

MERCADO DE TRABAJO EN SALUD. CONCEPTOS Y MEDIDAS

Roberto Passos Nogueira¹

INTRODUCCION

En el decenio actual ha aumentado mucho el volumen de estudios en los que se procura identificar las principales tendencias del mercado de trabajo en salud en los diversos países, ya sea en conjunto o en relación con categorías profesionales específicas como médicos y enfermeras. El creciente interés en conocer la dinámica del mercado de trabajo en salud se puede explicar en parte por el surgimiento de la crisis socioeconómica y la evidencia de una relativa oferta excesiva de profesionales de salud, fenómenos cuya interconexión ha pasado a preocupar tanto a las autoridades gubernamentales como a los investigadores del sector. Por otra parte, la difusión de los métodos de enfoque sociológico dio una importancia particular al proceso de trabajo colectivo en la prestación de servicios de salud, presentando para reflexión un gran conjunto de cuestiones relativas a las formas de división técnica de ese trabajo, que naturalmente reciben la influencia de la oferta y la demanda de determinados profesionales.

Hace mucho tiempo existía un punto ciego en la visión de las personas que se ocupaban de resolver los problemas de planificación y política de recursos humanos: en ese punto se incluye justamente el mercado de trabajo con el realismo de su dinámica que se basa en factores condicionantes irrefrenables de orden económico. El mejor conocimiento de esa dinámica, en particular por medio de métodos demográficos y sociológicos, contribuirá seguramente a mejorar el propio contenido y las estrategias adoptadas, en vista de que poco se tiene en cuenta el lado de la oferta y el proceso de formación.

Un ejemplo de este cambio de actitud y de los objetivos de la investigación se encuentra en la revista *Educación Médica y Salud* que, a lo largo de sus 20 años de historia, ha venido ampliando gradualmente la cantidad de temas tratados y hoy traspasa sin duda alguna las limitaciones

¹ Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Brasília, Brasil.

implícitas en su título. En esa revista se viene concediendo espacio para debate de los problemas relacionados con el mercado de trabajo de los diferentes profesionales de salud, tendencia que inevitablemente se fortalecerá en los próximos años con el fin de ayudar a llenar la laguna que existe hoy en día en cuanto a información.

Después de investigar la fuerza de trabajo en salud en el Brasil, el autor expresa el convencimiento de que una de las dificultades encontradas para el pleno desarrollo de ese nuevo campo disciplinario es la disociación que existe entre los planos teórico y empírico. El mismo concepto de la fuerza de trabajo en salud, pese a estar respaldado por aplicaciones similares en los análisis de la economía política y de la demografía, no siempre se expresa de tal manera que pueda medirse en casos concretos. Es indispensable que haya un ajuste recíproco entre nociones como esa y las variables que se considerarán en la organización de los datos provenientes de varias fuentes empíricas (censos nacionales, investigaciones específicas por muestreo, etc.). Es obvio que no existen en sí definiciones cabales y absolutas de los términos independientemente del objeto investigado: lo que se debe exigir es apenas claridad y coherencia entre una noción determinada y el tipo de dato utilizado.

Esa exigencia es algo aparentemente obvio y se aplica a cualquier investigación científica; pero es necesario decir que la claridad y la coherencia son puntos de llegada y no de partida y que la experiencia demuestra cuántas veces nos vemos obligados a revisar las bellas definiciones que expusimos en las salas de clase o en textos meramente teóricos, forzados por las conclusiones a que llegamos al comenzar a trabajar con diferentes fuentes de datos. Los delineamientos que se expondrán a continuación resultan de esa clase de experiencia y quizá sean útiles para que otros investigadores puedan realizar una crítica de las relaciones entre conceptos, indicadores y fuentes de datos en los estudios sobre el mercado de trabajo en salud.

LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

En una primera aproximación, el concepto de la fuerza de trabajo en salud se refiere al conjunto de personas vinculadas directa o indirectamente a la prestación de servicios de salud y sujetas a una relación de compra y venta de esa mercancía especial constituida por la capacidad de trabajo de cada uno. En esa definición, la relación económica es la característica más sobresaliente y se puede concretar mediante cualquier forma de contratación a base de salario o cambio de servicio por dinero, inclusive el tradicional horario por servicio. Lo fundamental aquí es el establecimiento de un intercambio económico para quien participa en esa clase de prestación de servicio: constituyen la fuerza de trabajo en salud todos los que contri-

buyen al mantenimiento de ese campo en particular de la división social del trabajo y dependen del mismo para subsistir.

Ampliación del concepto

Debe observarse que este concepto no debe sufrir ninguna limitación proveniente del nivel de calificación profesional. Forman parte de la fuerza de trabajo en salud no solo el médico sino el personal de servicio del hospital y el conductor de la ambulancia. Algunos como el médico y el auxiliar de enfermería son profesionales de salud y otros como el conductor y el personal de servicio no lo son, aunque tal distinción, en la que se toma por criterio la calificación específica en un campo determinado, genere una polémica en relación con algunas categorías. La gran mayoría de las investigaciones y de los estudios realizados en los últimos tiempos se restringe al enfoque de los profesionales de salud distribuidos en sus diferentes niveles de formación.

Sin embargo, es preciso considerar los diversos matices de la determinación económica de ese concepto de fuerza de trabajo para poder explicar la dinámica del mercado de trabajo en condiciones reales. Debido a que el pleno empleo es una condición ilusoria en nuestras sociedades, la fuerza de trabajo en salud encierra también todo el conjunto de individuos que buscan contratación en ese sector. O sea que quien busca trabajo en salud forma igualmente parte de la fuerza de trabajo en ese sector. Las dimensiones de la oferta de fuerza de trabajo en salud están determinadas por la suma de esos dos componentes y, en condiciones normales en las sociedades capitalistas, excede de la capacidad de absorción, es decir, de la demanda efectiva existente. Al considerar también a los desocupados se mide, en realidad, el potencial de trabajo en el sector. Pensando en ese aspecto del potencial de trabajo, que naturalmente traspasa los vínculos de orden económico, la fuerza de trabajo en salud debe abarcar, además de las personas que sin tener una remuneración definida trabajan regularmente y se asocian en calidad de pasantes o voluntarios al contingente de las personas ocupadas remuneradas. Aquí el único criterio que se debe observar es que el individuo trabaje regularmente por más de un determinado número de horas diarias. Siendo así, esa noción pasa a indicar la totalidad del trabajo disponible y utilizable por la sociedad en ese sector especial que es el de prestación de servicios de salud.

Considerada en esa forma amplia, la fuerza de trabajo en salud se compone de:

- las personas ocupadas remuneradas, establecidas legalmente como trabajadores autónomos o asalariados;
- las personas ocupadas no remuneradas, que trabajan regularmente más de un determinado número de horas diarias en una institución de salud, y

- los desocupados, que hayan buscado alguna ocupación en el sector durante un período reciente.

Por esa definición se observa que se está considerando apenas el mercado de trabajo estructurado, pero nada impide que en circunstancias concretas se considere también el no estructurado. Por otro lado, es preciso efectuar especificaciones de acuerdo con los criterios adoptados normalmente por las instituciones de estadísticas demográficas de cada país: cuál es el límite del número de horas de trabajo para las personas ocupadas no remuneradas y el período de búsqueda de empleo para los desocupados. En el último censo demográfico efectuado en el Brasil se determinó que era de 15 horas en el primer caso y de un año en el segundo.

Esa concepción ampliada de la fuerza de trabajo en salud es equivalente a la de la población económicamente activa y su significado es el mismo: tiene por fin determinar el potencial de trabajo utilizable por la sociedad, aunque en ese caso se restrinja a un determinado sector de actividad económica.

En mi opinión, esa es la amplitud ideal con que se debe manejar el concepto de fuerza de trabajo de salud. Es potencial de trabajo que se instituye a partir de una situación de compra y venta. Se deben incluir tanto los desocupados que buscan empleo como las personas ocupadas no remuneradas, ya que la existencia de ambos contingentes tiene una expresión económica en la dinámica de la oferta y la demanda del mercado de trabajo y además determina el quantum de trabajo social asignado a prestación de servicios de salud.

Existe la opción de clasificar a los empleadores aparte de la fuerza de trabajo en salud. En teoría eso sería correcto porque representa el capital empleado en el sector, en contraposición al trabajo. No obstante, dado que abundan en las actividades de salud pequeñas empresas donde es casi imperceptible la diferencia entre la condición de trabajador autónomo y de empleador, y además que muchos siguen ejerciendo su profesión original, parece aceptable incluirlos dentro de la fuerza de trabajo en salud.

Determinación de la población

Una fuente de datos que permite nutrir mejor el concepto en esa dimensión es el censo nacional, del que se pueden extraer datos por medio de los recursos de la informática. Otra fuente adecuada son las investigaciones por muestreo domiciliario, ya que ahí se separan convenientemente las variables ocupacionales. De todas maneras, se requiere que la fuente de datos tenga al individuo como unidad de medida y abarca a toda la población de un determinado territorio. Solo así se podrá determinar la dimensión de la fuerza de trabajo en salud en sus diversas divisiones: remu-

nerados y no remunerados; ocupados y desocupados; profesionales y no profesionales de salud.

Una ventaja de ese tipo de dato es que permite determinar en algunos casos el contingente de la fuerza de trabajo que está fuera del sector de salud propiamente dicho, o sea empleado en establecimientos industriales, comerciales, etc., donde presta servicios de salud a quienes ahí trabajan.

Surgen algunas dificultades naturales en lo que se refiere a la aprehensión del contingente de los que buscan una ocupación en salud. Los médicos, las enfermeras y otras categorías de mayor idoneidad y de formación específica bien definida que se encuentran desocupado y exigen una función de trabajo se pueden encajar bien en ese grupo de la fuerza de trabajo en salud y contabilizarse de esa forma. Pero en el caso de los trabajadores de poca idoneidad la situación es ambigua en general porque buscan una ocupación en múltiples ramos de actividad. Un empleado de limpieza que deje su empleo en un hospital ciertamente no se limitará a buscar una nueva ocupación en establecimientos congéneres sino también en otros servicios, en el comercio, etc. Es decir que los trabajadores de poca idoneidad buscan empleo dentro de la población económicamente activa no clasificada, que pertenece virtualmente a cualquier ramo de la división social del trabajo.

Por todo lo que hemos dicho antes, se entiende que es decisivo explicar a qué se refieren los datos en cada estudio concreto: 1) si solo a los trabajadores ocupados remunerados; 2) si a este grupo y a los ocupados no remunerados; 3) si, además de esos, al grupo de los que buscan empleo, con una base de calificación diferenciada. El concepto ampliado de fuerza de trabajo tiene un ajuste empírico más adecuado cuando existe la tercera posibilidad. Sin embargo, a veces hay obstáculos de naturaleza empírica en su operacionalización y es difícil determinar la dimensión sobre todo del contingente de los que buscan integrarse a ese tipo de actividad. Sin embargo, eso no debe impedir el uso del concepto en esa dimensión, con las debidas salvedades, ya que tiene un fundamento sociológico absolutamente correcto.

Al considerar esos criterios, en el cuadro 1 se presenta la situación de la fuerza de trabajo en salud en el Brasil en 1970 y 1980, partiendo de las informaciones de los censos demográficos nacionales. De momento no existen datos sobre las personas ocupadas sin remuneración pero se pueden obtener fácilmente mediante sistematización electrónica de las cintas. En lo que se refiere al contingente de los profesionales en busca de empleo no calculado en el total de la fuerza de trabajo, solo con un estudio ulterior se podrá determinar si los datos se pueden recuperar o no.

CUADRO 1. Situación de la fuerza de trabajo en salud en el Brasil, 1970 y 1980.

Especificación	1970	1980
Total	622 004	1 233 008
Profesionales de salud	306 730	614 686
No profesionales de salud	315 274	618 322
Profesionales en el sector de salud	560 272	1 170 785
Profesionales en otros sectores	61 732	62 223
Profesionales de salud en relación con la población económicamente activa del Brasil	1,94%	2,67%
Personas ocupadas sin remuneración	Incluido en el total, no determinado	Incluido en el total, no determinado
Profesionales en busca de ocupación	Excluido del total, no determinado	Excluido del total, no determinado

Fuente: Censos demográficos de 1970 y 1980.

LA OCUPACION EN SALUD

Todas las posibilidades de medidas antes dicha se caracterizan por indicar el conjunto de individuos disponibles para trabajar en actividades de salud. Son medidas de la disponibilidad de la fuerza de trabajo en salud. Existen también medidas de la utilización que permiten determinar la dimensión del número de ocupaciones en toda la fuerza de trabajo, por categoría profesional.

El número de ocupaciones en salud depende de la disponibilidad de la fuerza de trabajo en ese sector, dentro de límites flexibles. Puede crecer o disminuir cuando se mantiene constante la disponibilidad, simplemente por el hecho de que las mismas personas pasan a ocupar un mayor o menor número de puestos de trabajo.

Así como existe una situación en que el individuo acumula más de una ocupación remunerada, se da también el caso de los que tienen una ocupación no remunerada: los pasantes y voluntarios que funcionalmente y con regularidad realizan tareas similares a las de los profesionales. Para todos los efectos y por las razones ya referidas en la clasificación de la fuerza de trabajo en salud, los puestos no remunerados son ocupaciones en salud y deben incluirse en investigaciones específicas.

Las ocupaciones en salud se ejercen tanto dentro del contexto de autonomía como del de contratación a base de salario. Una imagen real de la utilización de la fuerza de trabajo en salud en un país dado exigiría

el cálculo de la forma en que se distribuyen entre esas dos formas de ocupación. Sin embargo, como la ocupación se considera dentro de una dimensión temporal, deberíamos tener una equivalencia de tiempo, por ejemplo, totalizar las horas de trabajo de todas las categorías, distinguidas en unidades de 40 horas semanales de trabajo. Esa metodología es más adecuada para establecer una base de comparación entre las diversas categorías y determinar tendencias a lo largo de un período. De esa forma, dos ocupaciones de médico con 20 horas semanales serían iguales a una unidad de tiempo integral y se considerarían idénticas a una ocupación de enfermera de 40 horas semanales. La cantidad de unidades de tiempo integral por categoría y la referente al total de la fuerza de trabajo en salud se distribuirían entre las dos formas de trabajo autónomo y asalariado.

Ese tipo de información permite evaluar no solo el ritmo real del aumento del empleo en salud sino también una tendencia universal, que es la pérdida progresiva de la ocupación autónoma, que viene sustituyéndose con la contratación a base de salario. En este último caso, el método presenta particular utilidad ya que una hipótesis que cumple establecer es que los médicos y otros profesionales de salud no necesariamente abandonan sus consultorios particulares sino que dedican cada vez más tiempo al trabajo allí realizado.

Sin embargo, las investigaciones sanitarias se limitan generalmente a identificar las ocupaciones en establecimientos de salud, dejando de lado el trabajo autónomo. Por ejemplo, en el Brasil se hace anualmente una investigación de todos los establecimientos de salud, mediante la cual ha sido posible trazar la evolución de las ocupaciones en salud, pero esos datos tienen carácter limitante ya que no abarcan el trabajo autónomo, que es más difícil de detectar y seguir. El cuadro II contiene información referente al total de las ocupaciones de profesionales de salud entre 1978 y 1982.

Obsérvese que esos datos no están organizados en unidades de tiempo integral sino en número de ocupaciones particulares. Eso ocurre porque a partir de 1980, el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), que realiza la investigación, dejó de considerar las variables de trabajo de tiempo integral y de tiempo parcial. Como resultado de la sugerencia presentada por nuestro grupo de investigadores, el Instituto planea reintroducir esas variables en el año en curso, 1986.

De todas maneras, esos datos traducen con exactitud el concepto de ocupación independientemente del aspecto de remuneración. Es decir que se registran las personas ocupadas en forma regular en el establecimiento, ejerciendo la función correspondiente a la categoría: el pasante de medicina aparece como médico y el de odontología como odontólogo, etc. Esta regla fija una coherencia con el concepto de fuerza de trabajo en salud en la forma a que se hizo alusión antes.

CUADRO 2. Evolución de las ocupaciones en establecimientos de salud con tasas brutas de crecimiento anual, Brasil, 1978-1982.

Categoría	No. por año						% bianuales			
	1978	1979	1980	1981	1982		1978-1979	1979-1980	1981-1982	1981-1982
Médico	127 287	132 882	146 091	155 877	171 649		4,3	9,9	6,6	10,1
Odontólogo	14 084	15 526	16 696	19 464	22 212		10,2	7,5	16,5	14,1
Enfermera	13 103	13 342	15 158	16 144	18 047		1,8	13,6	6,5	11,7
Farmacéutico	3 910	4 206	4 630	4 941	5 142		7,5	10,0	6,7	4,0
Nutricionista	1 735	1 767	1 930	2 117	2 297		1,8	9,2	9,6	8,5
Asistente social	3 861	3 873	4 385	5 251	5 712		0,3	13,2	19,7	8,7
Psicólogo	1 075	1 224	1 554	2 436	2 421		13,8	26,9	56,7	-6
Sanitarista	323	529	506	853	748		63,7	-4,3	68,5	-12,3
Técnico de laboratorio	7 507	8 092	9 458	12 508	14 660		7,7	16,8	32,2	17,2
Técnico de rayos X	6 738	7 494	8 266	9 590	10 644		11,2	10,3	16,0	10,9
Técnico en enfermería	5 868	6 235	7 203	8 704	8 833		6,2	15,5	20,8	1,4
Auxiliar de enfermería	53 576	59 257	64 227	73 739	85 210		10,6	8,3	14,8	15,5
Técnico en saneamiento	683	625	599	956	612		-8,4	-4,1	59,5	-35,9
Auxiliar de saneamiento	1 533	1 744	1 811	2 091	2 417		13,7	3,8	15,4	15,5
Asistente	158 227	166 660	176 891	175 544	179 818		5,3	6,1	-7	2,4
Partera	4 936	5 056	5 074	5 019	5 098		2,4	0,3	-1,0	1,5
Visitador sanitario	3 758	3 713	4 153	1 292	1 072		-1,1	11,8	-68,8	-17,0
Agente de salud pública	10 115	12 538	13 474	15 773	18 549		23,9	7,4	17,0	17,5
Total	418 319	444 763	482 106	512 299	555 141		6,3	8,3	6,2	8,3

RESUMEN

En el decenio de 1980 ha aumentado el número de estudios destinados a identificar las tendencias del mercado de salud. Este interés se puede explicar por la crisis económica, la oferta exagerada de profesionales de salud (con el desempleo consiguiente) y la difusión de los métodos de investigación en salud de enfoque sociológico. Sin embargo, se expresa que una de las dificultades de la investigación en este nuevo campo es la disociación entre teoría y práctica.

Una primera aproximación al concepto de fuerza de trabajo abarca a las personas del sector salud sujetas a una relación de compra y venta de la capacidad del trabajo. Después el concepto se amplía para abarcar a todas las personas que trabajan en salud —incluso sin remuneración— con la condición de que cumplan o debieran cumplir regularmente un número de horas diarias (se incluye a los desempleados).

Se analizan en el artículo las dificultades metodológicas que existen para determinar la ocupación en salud, entre las cuales cabe citar la medición de la disponibilidad y de la utilización; la búsqueda de datos sobre el número de ocupaciones por individuo y el número de puestos remunerados o no; el carácter o categoría de autónomo, asalariado y voluntario; la medición del tiempo de ocupación en relación con una unidad de tiempo integral y la diferenciación entre ocupación por establecimiento de salud u ocupación en salud en otro sector (fábricas, por ejemplo). En el artículo se ejemplifica con el caso del Brasil.

BIBLIOGRAFIA

- Consejo Federal de Enfermería. *O exercício da enfermagem nas instituições de Saúde do Brasil 1982/83: força de trabalho em enfermagem*. Río de Janeiro, 1985.
- Hall, T. L. Oferta. En: HALL, T. L. Y MEJIA, A. Planificación del personal de salud. Ginebra, OMS, 1979, págs. 103-32.
- Medici, A. Cézár. *A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos setenta: percalços e tendências*. 22 págs. (Documento mimeografiado.)
- . Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70. *Rev Administr Publica* 19(2):31-77, 1985.
- . As medidas de emprego, desemprego e subemprego. Separata da *Rev Brasil Estadist* 47(185) enero/marzo de 1986.
- Nogueira, R. Passos. A força de trabalho em saúde. *Rev Administr Publica* 17(3):61-70, 1983.
- . Pessoal de saúde: a discussao teórica e a produção científica sobre o tema. En: Organización Panamericana de la Salud. *As ciências sociais em saúde na América Latina tendências e perspectivas*. Brasília, 1982, págs. 391-498.
- . Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil. Brasília, OPS, 1986, 56 págs. (Monografías del GAP, 1).

THE HEALTH LABOR MARKET. CONCEPTS AND MEASURES

Summary

The eighties have been seen a rise in the number of studies done to identify trends in the health market. This interest is explained by the economic crisis, a surfeit of health professionals (and the resulting unemployment), and the spread of health research methods using a sociological approach. It is noted, however, that research in this new field is impeded by a dissociation between theory and practice.

A first approach to the idea of a work force comprises people in the health sector whose work skills are bought and sold. The concept is then broadened to encompass all persons employed in health—even those who are not paid—on the condition that they put in or be required to put in a regular number of hours per day (this includes the unemployed).

The article examines the methodological difficulties involved in determining employment in health, notably the measurement of availability and use; the search for data on the number of occupations per individual and the number of remunerated and unremunerated posts; the nature or categorizing of self-employed, employee, and volunteer; the measurement of working time relative to a specific period of time and differentiating between employment in a health establishment and health employment in some other sector (in factories, for example). The article takes Brazil as its case in point.

MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE. CONCEITOS E MEDIDAS

Resumo

Na década de 1980 aumentou o número de estudos que visam a identificar as tendências do mercado de saúde. Tal interesse é explicável pela crise econômica, a oferta exagerada de profissionais da saúde (com o conseqüente desemprego) e a difusão dos métodos de investigação em saúde com abordagem sociológica. Mas o autor expressa que uma das dificuldades da investigação nesse novo campo é a da dissociação entre a teoria e a prática.

Uma primeira aproximação do conceito de força de trabalho abrange aqueles que, no setor da saúde, estão sujeitos a uma relação de compra e venda da capacidade de trabalho. A seguir, o conceito amplia-se para abranger todos aqueles que trabalham em saúde—incluídos os não remunerados—com a condição de que cumpram ou devam cumprir regularmente certo número de horas diárias (estão incluídos os desempregados).

O artigo analisa as dificuldades metodológicas que existem para determinar a ocupação em saúde, entre as quais cabe mencionar a medição da disponibilidade e da utilização; a busca de dados sobre o número de ocupações por indivíduo e o número de posições remuneradas ou não; o caráter ou a categoria de autônomo, assalariado ou voluntário; a medição do tempo de ocupação relativamente a uma unidade de tempo integral e a diferenciação entre ocupação por estabelecimento de saúde ou ocupação em saúde em outro setor (por exemplo, fábricas). O artigo exemplifica com o caso do Brasil.

MARCHÉ DU TRAVAIL EN SANTÉ. CONCEPTS ET MESURES

Résumé

Au cours des années 80 on a constaté une augmentation du nombre d'études visant à identifier les tendances du marché de la santé. Cet intérêt peut s'expliquer par la crise économique, l'offre excessive de professionnels de la santé (avec le nombre de sans-travail qui en résulte) et la diffusion des méthodes de recherche à approche sociologique dans le domaine de la santé. On fait remarquer cependant que l'une des difficultés qu'éprouvent les chercheurs dans ce nouveau domaine tient à la séparation existant entre la théorie et la pratique.

Dans une première approximation, le concept d'effectif couvre les personnes du secteur de la santé qui sont soumises à une relation d'achat et vente de capacité de travail. Ensuite, le concept s'étend à toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé—même sans rémunération—à la condition qu'elles accomplissent ou soient censées accomplir régulièrement un nombre d'heures de travail par jour (on inclut les chômeurs).

L'article analyse les difficultés d'ordre méthodologiques que l'on rencontre dans la détermination de l'occupation en santé, parmi lesquelles il convient de citer la mesure de la disponibilité et de l'utilisation; la recherche de données sur le nombre d'occupations par personne et le nombre de postes rémunérés ou non; le caractère ou la catégorie de travailleur autonome, salarié ou volontaire; la mesure du temps d'occupation par rapport à une unité de temps intégral, et la différence entre l'occupation par établissement de santé et l'occupation en santé dans un autre secteur (par exemple, dans les usines). A titre d'exemple, l'article offre le cas du Brésil.