas) (36). Aunque esto constituye la infraestructura formal nacional, parece modesta en comparación con sus homólogas regionales, donde el número de escuelas de enfermería a menudo llega a los cientos. Por ejemplo, en 2019 se informó que había más de 1,244 cursos y programas de enfermería (pregrado) en Colombia (37). La duración de los programas varía (ocho semestres: 29 programas; nueve: 14 programas; diez: 22 programas). Sin embargo, la distribución es desigual: Amazonas y Orinoquía (ambas en la región amazónica) no tienen facultades de enfermería propias, lo que obliga a recurrir a la formación técnica (10). Aunque el panorama de la educación sanitaria se ha triplicado desde la década del noventa (38), persisten las desigualdades regionales, el interés de los estudiantes es escaso y solo el 1.5 % de los jóvenes de 15 años manifiestan interés por la enfermería (39) (un nivel similar a las tendencias observadas en los países de la OCDE), debido principalmente a la percepción de una gran carga de trabajo, las difíciles condiciones laborales y los bajos salarios (40).

Las referencias internacionales sugieren que Colombia necesitaría aumentar los graduados entre un 8 y un 12 por ciento anual para duplicar su fuerza laboral en una década, especialmente en enfermería (41). Es importante señalar que no existen datos nacionales consolidados de dominio público sobre el gasto público en formación, lo que limita la transparencia y la planificación.

La migración de los profesionales de la salud es cada vez más visible, pero su seguimiento es escaso. La OMS calcula que el 15 % de los trabajadores de la salud y asistenciales de todo el mundo ejercen fuera de su país de nacimiento (42), y que los países de ingresos altos acogen a casi la mitad de las enfermeras del mundo (46 %) a pesar de representar solo el 17 % de la población (42). Colombia no emite sistemáticamente informes sobre indicadores de salidas ni mantiene registros de médicos o enfermeras que

emigran. Las cifras disponibles muestran que el 7 por ciento de los médicos colombianos y menos del 2 por ciento de las enfermeras se formaron en el extranjero (25). La emigración está aumentando considerablemente: las solicitudes formales de enfermeras colombianas para vinculación internacional aumentaron de cuatro en 2014 a 507 en 2021 (43). Entre los factores que contribuyen a ello se encuentran la remuneración inadecuada, los contratos precarios y la insatisfacción, aunque las enfermeras que emigran suelen enfrentarse a condiciones menos favorables en el extranjero (44). Esto refleja patrones globales en los que los países de ingresos altos contratan personal de países como Colombia para compensar su propia falta de inversión (44).

Colombia ha respondido con políticas como la Política Nacional de Enfermería y el Plan de Acción 2022–2031 para mejorar la calidad de la formación y crear incentivos para las regiones desatendidas (36). Sin embargo, estas políticas no abordan explícitamente la migración internacional y, sin datos nacionales fiables, el país corre el riesgo de sufrir una “fuga de cerebros”, que se ha definido como la extracción de profesionales calificados que emigran al extranjero en busca de mejores oportunidades, y que genera una distribución desigual del personal (45).

El discurso sobre la migración y la contratación internacional refleja la tensión entre la escasez nacional y la demanda mundial. A pesar de una densidad de enfermeras de solo 1.3 por cada 1,000 habitantes, muy por debajo de la recomendación internacional de 10 por cada 1,000 (46), Colombia ha firmado acuerdos con la Agencia Federal de Empleo de Alemania a través del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) para promover la movilidad laboral (46). Las agencias privadas de contratación también facilitan la emigración, ofreciendo formación en alemán (a menudo hasta el nivel B2) y vinculación laboral, obligando normalmente a los trabajadores a una estancia mínima de dos años en el extranjero (47). La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y líderes académicos han advertido de que esta emigración agrava la escasez y corre el riesgo de convertir las inversiones del Estado colombiano en un subsidio a los mercados laborales extranjeros (48). Además, investigaciones anteriores han resaltado que los acuerdos bilaterales rara vez cumplen las promesas de transferencia de conocimientos o inversiones (39, 49).

La emigración también atrae a los estudiantes: los del último semestre de pregrado reportan que tienen planes de emigrar incluso antes de incorporarse al mercado laboral, con Alemania, España, Canadá y Estados Unidos como principales destinos (50). También crece el interés por la migración “de sur a sur” dentro de América Latina (50). Aunque el Código Mundial de Prácticas de la OMS (42) destaca los riesgos de la fuga de recursos humanos, Colombia no figura en la Lista de la OMS para el apoyo y la salvaguardia del personal de salud 2023 (51), a pesar de que su déficit de enfermeras es crítico en comparación con los indicadores regionales y de la OCDE (52). Esto podría deberse a las limitaciones de la lista

como herramienta independiente, ya que no considera otros factores relevantes como el déficit con respecto a referencias regionales o de desarrollo, la mala distribución interna o el riesgo de precariedad futura.

Los líderes de enfermería colombianos de ACOFAEN han argumentado que la movilidad internacional puede ser positiva pero también expone a los profesionales a vulnerabilidades en el extranjero, donde pueden enfrentarse a condiciones menos favorables que las del personal local (48). Por este motivo, han instado a los gobiernos a mejorar la capacidad de formación, las condiciones de trabajo y las políticas de retención para evitar que se sigan agotando los recursos humanos (48).



Ante la escasez de personal sanitario cualificado, Brasil recurre a la contratación internacional para llenar las vacantes.

Capítulo 2**Políticas de contratación y emigración de trabajadores de la salud****Brasil**

Para comprender mejor las complejidades del tema, se realizaron dos entrevistas: una con representantes del Consejo Federal de Enfermería (COFEN), el organismo autónomo que regula la práctica de la enfermería en Brasil, y otra con un representante de la Secretaría de Gestión de Recursos Humanos y Educación para la Salud (SGTES), que supervisa la remuneración y la planificación de los recursos humanos. Estas entrevistas permitieron comprender la lógica política que subyace a los recientes acuerdos bilaterales y el entorno político más amplio en el que se negociaron.

Los representantes de COFEN participaron activamente en el desarrollo del acuerdo bilateral con Alemania, y el representante de SGTES trabaja directamente con las políticas de remuneración y la planificación del personal sanitario.

Para contextualizar el acuerdo bilateral con Alemania, es importante señalar que Brasil ya ha llevado a cabo anteriormente reclutamiento internacional selectivo, en particular a través del programa Más Médicos (Mais Médicos) puesto en marcha en 2013. Entre los profesionales contratados para trabajar en el programa hubo brasileños (que habían concluido sus estudios de medicina en Brasil o en el extranjero), así como médicos internacionales, lo que demostró la voluntad de Brasil de recurrir al reclutamiento internacional como estrategia para suplir carencias en zonas desatendidas (53). Entre 2013 y 2018, la OPS estableció una cooperación técnica con el gobierno brasileño, facilitando acuerdos entre Brasil y Cuba. Según el Ministerio de Salud de Brasil, en 2018, la participación de médicos cubanos representó el 60 % del total de participantes en el programa (54). El programa mejoró sustancialmente el acceso a la atención primaria y los indicadores de salud, y durante varios años recurrió en gran medida a médicos cubanos gracias a un acuerdo facilitado por la OPS. Su abrupto final en 2018 (55) mostró la vulnerabilidad de las políticas de contratación a los ciclos políticos y las tensiones diplomáticas. Otros estudios han demostrado que el programa supuso una enorme mejora de la cobertura de la atención primaria, así como de los indicadores de salud (56,57).

Aunque el Gobierno brasileño había mantenido hasta hace poco un acuerdo para la contratación de médicos internacionales, en junio de 2022, la Agencia Federal de Empleo de Alemania (Bundesagentur für Arbeit, BA) y el

COFEN firmaron un acuerdo bilateral para la contratación de enfermeras brasileñas (58). Según sus representantes, el COFEN fue designado por los entonces ministerios de Relaciones Exteriores, Trabajo y Empleo y Salud, bajo la administración de Bolsonaro, como el órgano para negociar el asunto. Antes de firmar el acuerdo, la organización tenía la expectativa de establecer una regulación y garantizar mejores condiciones de contratación para las enfermeras que los ofrecidos por las agencias privadas de contratación.

Aunque para la elaboración del acuerdo se utilizaron las directrices de la NIT (Normas Internacionales del Trabajo), no se aplicó el Código de Prácticas de la OMS para la Contratación Internacional de Personal Sanitario. Al preguntarles sobre el acuerdo, los representantes del COFEN afirmaron que la finalidad del acuerdo no era redirigir a las enfermeras, sino únicamente anunciar las ofertas de empleo, por lo que no sería aplicable el uso del Código. Se subrayó que la organización no participaba en el proceso de selección de los profesionales que emigraban. Además, el COFEN subrayó que el acuerdo se firmó entre dos entidades públicas autónomas y no entre ministerios gubernamentales.

Los entrevistados también describieron cómo la precariedad laboral, los bajos salarios y la necesidad de pluriempleo son los principales motores de la migración de las enfermeras, lo que concuerda con la bibliografía existente (59–61). Sin embargo, el acuerdo en sí no abordó estos problemas estructurales, sino que creó una vía que corría el riesgo de reforzarlos, ya que las enfermeras aceptaron la migración en gran medida como respuesta a la inestabilidad del mercado laboral nacional (62,63).

“Esperamos que en Brasil tengamos unas condiciones que animen a los profesionales a quedarse aquí, y los que quieran irse —porque algunos lo hacen— no lo harán por las malas condiciones, sino porque tienen mayores expectativas en otros lugares.”

(Representante del COFEN)

Organizaciones sindicales como la Federación Nacional de Enfermeras (FNE), la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (CNTS), el Sindicato de Psicoló-

gos del Estado de São Paulo (SINPSI SP), la Federación Nacional de Psicólogos (FENAPSI) y la Federación Nacional de Trabajadores de la Seguridad Social (CNTSS) emitieron una dura crítica al acuerdo bilateral entre el COFEN y Alemania (64). Argumentaron que carecía de protecciones laborales esenciales, no garantizaba el reconocimiento de las calificaciones y corría el riesgo de imponer costos financieros a las enfermeras, especialmente si la revalidación de títulos no tenía éxito (64). Es importante destacar que estos sindicatos cuestionaron la idea de un “excedente” de enfermeras brasileños, haciendo hincapié en las desigualdades regionales persistentes en la distribución de la fuerza laboral. Su crítica también destacaba que la negociación del COFEN sin consulta a los sindicatos ni al ministerio de salud debilitaba la protección de los trabajadores (64).

La percepción del acuerdo cambió con el tiempo, especialmente tras la transición de gobiernos. Durante el gobierno de Bolsonaro, el gobierno designó a COFEN para actuar como la organización responsable de la discusión de los términos y condiciones con la Agencia Federal de Empleo de Alemania, mientras que el nuevo gobierno con Lula como presidente mostró más interés en proteger la fuerza de trabajo nacional y llegar a un acuerdo mutuamente beneficioso. En una rueda de prensa con el Presidente en diciembre de 2023, el ministro de Trabajo declaró que Alemania no había cumplido algunos de los puntos acordados en el memorando sobre la contratación de las enfermeras brasileños, y que se había presentado una carta oficial informando del asunto. También reiteró la importancia de proteger al personal sanitario. Mencionó puntos a tratar con el gobierno alemán, como las garantías sobre la familia, los esfuerzos para promover la adaptación cultural y una mayor implicación de las federaciones y sindicatos (65).

El acuerdo se suspendió en noviembre de 2023, pero el Gobierno brasileño tiene la intención de crear un grupo interministerial para seguir debatiendo el asunto y desarrollar la contratación ética, evitando la fuga de cerebros y trabajando en beneficio mutuo (66).



Dos parteras colombianas ayudan a una madre durante el parto. En Colombia ni siquiera hay estadísticas sobre el número de parteras que ejercen.

Colombia

Se realizaron dos entrevistas a informantes clave: I. a un antiguo alto funcionario de la Dirección de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud, con experiencia en el mundo académico, las asociaciones profesionales y el diseño de políticas, y II. a una líder sindical y académica, alta representante de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), con amplia experiencia en incidencia en enfermería, políticas de enfermería y docencia universitaria. En conjunto, estas entrevistas recogen tanto las perspectivas políticas como las de las bases y los sindicatos sobre la migración de los trabajadores de la salud y la contratación internacional.

Ambos entrevistados subrayaron que Colombia carece de una política nacional coherente en materia de contratación internacional de profesionales de la salud. A pesar del elevado volumen de migración, sobre todo de enfermeras, no existe un marco bilateral claro que regule la contratación o garantice la reciprocidad.

En cambio, los acuerdos están fragmentados y se negocian en gran medida a través del Ministerio de Asuntos Exteriores y no del Ministerio de Salud, con escasa o nula consulta a asociaciones de enfermería como la ANEC. Por ejemplo, el reciente acuerdo bilateral con Alemania fue firmado por el Ministerio de Asuntos Exteriores sin participación de las asociaciones profesionales, a pesar de que facilita las operaciones de las agencias de contratación en Colombia.

La posición oficial de la ANEC no es de apoyo a la emigración, sino de defensa del derecho de los profesionales a buscar mejores oportunidades en el extranjero. La asociación ha escrito a embajadas y representantes oficiales para expresar su preocupación por el éxodo de enfermeras, pero informa de haber recibido escasa respuesta del gobierno nacional.

“El reclutamiento internacional en Colombia se asemeja a un formato de trata de personas; las agencias prometen condiciones que no se cumplen una vez que las enfermeras llegan... Hemos constatado esto por nuestras colegas que se han trasladado a países como Alemania.”

(Dirigente de la ANEC)

Ambas entrevistas enfatizan que algunos gobiernos locales y universidades fomentan activamente la migración, por ejemplo, mediante programas de formación o campañas de contratación directa, a pesar de la importante escasez de enfermeras en sus propias regiones. Esto se considera un menoscabo de las necesidades nacionales de personal sanitario y un caso de “emigración apoyada por el Estado”. En consecuencia, los entrevistados indicaron que el enfoque actual de Colombia es permisivo y no está regulado, dejando el reclutamiento principalmente en manos de actores privados y agencias extranjeras.

Capítulo 3

Efectos de la contratación internacional de trabajadores sanitarios

Brasil

Brasil carece de datos oficiales sobre el número de trabajadores de la salud que emigran a otros países; sin embargo, un estudio realizado por el Ministerio de Asuntos Exteriores indica que, en 2022, aproximadamente 4.9 millones de brasileños vivían en el extranjero, con cifras más elevadas en Norteamérica y Europa (67).

Durante una entrevista con representantes del COFEN, se observó que, aunque el COFEN no mantiene datos oficiales sobre la migración de enfermeras, su representante informó de un aumento constante del fenómeno: mientras que hace unos años las solicitudes de documentación para la inmigración en los consejos regionales de enfermería eran esporádicas, hay informes de que hoy en día se producen todas las semanas.

Aunque los datos sobre el número de médicos y enfermeras que abandonan el país son escasos, la tendencia al alza de la migración del personal sanitario es evidente, y la contratación internacional también se produce a través de agencias privadas.

Los entrevistados señalaron que aún no es posible observar impactos negativos de la migración de enfermeras en los servicios sanitarios, en gran parte debido al elevado número de escuelas de enfermería y de profesionales registrados.

Esta interpretación, sin embargo, solo tiene en cuenta las cifras totales y no reconoce la documentada mala distribución de las enfermeras entre las regiones y las dificultades para atraer y retener a las enfermeras en las zonas desfavorecidas y remotas del país.

Los representantes de SGTES reconocen estas desigualdades y señalan que no es fácil elaborar datos oficiales sobre la distribución de enfermeras en zonas remotas frente a las urbanas. La base de datos del COFEN, por ejemplo, está organizada principalmente por estado y por registro profesional, no por el lugar donde trabaja la enfermera o si el trabajo es rural o urbano, lo que dificulta ver con claridad dónde están realmente las carencias sobre el terreno.

En estas condiciones, la emigración de enfermeras puede agravar directamente la escasez en regiones que ya están insuficientemente atendidas. Incluso cuando las que se marchan proceden de mercados de trabajo urbanos saturados, como la región del Sureste, representan a profesionales que, en principio, podrían movilizarse para cubrir carencias en otras partes del país.

Aunque el aumento exponencial de las escuelas de enfermería no ha resuelto las disparidades regionales de fuerza laboral, debido sobre todo a la falta de una planificación adecuada, también ha suscitado preocupación por la calidad de la formación, sobre todo en el caso de los programas que se ofrecen a través de la modalidad en línea. Al mismo tiempo, el reclutamiento internacional tiende a alejar a los profesionales más calificados, como se afirma en una entrevista:

“Lo que solemos enviar al extranjero es una fuerza laboral más calificada que pueda superar con éxito estos procesos de selección. Así que tendemos a exportar lo mejor de lo que tenemos.”

(Representante de SGTES)

La inadecuada dotación de personal de enfermería en las instituciones sanitarias, caracterizada por una elevada relación de pacientes por enfermeras, fue un tema recurrente en las entrevistas. También se mencionó la composición desproporcionada del grupo de enfermería. De hecho, las enfermeras profesionales solo representan una cuarta parte del personal total de enfermería, y la mayor proporción (más de dos millones de trabajadores) corresponde a los técnicos de enfermería, lo que pone de manifiesto la fragilidad del sistema. La emigración de estos profesionales calificados tendría un impacto negativo aún mayor en el ecosistema.

Además, la emigración de estos profesionales representa una pérdida permanente de inversiones en formación financiadas con fondos públicos y da lugar a importantes costos de oportunidad para el sistema de salud.

Colombia

Los entrevistados describieron una doble pérdida: (a) el agotamiento de una fuerza laboral de enfermería ya escasa y desigualmente distribuida, y (b) la pérdida de inversiones públicas en la formación de profesionales altamente calificados. Cada año se gradúan unas 5,500 enfermeras, pero muchos emigran poco después de licenciarse o a mitad de carrera, lo que a menudo deja a las zonas desatendidas completamente desprovistas de personal profesional.

“Hay municipios en Cundinamarca (región donde está Bogotá) donde no hay ni una sola enfermera profesional”

(Líder de la ANEC)

Las condiciones laborales se citaron repetidamente como el principal motor de la migración: tercerización, bajos salarios, contratos precarios y falta de reconocimiento en comparación con los de los médicos. Esto genera “desesperanza” y lleva a la emigración como estrategia de supervivencia más que como elección profesional.

“Las enfermeras emigran muy endeudados, buscando dignidad y un salario justo”

(Dirigente de la ANEC)

Ambos entrevistados hicieron hincapié en los riesgos y costos que soportan las emigrantes, como las grandes deudas para cubrir los gastos de emigración y la posibilidad de recibir un trato desigual en el extranjero, incluidas jornadas laborales más largas o salarios más bajos en comparación con el personal local. También se mencionaron la separación familiar y el estrés psicosocial.

A nivel del sistema, la migración debilita la capacidad de los hospitales y las universidades para mantener personal con experiencia, erosiona la continuidad de los cuidados y puede exacerbar la dependencia de auxiliares de enfermería en lugar de profesionales, especialmente en zonas rurales y dispersas. Esto socava el avance declarado de Colombia hacia un modelo de salud preventivo y orientado a la comunidad.



En Colombia, solo el 26 por ciento de los médicos/os están especializadas/os.

Capítulo 4

Lecciones y recomendaciones más amplias

Brasil

Teniendo en cuenta que Brasil carece de datos coherentes y fiables sobre el personal sanitario que emigra a otros países, el representante del SGTES sugirió que el punto de partida para Brasil sería mejorar la recogida de datos sobre la fuerza laboral e identificar posibles excedentes o déficits. Brasil está dando pasos en este sentido. El Ministerio de Sanidad está elaborando un censo de personal sanitario (68), así como un informe sobre la demografía de enfermeras. Los datos se utilizarán para elaborar un plan a diez años del personal. En julio de 2025, Brasil, en colaboración con la OPS, celebró el Foro Internacional sobre Recursos Humanos para la Salud en las Américas. El debate dio lugar a un consenso regional sobre la gerencia ética y sostenible de la migración del personal sanitario y se espera que sirva de base para una futura hoja de ruta sobre el tema (69).

En cuanto a las sugerencias para futuras colaboraciones, todos los entrevistados manifestaron su interés por el pago de una indemnización por parte del país de destino:

“¿Qué contrapartida ofrece el país contratante a un país [...] económicamente más débil que ellos y que ha invertido en su fuerza laboral?”

(Representante del SGTES)

El representante del COFEN añade: “Creo que la principal recomendación para un futuro acuerdo para los países que necesitan esta fuerza laboral es invertir en la formación de las personas de los países que consideran contratar. [...] la importancia radica en la formación y en los acuerdos entre los propios gobiernos, para evitar cualquier impresión de explotación, por ambas partes”

Aunque Alemania busca contratar enfermeras solo en los países con un excedente de estas profesionales, según los informes, y lo enmarca en la estrategia Triple Ganancia, los beneficios aportados a los países de origen (principalmente remesas y circulación de cerebros) no parecen compensar sus pérdidas (55).

“El Gobierno alemán, desde el principio, nos dijo que le preocupaba entender el impacto. Así que creo que estos acuerdos entre gobiernos también son importantes. Por lo tanto, hay que invertir en formación y garantizar que las condiciones de trabajo allí se mantengan adecuadamente”

(Representante del COFEN)

El Código Mundial de Buenas Prácticas de la OMS recomienda que los países de destino apoyen a los países de origen a través de medidas como las asociaciones para la formación y la transferencia de tecnología (70). En el contexto de un país como Brasil, donde la formación de los profesionales de la salud está muy financiada con fondos públicos y el Gobierno invierte en el desarrollo y la retención del personal sanitario, a pesar de las limitaciones financieras, el pago de una indemnización por esta inversión debe ir más allá. También es primordial para el desarrollo y el éxito de un acuerdo mutuamente beneficioso promover el compromiso de las partes interesadas y fomentar debates constructivos para comprender mejor las necesidades y prioridades tanto de los países de origen como de destino.

Colombia

Ambos entrevistados coincidieron en la urgente necesidad de una estrategia nacional e interministerial que coordine a los Ministerios de Salud, Asuntos Exteriores, Educación y Trabajo para abordar la retención del personal sanitario y la contratación internacional. Destacaron que, sin una política unificada, Colombia está “formando para la exportación” en lugar de crear capacidad nacional.

“La fragmentación del sector, incluidos los sindicatos de profesionales de la salud, impide que esto se convierta en una prioridad política”

(Ex funcionario del Gobierno)

Una recomendación clave fue negociar acuerdos bilaterales con los países de destino. Estos acuerdos no solo deben regular las cifras de contratación, sino también incluir garantías ejecutables sobre las condiciones de trabajo en el extranjero, el reconocimiento de las calificaciones y sistemas de monitoreo para salvaguardar los derechos de los trabajadores. Los entrevistados también hicieron hincapié en la necesidad del pago de una indemnización económica por parte de los países receptores.

“Alemania y cualquier país que contrate personal sanitario debería pagar un impuesto para financiar más plazas de formación en las universidades públicas”

(Ex funcionario del Gobierno).

El dirigente de la ANEC también apoyó esta afirmación. Este “impuesto de formación” permitiría a Colombia reinvertir en su personal sanitario y garantizar que la inversión pública en educación profesional beneficie al sistema nacional de salud en lugar de subvencionar a naciones más ricas.

Otra lección se refiere al fortalecimiento de los sindicatos y las asociaciones profesionales. Ambos entrevistados contrastaron la cultura sindical débil y fragmentada de Colombia con la afiliación sindical obligatoria y la mayor influencia institucional de Brasil. El dirigente de la ANEC señaló que los profesionales de la salud colombianos se enfrentan a la persecución y a barreras socioeconómicas

para organizarse, lo que merma su capacidad para influir en las políticas y negociar condiciones más justas. La construcción de un poder colectivo, argumentaron, es fundamental para elevar el tema de la migración en la agenda política.

Por último, ambos pidieron mejoras en las condiciones de trabajo en el país y en la educación para hacer de la emigración una auténtica opción y no un acto de desesperación. Esto incluye poner fin a la tercerización, aumentar los salarios, crear un régimen laboral especial para el sector sanitario, es decir, un conjunto adaptado de normas laborales, protecciones y prestaciones que reconozcan la carga de trabajo, los riesgos y los requisitos de formación específicos del sector, y revisar los planes de estudios universitarios para que las enfermeras se gradúen con las competencias necesarias para defender sus derechos laborales y negociar condiciones éticas antes de emigrar.

“Si no se modifica el régimen laboral del personal sanitario, Colombia seguirá 'formando para la exportación' en lugar de crear capacidad nacional”

(Ex funcionario del Gobierno y dirigente de la ANEC)

Capítulo 5

Cierre

Una limitación clave de este análisis comparativo es la desigual disponibilidad de información entre ambos países. Mientras que las experiencias de Brasil, especialmente a través de Mais Médicos y las negociaciones de COFEN con Alemania, generaron cierto grado de documentación pública, el acuerdo de Colombia con Alemania sigue siendo mucho menos transparente. Esta visibilidad limitada parece deberse a la ausencia de procesos formales de consulta, al acceso restrictivo del público a los documentos y a una falta general de comunicación por parte de las instituciones implicadas. En consecuencia, el caso colombiano contiene menos detalles, no porque la cuestión sea menos importante, sino porque el acuerdo se puso en práctica con una transparencia mínima y prácticamente sin material a disposición del público. Esta escasez de información es en sí misma un hallazgo importante: los procesos opacos socavan la rendición de cuentas, limitan la capacidad de monitoreo de los impactos y debilitan la evidencia en la que se apoyan los tomadores de decisión.

En ambos países, la comparación revela dos enfoques marcadamente diferentes, determinados por la capacidad institucional, el contexto político y la participación de las principales partes interesadas. La trayectoria de Brasil refleja programas más estructurados y la participación visible de consejos profesionales como el COFEN, que negoció directamente con las autoridades alemanas y contribuyó a enmarcar las condiciones de contratación. Colombia, en cambio, ha seguido un camino más reactivo y fragmentado, con las asociaciones profesionales totalmente excluidas de las negociaciones y las agencias privadas de contratación desempeñando un papel dominante. La tradición de sindicalización de Brasil y una infraestructura de formación pública más sólida confieren una ventaja a la hora de negociar garantías, mientras que la dependencia de Colombia de intermediarios privados reduce la supervisión y aumenta la vulnerabilidad de los trabajadores de la salud ante unas condiciones precarias, un apoyo limitado y un seguimiento desigual. Estas



diferencias muestran cómo la fortaleza institucional y el diálogo social pueden determinar si el reclutamiento internacional funciona en un marco ético y regulado o en uno que intensifique las desigualdades laborales existentes. Esta comparación también resalta una lección política crucial: sin consulta, pago de una indemnización y fuertes protecciones nacionales, la contratación internacional puede agravar las desigualdades en los países de origen.

Además, la ausencia de Brasil y Colombia de la Lista de Salvaguardia de la OMS no debe interpretarse como prueba de que sus sistemas de salud sean resistentes o estén suficientemente dotados de personal. En cambio, muestra las limitaciones de los indicadores globales para medir retos complejos como la austeridad fiscal, la inseguridad profesional, la mala distribución interna y la creciente presión de la contratación ejercida por los países de ingresos altos que se enfrentan a su propia escasez de personal. Ambos países, por tanto, siguen en una situación estructuralmente precaria en lo que respecta a la sostenibilidad a largo plazo de su personal sanitario.

Un hallazgo transversal central es la falta casi total de datos exhaustivos, transparentes o coherentes. No existe un sistema unificado de documentación: 1. el contenido y las condiciones de los acuerdos bilaterales con Alemania; 2. la verdadera magnitud de los flujos de emigración de enfermeras; o 3. los efectos directos e indirectos de estos procesos de contratación en los sistemas de salud nacionales. La ausencia de dicha información no es solo una carencia técnica, sino una barrera estructural que impide una evaluación adecuada, oculta los riesgos potenciales y bloquea el desarrollo de respuestas políticas basadas en evidencia. Esto también representa una importante carencia en la literatura académica y política existente.

Los datos disponibles, tanto de Brasil como de Colombia, demuestran una cruda e incómoda realidad: los países de destino no se limitan a atraer talentos, sino que, de hecho, extraen los escasos profesionales de la salud formados públicamente de unos sistemas de salud que ya se encuentran bajo presión. Esta pérdida sostenida agrava las desigualdades geográficas, debilita la inversión pública y socava la soberanía sanitaria. Las entrevistas realizadas en el marco de este trabajo revelan un sentimiento compartido de urgencia: sin estrategias nacionales coordinadas, acuerdos internacionales transparentes y pro-

tecciones aplicables para los trabajadores de la salud migrantes, la contratación internacional corre el riesgo de convertirse en una forma de extracción institucionalizada que beneficie a los países de altos ingresos a expensas de los países de origen.

Tanto las directrices de la OMS como los expertos consultados hacen hincapié en que los países de destino tienen una importante responsabilidad a la hora de garantizar prácticas de contratación éticas, garantizar un trato justo a los trabajadores migrantes y proporcionar una compensación a los países de origen de cuyos recursos y sistemas de formación dependen. Las transferencias financieras para ampliar la capacidad de formación, las inversiones en políticas de retención, el apoyo bilateral a la planificación de la fuerza laboral y los mecanismos que facilitan la migración circular o temporal no deberían ser opcionales. Son componentes esenciales de un personal sanitario mundial justo y sostenible. Solo con medidas de este tipo podrá la migración de trabajadores de la salud pasar de ser un modelo de fuga de cerebros a un intercambio mutuamente beneficioso que refuerce, en lugar de agotar, los sistemas de salud de ambas partes.

Estas conclusiones también apuntan a recomendaciones claras. En primer lugar, existe una necesidad de investigación rigurosa y sistemática sobre los impactos del reclutamiento internacional, en particular el que tiene lugar actualmente entre países de ingresos altos como Alemania y países latinoamericanos. Comprender cómo afectan estos procesos a la prestación de servicios, la distribución del personal y la respuesta a largo plazo de los sistemas de salud es indispensable para elaborar políticas nacionales e internacionales eficaces. En segundo lugar, tanto Brasil como Colombia deberían establecer sistemas transparentes y centralizados para el seguimiento de los acuerdos bilaterales, los procesos de contratación y los flujos de emigración. Sin ello, ni los gobiernos ni las organizaciones internacionales pueden evaluar con precisión los riesgos, salvaguardar a los trabajadores o planificar el desarrollo sostenible de la fuerza laboral. Por último, cualquier acuerdo futuro debe incluir consultas con las asociaciones profesionales, mecanismos claros de rendición de cuentas y protecciones ejecutables para garantizar que la contratación contribuye a las metas sanitarias mundiales compartidas en lugar de intensificar las desigualdades existentes.

Abreviaturas

ACOFAEN	Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
CNTS	Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde)
CNTSS	Confederación Nacional de Trabajadores de la Seguridad Social (Central Única dos Trabalhadores)
COFEN	Consejo Federal de Enfermería (Conselho Federal de Enfermagem)
CORENs	Consejos Regionales de Enfermería (Conselho Regional de Enfermagem)
ESF	Estrategia de Salud de la Familia (Estratégia de Saúde da Família)
FENAPSI	Federación Nacional de Psicólogos (Federação Nacional dos Psicólogos)
FIES	Programa de Financiamiento Estudiantil (Fundo de Financiamento Estudantil)
FNE	Federación Nacional de Enfermeros (Federação Nacional dos Enfermeiros)
IBGE	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)
NIT	Normas internacionales del trabajo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OTHS	Observatorio de Talento Humano en Salud de Colombia
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNI	Programa Nacional de Inmunización (Programa Nacional de Imunização)
PROUNI	Programa Universidad para Todos (Programa Universidade Para Todos)
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
SGTES	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde)
SINPSI SP	Sindicato de Psicólogos del Estado de São Paulo (Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo)
SUS	Sistema Unificado de Salud – Sistema Público Brasileño de Salud (Sistema Unico de Saude)
OMS	Organización Mundial de la Salud

Referencias

1. Statistisches Bundesamt. 2025 [cited 2025 Nov 28]. Basistabelle Ärztedichte. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/Tabellen/Basistabelle_Aerzte.html + data from publication
2. Statista. 2025 [cited 2025 Nov 28]. Number of practicing nurses worldwide as of 2022, by country. Available from: <https://www.statista.com/statistics/283124/selected-countries-nurses-per-1-000-inhabitants/>
3. IBGE Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
4. Ortega F, Pele A. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. *Lancet Reg Health – Am* [Internet]. 2023 Dec 1;28. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00205-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00205-3/fulltext)
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
6. Brasil. Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
7. Coube M, Nikoloski Z, Mrejen M, Mossialos E. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998–2019). *Int J Equity Health*. 2023 Feb 2;22(1):25.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus/sus>
9. Scheffer M, Almeida C de J, Cassenote AJF, Dias IWH, Moreira JP de L, Sousa J, et al. Demografia Médica no Brasil 2025. Caetano M, editor. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. 446 p.
10. SEMESP. Mapa do Ensino Superior no Brasil, 12a edição [Internet]. São Paulo: SEMESP; 2022. Available from: <https://www.sesesp.org.br/wp-content/uploads/2022/07/mapa-do-ensino-superior-2022-06-30.pdf>
11. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Enfermagem em Números – Cofen. Available from: <https://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros/>
12. DATASUS. CNES – Recursos Humanos – Profissionais – Indivíduos – segundo CBO 2002 – Brasil [Internet]. 2025. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prido2br.def>
13. PAHO - Observatório Regional de Recursos Humanos em Saúde. Fotografia da enfermagem no Brasil. 2020 [cited 2025 Nov 21]. Fotografia da enfermagem no Brasil. Available from: <https://www.observatoriorh.org/pt/infografico-fotografia-da-enfermagem-no-brasil>
14. APS Redes. Fotografia da Enfermagem no Brasil [Internet]. 2020 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://apsredes.org/fotografia-da-enfermagem-no-brasil/>
15. Aquino ÉCD, Guimarães RA, Pagotto DDP, Duarte JA, Silva Filho AID, Borges Júnior CV. Trends and spatial distribution of precarious work conditions for nurses in Brazil based on the type of employment bond. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2025;33:e4644.
16. Machado MH, De Oliveira E, Lemos W, De Lacerda WF, Filho WA, Wermelinger M, et al. MERCADO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: ASPECTOS GERAIS. *Enferm Em Foco*. 2016 Jan 27;7(ESP):35.
17. Oliveira JSAD, Pires DEPD, Alvarez ÂM, Sena RRD, Medeiros SMD, Andrade SRD. Trends in the job market of nurses in the view of managers. *Rev Bras Enferm*. 2018 Feb;71(1):148–55.
18. Junior JCG, Adilson Gomes De Campos, Marttem Costa De Santana, Rayssa Cristina Veiga Campos, Muniz AB, Da Silva Aguiar AGB, et al. ENFERMAGEM EM ÁREAS REMOTAS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO INTERIOR DA REGIÃO NORTE DO BRASIL. 2023 Jun 21 [cited 2025 Dec 8]; Available from: <https://zenodo.org/record/8062621>
19. Marinho GL, Queiroz MEVD. Cobertura populacional de enfermeiros no Brasil: estimativas com base em diferentes fontes de dados. *Trab Educ E Saúde*. 2023;21:e00916202.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação | IBGE [Internet]. [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>
21. Saúde M da. Demografia e mercado de trabalho em enfermagem no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. (Demografia da Enfermagem no Brasil 2025).
22. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Inep. 2024. Censo da Educação Superior. Available from: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior/censo-da-educacao-superior>
23. Brasil. Decreto no 12.456, de 19 de maio de 2025 [Internet]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/d12456.htm
24. Oliveira APC de, Ventura CAA, da Silva FV, Angotti H, Mendes IAC, de Souza KV, et al. State of Nursing in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 28:e3404.
25. Organización Panamericana de la Salud. La fuerza de trabajo en salud en las Américas - Datos e indicadores regionales [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2025 Jan. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/64275/9789275329702_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y
26. Silva KL, de Sena RR, Tavares TS, Belga SMMF, Maas LWD. Migrant nurses in Brazil: demographic characteristics, migration flow and relationship with the training process. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 Mar 28;24:e2686.

27. Mota NV y VP da, Ribeiro H. Emigration of Brazilian doctors to the United States of America. *Saúde E Soc.* 2019 Jul 1;28:286–96.
28. Scheffer MC, Cassenote AJF, Guilloux AGA, Dal Poz MR. Internal migration of physicians who graduated in Brazil between 1980 and 2014. *Hum Resour Health.* 2018 May 2;16(1):21.
29. Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS). Indicadores básicos de Talento Humano en Salud – Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [Internet]. 2025. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx#:~:text=El%20Observatorio%20de%20Talento%20Humano%20en%20Salud%20-OTHS-%20Colombia-%20oes,el%20talento%20humano%20en%20Salud>.
30. World Bank. World Bank Data / Brazil [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://data.worldbank.org/?locations=BR-XT>
31. World Bank. World Bank Open Data. 2025 [cited 2025 Nov 21]. Current health expenditure (% of GDP). Available from: <https://data.worldbank.org>
32. Andrés García-Suaza, Carlos Felipe Holguín, Julieth Ríos, Paul Rodríguez-Lesmes, Bernardo Romero-Torres. labour. 2023 [cited 2025 Sep 22]. Radiografía del mercado laboral para los profesionales de la salud. Available from: <https://www.labourosario.com/post/radiografia-del-mercado-laboral-para-los-profesionales-de-la-salud>
33. Pan American Health Organization. Perfil de País – Colombia | Salud en las Américas [Internet]. [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/colombia>
34. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Colombia Lanza el Plan Nacional de Eliminación y Erradicación de Enfermedades Transmisibles [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/colombia-lanza-el-plan-nacional-de-eliminacion-y-erradicacion-de-enfermedades-transmisibles.aspx>
35. Pan American Health Organization. Estrategia de Cooperación con el País 2024-2026 [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-con-pais-equidad-salud-para-vida-colombia-2024-2026>
36. Asociaciones y Organizaciones de Enfermería de Colombia. Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería. 2020 [cited 2025 Sep 22]. Política Nacional de Talento Humano en Enfermería en Colombia y Plan Estratégico 2020–2030 – Resignificando la profesión de Enfermería en Colombia. Available from: <https://www.acoen.org.co/index.php/eventos/politica-nacional-de-enfermeria-2020-2030>
37. Fehn AC, Alves TDSG, Poz MRD. Higher education privatization in Nursing in Brazil: profile, challenges and trends. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021;29:e3417.
38. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud – Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política Nacional de Talento Humano en Salud [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2018 Jul. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
39. OECD. What Do We Know about Young People's Interest in Health Careers? [Internet]. OECD Publishing; 2025 [cited 2025 Sep 22]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/what-do-we-know-about-young-people-s-interest-in-health-careers_002b3a39-en.html
40. OECD. Fewer young people want to become nurses in half of OECD countries [Internet]. 2024 May [cited 2025 Nov 21]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/fewer-young-people-want-to-become-nurses-in-half-of-oecd-countries_e6612040-en.html
41. World Health Organization. State of the World's Nursing 2025: Investing in Education, Jobs, Leadership and Service Delivery. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2025. 1 p.
42. World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Internet]. [cited 2025 Sep 21]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/3090/A63_R16-en.pdf?sequence=1
43. Barros ÉPD, Dueñas AB, Miranda R. CONDICIONES LABORALES DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD PÚBLICA.
44. Cesar Augusto Castiblanco Montañez. Condiciones sociales y económicas de la enfermería y relación con la formación, permanencia y migración. Revisión de alcance. Universidad del Rosario [Internet]. 2024; Available from: <https://repository.urosario.edu.co/bitstreams/d1ee0916-412d-40ad-a745-f274368fbc1f/download>
45. Vega-Muñoz A, González-Gómez-del-Miño P, Contreras-Barraza N. The Determinants of Brain Drain and the Role of Citizenship in Skilled Migration. *Soc Sci.* 2025 Feb 24;14(3):132.
46. Noticias UNAL. Periódico UNAL - Migración de enfermeros colombianos a Alemania, un fenómeno que va en aumento [Internet]. [cited 2024 Dec 19]. Available from: <https://periodico.unal.edu.co/articulos/migracion-de-enfermeros-colombianos-a-alemania-un-fenomeno-que-va-en-aumento>
47. Consultor Salud. Nueva alianza estratégica para facilitar la migración de enfermeras colombianas hacia Alemania. 2024 May 6 [cited 2025 Sep 22]; Available from: <https://consultorsalud.com/alianza-migracion-enfermeras-colombia-alemania/>
48. Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería – ACOFAEN. Pronunciamiento de la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería – ACOFAEN. [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://acofaen.org.co/2025/03/27/pronunciamiento-de-la-asociacion-colombiana-de-facultades-y-es-cuelas-de-enfermeria-acofaen/>
49. World Health Organization, OECD. Bilateral Agreements on Health Worker Migration and Mobility: Maximizing Health System Benefits and Safeguarding Health Workforce Rights and Welfare Through Fair and Ethical International Recruitment. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024. 1 p.

50. Peña-Alfaro BS, Torres Díaz NV, Peña-Alfaro BS, Torres Díaz NV. Intention, Motivations, and Barriers to Emigration of Nursing Students in Colombia. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 2024 Dec [cited 2025 Sep 22];42(3). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=So120-53072024000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
51. World Health Organization. WHO Health Workforce Support and Safeguards List 2023. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2023. 1 p.
52. OECD. Health at a Glance 2025: Colombia. OECD Publishing; 2025 [cited 2025 Nov 21]. Health at a Glance 2025: Colombia. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/colombia_971e6076-en.html
53. Brasil. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013 [Internet]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm
54. Brasil. Ministério da Saúde. Com mais de 18,5 mil profissionais, Mais Médicos bate recorde histórico seis meses após a retomada do programa. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/com-mais-de-18-5-mil-profissionais-mais-medicos-bate-recorde-historico-seis-meses-apos-a-retomada-do-programa>
55. Phillips D, Augustin E. Thousands of Cuban doctors leave Brazil after Bolsonaro's win. *The Guardian* [Internet]. 2018 Nov 23; Available from: <https://www.theguardian.com/global-development/2018/nov/23/brazil-fears-it-cant-fill-abrupt-vacancies-after-cuban-doctors-withdraw>
56. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017 Feb 1;95(2):103–12.
57. Oliveira JPA, Pacheco C, Taves FAQ, Barbosa JMV, Santos LMP. Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática. *Trab Educ E Saúde* [Internet]. 2024;22. Available from: <https://www.scielo.br/j/tes/a/DC5fcN5YD3hVsQzZ8dCMH5g/?lang=pt>
58. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. 2022. Cofen firma acordo de cooperação técnica com a Alemanha. Available from: <https://www.cofen.gov.br/cofen-firma-acordo-de-cooperacao-tecnica-com-a-alemanha/>
59. Toyin-Thomas P, Ikhurionan P, Omoyibo EE, Iwegim C, Ukueku AO, Okpere J, et al. Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970–2022: a systematic review. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2023 May 8;8(5). Available from: <https://gh.bmj.com/content/8/5/eo12338>
60. Leitão CA, Salvador GL de O, Idowu BM, Dako F. Drivers of Global Health Care Worker Migration. *J Am Coll Radiol*. 2024 Aug 1;21(8):1188–93.
61. Afshari A, Masoumi SZ, Borzou SR, Safdari A, Khazaei A. Prioritizing drivers of nursing migration: a summative content analysis of influential factors. *BMC Nurs*. 2025 Jun 3;24(1):632.
62. Soares SSS, Lisboa MTL, Queiroz ABA, Silva KG, Leite JCR de AP, Souza NVD de O. Dupla jornada de trabalho na enfermagem: dificuldades enfrentadas no mercado de trabalho e cotidiano laboral. *Esc Anna Nery*. 2021;25:e20200380.
63. Souza NVD de O, Gonçalves FG de A, Pires A da S, David HMSL. Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. *Rev Bras Enferm*. 2017;70:912–9.
64. FNE, CNTS, SINPSI SP, FENAPSI, CNTSS. Public Services International. 2023. Entidades brasileiras criticam programa de recrutamento alemão que não garante direitos aos profissionais da enfermagem. Available from: <https://publicservices.international/resources/news/entidades-brasileiras-criticam-programa-de-recrutamento-alemo-que-no-garante-direitos-aos-profissionais-da-enfermagem?id=14259&lang=pt>
65. Uchôa M. Conversa com o Presidente [Internet]. 2023. (05.12.2023). Available from: https://www.youtube.com/watch?v=ysxJtJv1_8U
66. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. 2024. MTE discute retomada de recrutamento de enfermeiros brasileiros para a Alemanha. Available from: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/noticias-e-conteudo/2024/Dezembro/mte-discute-retomada-de-recrutamento-de-enfermeiros-brasileiros-para-a-alemanha>
67. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Comunidades Brasileiras no Exterior – Estatísticas 2023. Available from: <https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/portal-consular/comunidades-brasileiras-no-exterior-estatisticas-2023>
68. Hanrieder T, Janauschek L. The 'ethical recruitment' of international nurses: Germany's liberal health worker extractivism. *Rev Int Polit Econ*. 2025 Jul 4;32(4):1164–88.
69. Pan American Health Organization. Countries of the Americas move toward a joint approach to manage health workforce migration amid growing shortages – PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. 2025. Available from: <https://www.paho.org/en/news/25-7-2025-countries-americas-move-toward-joint-approach-manage-health-workforce-migration-amid>
70. World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Internet]. 2010. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/wha68.32>

Todos los hipervínculos se verificaron por última vez el 18 de diciembre de 2025.

Brot für die Welt
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Teléfono +49 30 65211 0
info@brot-fuer-die-welt.de
www.brot-fuer-die-welt.de