

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/309648682>

# Estadística y muerte industrial: la fabricación del número de víctimas de la silicosis en las minas de carbón en Francia, de 1946 hasta nuestros días

Chapter · January 2016

CITATIONS

0

READS

643

2 authors, including:



**Paul-André Rosental**  
Sciences Po Paris

150 PUBLICATIONS 695 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



The SILICOSIS project (ERC) [View project](#)

# **ESTADÍSTICA Y MUERTE INDUSTRIAL: La fabricación del número de víctimas de la silicosis en las minas de carbón en Francia, de 1946 hasta nuestros días<sup>1</sup>**

**in Óscar Gallo et Eugenio Castaño (eds),  
*La Salud laboral en el siglo XX y el XXI.  
De la negación al derecho a la salud y la  
enfermedad*, Medellín, Escuela Nacional  
Sindical, 2016, p. 141-189**

*Paul André Rosental<sup>2</sup>*

*Jean Claude Devinck<sup>3</sup>*

En demografía, se acostumbra a objetivar el efecto de las políticas públicas a partir de sus evaluaciones cuantitativas. Aquí, vamos a invertir el razonamiento y usaremos las series estadísticas recopiladas desde la *Liberación* para poner evidencia la envergadura del trabajo realizado por las minas de carbón tendiente

- 
- 1 Este artículo fue publicado en *Vingtième siècle*, 95, 3, 2007, p. 75-91. La investigación se benefició de una ayuda del Programa «Santé et travail» conducido por Mire y Drees (*Mission recherche* y *Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques*, respectivamente), en asociación con La Poste en 2005-2006, así como del Proyecto P 11-1-6 del INED. Los autores agradecen a Catherine Gorgeon y Vincent Viet, así como a Philippe Davezies, France Meslé, Patrick Fridenson, Alain Chatriot, Claude Amoudru, Jean-Louis Hourtoule et Michel Marquet, por la ayuda prestada durante la preparación de este trabajo.
  - 2 Profesor de Modern History at Sciences Po, Paris, investigador asociado al Instituto Nacional de Estudios Demográficos (INED, por sus siglas en francés). Correo electrónico: [rosental@sciencespo.fr](mailto:rosental@sciencespo.fr)
  - 3 Historiador de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales (EHESS, por sus siglas en francés). Correo electrónico: [Jean-Claude.Devinck@ehess.fr](mailto:Jean-Claude.Devinck@ehess.fr)

a minimizar los daños sanitarios y demográficos causados por la silicosis, y por lo tanto reducir los costos acarreados por su reparación.

Trabajar sobre las causas, las modalidades y los efectos sociales de la fabricación de series estadísticas sesgadas, también será la oportunidad para poner a prueba el sentido común «posfoucaultiano» del control social mediante las cifras, del control del individuo moderno por las instituciones que regulan y rodean su existencia apuntando a su transparencia. En el campo de la salud en el trabajo, como en muchas otras políticas públicas, lo que es sorprendente, al contrario, es la brecha entre la importancia social e institucional del problema, y la imposibilidad de medirlo, aunque solo sea a través de órdenes de magnitud. ¿Cuántos asalariados murieron de silicosis en el siglo XX? A pesar de sus retos políticos (en particular para repensar en la actualidad el problema del asbesto), e incluso si se lo reduce al sector de las minas de carbón, intentaremos demostrar que es estrictamente imposible responder de forma rigurosa a esta pregunta. Desde el reconocimiento oficial de la enfermedad en 1945, se puede dar una cifra, muy subestimada de 40.000 mineros. Lejos del famoso «panóptico» puesto de moda hace una generación por Michel Foucault, vamos a demostrar que en el corazón de la minimización de la tragedia de la silicosis subyacen las estrategias de opacidad estadística implementadas por las explotaciones hulleras.

En tercer y último lugar, el caso de la silicosis permite volver sobre el uso contemporáneo de la cifra en las ciencias sociales. Hace dos o tres décadas, una investigación en historia de la población, como la que estamos proponiendo hoy, se hubiera contentado con reconstruir y hacer comentarios de forma general de series estadísticas reconstruyendo la evolución de la enfermedad en el tiempo. Después de un tiempo de «deconstrucción», focalizado en la génesis de las categorías de análisis, hoy los historiadores se esfuerzan por producir un conocimiento reflexivo

que, al conjugar el análisis crítico de la producción de las cifras con un procedimiento «positivo» que capta el fenómeno estudiado sin naturalizarlo (Rosental, 2006).<sup>4</sup> En concreto, se trata de estudiar el alcance de la silicosis sin reducirlo a su aparente evidencia estadística, sino integrándolo de cerca en el juego de las fuerzas institucionales, sociales y políticas que determinan su definición y su medición.

## Una enfermedad negociada

a pesar de que tiende a desaparecer en los recuerdos, la silicosis era la gran enfermedad del trabajo en Francia en el siglo XX, con sus repercusiones sanitarias, todavía en acción, por lo menos comparables a las del asbesto. La historia de estas dos enfermedades está de hecho estrechamente relacionada: en muchos aspectos el tratamiento institucional de la silicosis constituye la matriz del que luego fue aplicado a la asbestosis. En especial estas dos enfermedades, médica y legalmente vecinas por su inserción común en la categoría de las neumoconiosis, combinan dos características que estaban destinadas a hacer de ellas las dos grandes causas de muerte en el trabajo.<sup>5</sup>

Desde el punto de vista «social», ambas han representado sucesivamente retos importantes para la diversidad de los sectores de actividad involucrados,<sup>6</sup> y por lo tanto por el número de

---

4 Para algunas ilustraciones de este principio ver especialmente Simon Szreter (1996), Bourdelais (1993) y Brian (2001).

5 Fue necesario esperar hasta la aparición del decreto del 31 de agosto de 1950 para establecer una separación legal entre las dos enfermedades. Los resultados fueron detallados por los Dres. Mazel y Champeix, *Projet de tableau de l'asbestose professionnelle*, 7 julio de 1949, CAC 880597, art. 22. Recordemos que es solo en 1987 que el número de asbestosis reconocidas en enfermedades profesionales en el régimen general de la seguridad social sobrepasa al de las silicosis. Véase Le Bacle et al. (1995).

6 Infinitamente más extendida de lo que se podría imaginar, la silicosis golpea en torno a 1990 la metalurgia, la construcción, las obras públicas, las canteras (de piedras y arcillas) donde se presenta tradicionalmente; pero

obreros expuestos a los riesgos. El caso del carbón, a la vez gran industria de masa y sector estratégico para el consumo y para el resto de la economía, es desde este punto de vista ejemplar: hasta la década de 1960, al menos, podemos decir que el costo de la silicosis se refleja indirectamente sobre toda la economía y la sociedad francesas. Desde el punto de vista médico, la nosología y la etiología complejas de estas dos neumoconiosis han obstaculizado las investigaciones y la convergencia hacia un consenso médico: período de latencia variable, de incluso décadas; incurabilidad; dificultades en la detección clínica, y para los períodos tempranos, radiológica; variabilidad en las condiciones de exposición, lo que hace difícil la identificación y la ponderación de los factores desencadenantes; frecuencia de las enfermedades concomitantes, sobreinfecciones y complicaciones, lo que favorece la atribución del mal a otras causas.<sup>7</sup>

La combinación entre el costo de la «reparación» de la silicosis y la complejidad de la patología llevó a los empleadores, comenzando por las hulleras, a intentar de forma activa desembarazarse de su responsabilidad financiera, al tiempo que facilitaban a sus expertos atribuir la causa a otras afecciones. En particular, el paso, a partir de finales del siglo XIX, del modelo ramazziniano que clasificaba las enfermedades según la profesión,<sup>8</sup> al universalismo del modelo microbiano, se tradujo en una «desprofesionalización» de las neumoconiosis. El descubrimiento del bacilo de Koch llevó a presentar la silicosis como una complicación de la tuberculosis y al mismo tiempo como una enfermedad de las condiciones de vida externas al trabajo (vivienda, alcoholismo), tachadas de favorecer la

---

también los sectores de la madera, el caucho-papel-cartón, la alimentación y comercios. Solo escapa el sector del libro. Véase Le Bacle *et al.* op. cit.

7 Para una síntesis de la silicosis médica, consultar Catilina y Roure Mariotti (2003).

8 Una presentación de la propuesta de Bernardino Ramazzini puede leerse en Carnevale y Mendini (2005).

morbilidad y la mortalidad ligadas a la inhalación de polvo de sílice.<sup>9</sup>

Este enfoque, más o menos durable en función de los modos de indemnización de la enfermedad según los países, ha frenado el reconocimiento de la silicosis como enfermedad profesional, que comenzó en el mundo anglosajón en los años 1930, y cuya aparición en Bélgica tardó hasta 1963. Pero ante todo, estas obstrucciones han dejado huellas durables. En el caso francés, la ordenanza del 2 de agosto de 1945 que reconoce la silicosis y presentada como una gran conquista obrera de la Liberación, de hecho constituye un compromiso duramente negociado bajo el régimen de Vichy.<sup>10</sup> Un compromiso *a minima* que abre la puerta a todas las estrategias de parte de los representantes de los patrones para relativizar, incluso refutar, los datos estadísticos y epidemiológicos, y ofrecer contra-diagnósticos o señalar enfermedades alternativas, para transferir la carga de la indemnización a los sistemas de seguridad social.

En particular, completamente excepcional en comparación con la ley de 1919 sobre las enfermedades profesionales, el reconocimiento de la silicosis como una enfermedad debida al trabajo está condicionado a un período de exposición de cinco años. Esta cláusula va más allá de la exclusión de los derechos de los mineros novatos. Ella impone a los más antiguos la obligación de establecer su historial de empleo, tarea que a menudo es difícil en la práctica. Hace entrar a la espiral sinfín de la carga de la prueba, de los criterios negociados con los patrones y de las equivalencias de la duración de exposición concedidas ventajosamente.<sup>11</sup>

---

9 Véase Markowitz y Rosner (2005). Para las explicaciones clásicas de las enfermedades profesionales por el medio ambiente y/o por las costumbres de los trabajadores, véase Alain Cottureau (1978) y Farge (1977).

10 Sobre este punto véase Devinck y Rosental (2007).

11 Así, por la circular del 8 de octubre de 1947, mientras que la CGT (Confederación General del Trabajo) está todavía asociada a su dirección, las

A comienzos de los años 1950, esos mecanismos se institucionalizan en el Norte por la creación de comisiones especiales compuestas de: un médico asesor representante de la Unión Regional de Sociedades de Auxilios Mineros (Union Régionale des Sociétés de Secours Minières, URSSM), de un médico jefe del servicio de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (AT/MP, por sus siglas en francés: *accident du travail/maladies professionnelles*) de las hulleras de la Cuenca Nord Pas-de-Calais y de un profesor de la Facultad de medicina de Lille. Estos «colegios de tres médicos» tienen derecho a reconocer una pensión a cualquier víctima de la silicosis que cumpla con las condiciones médicas, pero no con las condiciones administrativas, siempre que alcancen una tasa de discapacidad permanente predeterminada. Oficializados y extendidos al territorio nacional por el decreto del 18 de octubre de 1952, los «colegios de tres médicos» convierten a las explotaciones hulleras en juez y parte de la suerte que corren las demandas de reconocimiento de la silicosis (ACHML, s.f.).<sup>12</sup> Además, la aplicación del decreto es paradójicamente tan difícil en el Nord Pas-de-Calais (cuna del reconocimiento vista la acumulación de expedientes), que desde 1955 se vuelve a las «comisiones de oficio» reducidas al médico asesor de la URSSM y al médico AT/MP de las hulleras. A pesar de la oposición del Ministerio de Trabajo a esta adenda brutal a la legislación, que refuerza aún más la sujeción

---

Empresas carboníferas de Francia admiten que a falta de poder establecer el *curriculum laboris* exacto de su personal, «un obrero que haya trabajado veinte años en talla ha estado ocupado en promedio durante cinco años en trabajos peligrosos y puede invocar un derecho a una pensión por silicosis», Archivos del Centro Histórico Minero de Lewarde (ACHML), (1947).

- 12 Estudio del ingeniero jefe de las minas, 29 de febrero, CAC 19920443 art. 31. Para hacerse una idea de la importancia del tratamiento de la silicosis en el Nord Pas-de-Calais, esta comisión de oficio trató 1.272 de los 5.755 expedientes presentados entre el 23 de septiembre 1950 y el 31 de diciembre de 1951, y solo se ocupó de 602, es decir del 47%. Esta comisión jugó un papel importante en el endurecimiento de los criterios de atribución. La tasa de rechazo global que en 1949 era solo del 12%, pasó al 25% en 1951 y al 40% en 1956.

a las explotaciones de carbón,<sup>13</sup> las «comisiones de dos médicos» funcionaron hasta 1988.

En términos generales, el reconocimiento bajo ciertas condiciones de la enfermedad profesional conlleva reacciones en cadena a partir de problemas inéditos. ¿Qué hacer con los empleados enfermos que se encuentran excluidos del derecho a una reparación financiera? En caso de «manifestaciones agudas temporales», ¿cómo ocuparse de los mineros con silicosis, diagnosticados con radiografía, que cumplen el período de exposición pero que gracias al período de latencia no manifiestan trastornos funcionales crónicos? A estos últimos, un decreto del 17 de noviembre de 1947 niega, en caso de interrupción del trabajo, el subsidio diario y el derecho a la asistencia médica. En la práctica, el decreto aligera las cargas de las empresas mineras, la gran mayoría de ellas nacionalizadas, al transferir los costos a los fondos de seguridad social.

En lugar de multiplicar los ejemplos, resumamos aquí la orientación general al respecto. Fruto de negociaciones largas y laboriosas, el reconocimiento de 1945, por su naturaleza condicional, abre el camino a todo tipo de resquicios para que los empleadores reduzcan al mínimo la reparación en caso de silicosis. En el marco delimitado de este artículo, vamos a focalizarnos en uno de ellos, particularmente decisivo, el subregistro estadístico. A partir de una ampliación del caso «excepcional normal» (Grendi) de la silicosis, esta será la ocasión para repensar un aspecto esencial de la historia de las enfermedades en Francia. Historia cuya característica estructural, desde hace un siglo, es

---

13 Sobre esta creación, ver examen de la reunión del consejo de administración de la URSSM del Nord Pas-de-Calais del 22 de enero de 1955, CAC 19920443 art. 46; así como la Note du directeur régional de la Sécurité sociale au ministre du Travail sur le fonctionnement des collèges de trois médecins dans la région du Nord et du Pas-de-Calais, 21 de octubre de 1955 (igual referencia). Entre 1955 y 1960 de 6.332 dossiers [archivos], 5.489 fueron tratados por esta comisión oficiosa de dos médicos.



el carácter aproximativo y la calidad lamentable de sus datos cuantitativos.<sup>14</sup>

Para ello, nos centraremos en el sector minero, el cual concentra el mayor número de víctimas cuantificables. De hecho, como lo veremos de manera gradual, la silicosis no es una enfermedad cuyos efectos puedan observarse directamente, fiándose de las estadísticas disponibles. Desde su reconocimiento legal como enfermedad profesional en 1945, la silicosis fue objeto de una construcción y de un marco institucional tan complejos que solo es posible acercarse seriamente a ella sector por sector, a costa de una contextualización extremadamente precisa. Aquí un ejemplo que permite razonar sobre la organización institucional (gestión de la seguridad social minera por las empresas hulleras). En el período 1946-1987, las estadísticas de los servicios médicos de las minas indican 34.000 muertos de silicosis, mientras que las estadísticas de causas de muerte, independientemente de los regímenes de protección social, señalan 16.806 muertes causadas por la «neumoconiosis de los mineros del carbón», es decir una diferencia del doble.<sup>15</sup> Como veremos más adelante, por razones relacionadas con el derecho y con

---

14 Aclaremos que no se trata de formular aquí un juicio de valor retrospectivo, sino de referenciar la apreciación expresada por los mismos contemporáneos. A falta de datos cuantitativos considerados fiables, una parte de la legislación del período de entreguerras fue construida a partir de estadísticas extranjeras. Todavía a mediados de la década del 2000, los informes oficiales que produce la IGAS, el Tribunal de Cuentas y el Senado continúan criticando la masiva falta de notificación de las enfermedades profesionales. Véase Buzzi, Devinck y Rosental (2006).

15 Rúbrica 500 de la CIE 9. La diferencia se explica por una dilución de la silicosis en otras enfermedades pulmonares (tuberculosis retículo-nodular, por ejemplo) y su estudio podría justificar la aplicación de una investigación *ad hoc*. Agradecemos a France Meslé por haber tenido la amabilidad de dar esta estimación, a partir de la información proporcionada por la base de datos del INED respecto a las causas de muerte en Francia desde 1925. Véase [http://www.ined.fr/fr/ressources\\_documentation/donnees\\_detaillees/causes\\_de\\_decès\\_depuis\\_1925/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/donnees_detaillees/causes_de_decès_depuis_1925/), base de la cual ella es autora junto con Jacques Vallin. Para la clasificación internacional de causas de muerte, véase Meslé y Vallin (1988).

las prácticas, ninguna de esas dos estimaciones aportaría más que un orden de magnitud por defecto y probablemente muy inferior a la realidad.

Bajo el efecto de la ambigüedad de los dispositivos legales y de su difícil aplicación, las estimaciones disponibles no pueden más que ocultar o subvalorar, tanto los procesos masivos (la expulsión sin derechos a sus países de origen de mineros extranjeros, poloneses durante el período de entre guerra o durante la *Liberación*, y marroquíes al final de *Los Treinta Gloriosos*), como las micro-dinámicas de interacción entre los mineros y las hulleras para hacer reconocer la silicosis y, si procede, sus complicaciones, y por supuesto recibir una compensación económica. Se trata de una combinación de procesos sociales, en sí mismos reflejos de las relaciones de fuerza entre las diferentes instituciones implicadas en la protección social de las minas y los propios trabajadores, que producen indicadores objetivando, y al mismo tiempo ocultando, los efectos sanitarios y demográficos de la silicosis: la morbilidad, la discapacidad, la mortalidad.

## **La concesión de las pensiones, ¿instrumento de gestión del personal?**

### ***Rechazos y reconocimientos***

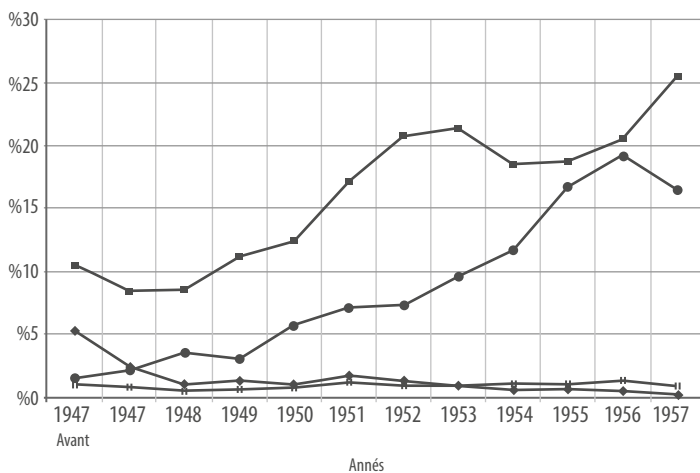
vamos a seguir las modalidades y los efectos de ese proceso de disimulación, concentrándonos principalmente en el período de la Cuarta República (1944-1958). La primera variable a considerar es el curso que tuvieron las demandas efectuadas por los mineros, del 4 de febrero de 1946, fecha de aplicación de la ordenanza del 2 de agosto de 1945, al 31 de diciembre de 1958. Las estadísticas de las explotaciones de carbón muestran un total de 78.775 demandas para el período, de las cuales un 75% provienen de la cuenca Nord Pas-de-Calais. En el flujo anual de las demandas se diferencian tres períodos claros: después de un pico de 7.870 en 1946, ligado al «reajuste» generado por el

reconocimiento de la enfermedad,<sup>16</sup> se presenta una estabilización cercana a las 5.000 demandas de 1947 a 1954, que pasa a una cifra cercana a 7.500 en 1958. En esa fecha, esta cifra representa el 5% de los efectivos contratados en el año. ¿Qué destino tuvieron estas solicitudes? La Gráfica 1 da una primera idea de los efectos de la organización institucional de la medición estadística de la silicosis.

### Gráfico 1

#### Resultado de las solicitudes de indemnización por silicosis (1947-1958)

Issues des demandes de réparation de la silicose  
1947 - 1958



Fuente: Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958, tableau D1 [cuadro D1], ACHML, B7 384.

16 Pero que incluye también la reparación de la silicosis en Lorraine, bajo ciertas condiciones, a partir de 1941, según lo previsto en la legislación alemana.

*Leyendas:* IPP: invalidité partielle permanente [Invalidez parcial permanente]. ICE: indemnités de changement d'emploi [indemnizados mediante cambio de empleo]

Así, pasado el período de regularización inicial, la tasa de rechazo se redujo inicialmente a menos del 10%. Hasta que en 1948, el reconocimiento se hace por parte de los URSSM, cuyos consejos de administración se componen de dos tercios de los representantes de los trabajadores, y cuyo personal está vinculado a los mineros por una fuerte solidaridad.<sup>17</sup> El umbral de rechazo alcanzado hasta esa fecha nunca fue sobrepasado. El déficit de los fondos, la lucha contra el absentismo, las tensiones políticas y sindicales ligadas a la Guerra Fría, llevan a la promulgación, el 18 de septiembre de 1948, de los decretos Lacoste, en los cuales el Ministro de la Producción Industrial inclina a favor de las industrias de carbón el control de la incapacidad temporal, para eludir la connivencia entre los mineros y los médicos de las mutuales mineras. En un contexto social y político particularmente tenso, estas medidas tuvieron un papel determinante en el estallido de las violentas huelgas de octubre de 1948, que dejaron ocho muertos y decenas de heridos, y condujeron a tres mil condenas y seis mil mineros despedidos. De aquí en adelante, las hulleras nacionalizadas tienen que «gestionar ellas mismas el riesgo de incapacidad temporal, para reducir el absentismo», así como el riesgo de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales (AT-MP). Concebida de forma provisional, esta disposición va a perdurar cuarenta años, hasta el decreto del 27 de marzo de 1987 que restituye a la seguridad social minera la gestión de esos riesgos.

---

17 El 27 de noviembre de 1946, un decreto reorganiza los cerca de doscientos Fondos de ayuda mutual existentes en las hulleras bajo la forma de una Seguridad social minera, que entra oficialmente en funcionamiento el primero de enero de 1948. Sus fondos locales y regionales, gestionan conjuntamente con una dominación obrera, la contratación masiva, en especial entre los empleados del carbón, y conceden al personal nuevo el mismo estatus que aquel de los mineros.

El control por parte de las hulleras se observa de inmediato sobre la estadística presentada en la Gráfica 1. Si los rechazos administrativos, que estaban ampliamente ligados a la ejecución de la ordenanza, disminuyen, los rechazos médicos comienzan, a partir de 1949, a crecer de forma casi ininterrumpida (cerca del 14% de las demandas en 1950, más de un cuarto en 1957). A raíz de este desarrollo, en 1958, casi el 13% de los empleados fueron reconocidos como enfermos de silicosis (ACHML, s.f.).

El primer signo de este desarrollo está sin duda menos ligado a la evolución epidemiológica que a las instrucciones proporcionadas a los médicos dependientes de las hulleras, el cambio en los rechazos médicos está estrechamente ligado a aquello que llamaremos con el término cómodo de «reconocimientos blancos»: tasa de invalidez parcial permanente (IPP) nula, sin el pago de indemnizaciones de cambio de empleo (ICE). Volvemos a esta categoría *a priori* singular, que registra silicosis médica y administrativamente reconocidas, pero sin dar el más mínimo acceso a compensación.

Luego de esta fase corta de endurecimiento paralelo (1949-1950), las empresas de carbón utilizan estas dos herramientas de forma complementaria: a las fases de aceleración de los rechazos médicos (1950-1952, 1956-1957) se corresponde una desaceleración, incluso un declive, de los *reconocimientos blancos* y viceversa. Claramente, las fases en las que la posible silicosis es negada alternan con aquellas en las que se la reconoce sin costos financieros inmediatos. Hemos de volver luego a lo que es ni más ni menos una opción de gestión.

Otros factores refuerzan la idea de que la indemnización por silicosis deriva más de una directriz fijada por las empresas de carbón que de la sola evolución propiamente dicha de la enfermedad. De entrada, la diversidad regional deja entrever la existencia de verdaderos «régimenes de indemnización» (Tabla 1), completamente diferentes de una cuenca a otra. Por ejemplo,

en todo el período, el rechazo médico varía de uno a cuatro (del 12,7% en el Nord Pas-de-Calais al 44% en los Cévennes; la tasa de reconocimientos blancos de uno a treinta y cinco (de 0,3% en la Dauphiné al 10,5% en el Nord Pas-de-Calais).

**Tabla 1**

**Número de solicitudes de reconocimiento de silicosis según la cuenca (1947-1958)**

| Rechazo médico               |                    |                             |                     |
|------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|
| % de reconocimientos blancos | Débil (< 15%)      | Medio (de 15 à 25 %)        | Elevado (+ de 25 %) |
| Débil (< 5%)                 | Dauphiné           | Lorraine, Blanzý, Aquitaine | Provence, Auvergne  |
| Fuerte (>= 5%)               | Nord Pas-de-Calais | Loire                       | Cévennes            |

Fuente: *Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958*, cuadro A.

Pero más allá de esta variación regional, que podría relacionarse con las diferencias del ambiente geológico y las condiciones de trabajo según las cuencas, las discontinuidades temporales son difíciles de atribuir a otra cosa que a las consignas de las directivas de las empresas de carbón. Así, en la Cuenca del Nord Pas-de-Calais, donde se vio el predominio estadístico en el número de empleados, de repente se ve que las decisiones de asignación de indemnizaciones pasan de menos del 40% en 1954 y 1955, a dos tercios en 1956.

## Tasa de invalidez

El conteo de la asignación y del rechazo de las compensaciones, entendido globalmente, es solo una parte de una política más amplia. Para comprender la política de gestión de la silicosis por parte de las hulleras, es igualmente importante entrar en los detalles de las tasas de incapacidad parcial permanente reconocidas (Gráfica 2). Nos damos cuenta entonces que, de manera creciente durante el período, la mayor parte de las silicosis reconocidas lo fueron *a minima*: al aumento casi paralelo de tasas débiles de IPP (entre el 0% y el 19%) corresponde el colapso de las tasas intermedias (20-49%) y la erosión perfectamente continúa de las tasas superiores al 50%. Por lo tanto, la política de las hulleras ha consistido, estructuralmente, en adoptar de forma progresiva un régimen extensivo, que reconoce cada vez más silicosis supuestamente poco invalidantes, pero que restringe el acceso a las tasas de IPP mientras que aproxima o supera la tasa de invalidez general (65%). En el extremo que, las compensaciones pagadas a los mineros para una tasa de incapacidad igual o superior al 80% caen del 8%, en 1948, al 1% en 1957.

Es difícil no ver, en esta evolución, una lógica contable de reducción de los costos de reparación de la silicosis; las tasas débiles de IPP se traducen en niveles de indemnización que pueden parecer poco elevados teniendo en cuenta los efectos de la enfermedad (500 francos por año, en 1975, para una tasa por ejemplo del 5%, es decir el equivalente a 300 euros actuales).<sup>18</sup> A la pregunta de si este colapso de las tasas elevadas de incapacidad se traduce en un progreso sanitario, la nosología compleja de la silicosis, así como las imprecisiones en la legislación, sugieren una respuesta negativa. De hecho, no existe ninguna escala oficial que permita determinar con certeza el grado de incapacidad

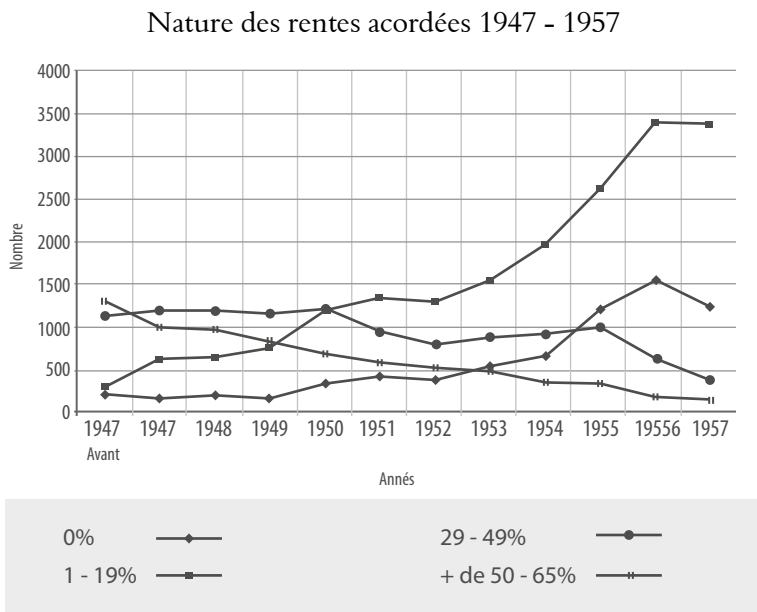
---

18 «La principal preocupación [de los médicos del trabajo] es detectar la silicosis —o incluso minimizar el grado de silicosis para que la indemnización del minero sea menos fuerte», escribe Bognar (1954: 606).

en el trabajo. Las tasas de indemnizaciones concedidas se convierten en una herramienta esencial de gestión de las hulleras, que les recuerdan explícitamente a médicos-jefe que una «sola pensión del 100% representa [para ellas] un monto suplementario de cotizaciones anuales del orden de los 70.000 francos, y esto durante tres años» (ACHML, s.f. a).

### Gráfica 2

## Número de compensaciones asignadas por silicosis (1947-1957)



Fuente: *Réparation de la silicose, tableau II, Service de la sécurité sociale et de l'action sociale, ACHML B7 384*

De hecho, en una época en la que las cuentas registran déficit, el costo de las obligaciones por la silicosis no deja de aumentar en proporciones que inquietan a las empresas de carbón en



Francia.<sup>19</sup> En 1953, los montos anuales de las compensaciones y las pensiones de los sobrevivientes, que alcanzaban 1,33 millones de francos al 31 de diciembre de ese mismo año, se vieron más que triplicados en espacio de cinco años y pasaron progresivamente cerca de 4,5 millones el 31 de diciembre de 1958. De forma más reveladora, esta carga corresponde al 5,9% de los salarios sujetos a retención en 1958 contra el 3,5% tres años atrás. Todavía en 1958, la reparación por silicosis absorbe, ella sola, más de un tercio de los gastos de indemnización de las AT/MP.<sup>20</sup>

Pero independiente de su fuerza, no podemos reducir la política de las hulleras a un razonamiento mecánico. Además de la política de reducción de costos, la estrategia de otorgar indemnizaciones representa, para las hulleras, un verdadero instrumento de gestión de la mano de obra. Tenemos todas las razones para pensar que dicha política fue rápidamente integrada por los mineros en la gestión de su carrera. Para comprender esto, es necesario distinguir, en el conjunto de los asalariados de las hulleras, los que trabajan «en el fondo» y los que trabajan «a la luz».

### ***Silicosis y gestión de las carreras***

Ser reconocido como paciente de silicosis no es suficiente para ser eximido de trabajos en las minas. Incluso, en 1950, las empresas hulleras lograron impedir un proyecto de ley que iba

---

19 A comienzos de 1946, Carboneras de Francia (CDF) consideraban que «si los médicos especialistas deben, y es su deber esencial, proteger la salud de los trabajadores y ofrecerles la justa indemnización del daño sufrido, no pueden ignorar las consecuencias de sus decisiones sobre la producción» [*si les médecins experts doivent, et c'est leur devoir essentiel, protéger la santé des travailleurs et leur offrir la juste réparation du dommage subi, ils ne peuvent ignorer les conséquences de leurs décisions sur la production*], ACHML (s.f. b). Sobre la evolución global de la rentabilidad del carbón, véase Philippe de Ladoucette (2004), quien para entonces era Presidente-Director general de CDF (Charbonnages de France).

20 Es decir 5,978 millones de Francos en 1958 por 17,43 millones la carga total de incapacidad permanente y de incapacidad temporal.

en esta dirección. A finales de 1958, de los 23.000 empleados pertenecientes a las empresas carboníferas de Francia reconocidos como pacientes de silicosis, cerca de 20.000 trabajaban *en el fondo*. En la sola cuenca del Nord Pas-de-Calais, de lejos la más importante, más del 21% de los efectivos del fondo tienen tasa de incapacidad permanente parcial. Incluso se contabiliza una centena de mineros con una tasa superior al 65%, lo que constituye el umbral de invalidez general. Es cierto que, el cálculo administrativo de la duración de la exposición no está fundado en el número de años efectivamente pasados en el fondo, sino en una ponderación oficial de la peligrosidad relativa presumida de las diferentes actividades, que ninguna investigación independiente ha evaluado.<sup>21</sup> Así, el Dr. Even, médico consultor de la CAN (Caisse Autonome Nationale de la sécurité sociale dans les mines [Caja autónoma nacional de la seguridad social en las minas]), denuncia que en la equivalencia oficial un año de trabajo en la roca equivaldría a dos años de trabajos en el corte de paredes o en la excavación de canales, y a tres años en el carbón.<sup>22</sup> Fue necesaria la aparición del decreto del 4 de mayo de 1988, período del cierre de la cuenca hullera del Nord Pas-de-Calais, de los planes sociales, de las jubilaciones anticipadas y de las reconversiones, para considerar a la totalidad de trabajos realizados en el fondo como susceptibles de provocar la silicosis. Mientras tanto –volveremos a ello– es cierto que los mineros con silicosis eran sacados del fondo de manera cada vez más precoz, sobre todo en la década de 1980.

---

21 Estas equivalencias son formalizadas por el Decreto de 17 de octubre de 1957. La investigación dirigida por Annie Thébaud Mony (1991) da una idea de sus consecuencias a finales de 1980. Entre los expedientes a los que ella tuvo acceso, solamente dos mencionan la antigüedad en el fondo. Para el primero, 29 años de la mina se convierten en 7 años, 3 meses y 5 días de exposición. Para el segundo, 38 años en el fondo se convierten en 8 años y 21 días de exposición.

22 Mientras que, según el Dr. Even (1975), por ejemplo, la prevención es más difícil en la explotación carbonífera que en la explotación de roca.

Pero esta aparente ausencia de regularidad no debe ocultar las relaciones complejas existentes entre la invalidez y el empleo. La Gráfica 3, se esfuerza, no sin fallas, en aproximar estas relaciones confrontando la suerte de los asalariados indemnizados con aquella de los asalariados no indemnizados (incluyendo aquellos cuya tasa de IPP es del 0%, pero que no perciben ninguna compensación).<sup>23</sup> Entre estos últimos, un poco menos de los dos tercios trabajan en el fondo (línea continua) y un poco más en la cima de la gráfica, dada como base de comparación). En contraste, vemos que es solamente por encima del 20% de tasa de IPP que los asalariados con silicosis se ven beneficiados del «tratamiento favorable» consistente en sacarlos a la luz. Es cierto que la relación de estas dos cifras es reductora porque ella no tiene en cuenta las estructuras de edad respectivas ambas poblaciones. Debe considerarse un orden de magnitud amplio en lugar de una relación rigurosa. Ella no permite establecer con exactitud, a una edad determinada, el umbral en el que la discapacidad se convierte en un criterio de salida de la mina.

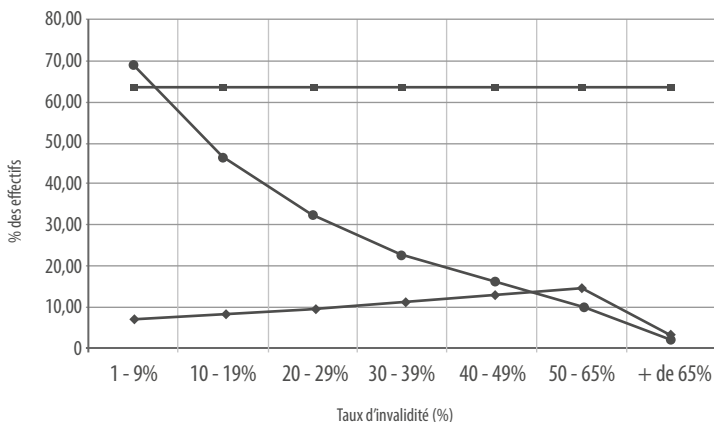
---

23 Los porcentajes de actividad, en el fondo o a la luz, de los asalariados silicóticos, se deducen de las estadísticas de las empresas carboníferas, tratando de relacionar los efectivos con la población silicótica total (incluida la que no está en capacidad de trabajar, de ahí porcentajes totales siempre inferiores a 100). Un límite de estas estimaciones es la falta de estructura de edad en los datos disponibles, ¿en qué medida el efecto puesto en evidencia (el declive del trabajo en el fondo con el aumento de la invalidez) está de hecho ligado a la evolución de la antigüedad? Los desarrollos siguientes (Gráfico 4) intentan, de manera imperfecta, comprender mejor este problema.

### Gráfica 3

## Tasa de trabajo en el fondo según la tasa de invalidez ligada a la silicosis

Taux de travail au fond selon le taux d'incapacité liée à la silicose



- % de travail au jour selon le % d'invalidité ◆
- % de travail au jfound selon le % d'invalidité ●
- % global de travail au found des non indemnisés ■

Sin embargo, la Gráfica 3 muestra claramente que la cuestión de las tasas de invalidez elevadas va mucho más allá de la mera indemnización. En cuanto a las hulleras, estas acentúan los problemas estructurales de contratación con miras a realizar trabajos en el fondo. Para los mineros, las tasas de invalidez ofrecen una oportunidad de salir a la luz, al acelerar, según un ritmo que es imposible de establecer, los efectos protectores de la antigüedad. Entonces, ¿cómo conciliar estos dos puntos de vista? ¿Cómo entender que los mineros y sus sindicatos, en lugar de rebelarse contra la reducción de las tasas de IPP reconocidas en los años 1950 (Gráfico 2), las hayan respaldado con una

pasividad a veces muy criticada por los observadores? (Even, 1975).

En esta débil oposición frente a una enfermedad temible, Annie Thébaud Mony, en un estudio pionero que dirigió hace varios años, ve una forma de dependencia de los mineros respecto al sistema médico de las hulleras:

Para ellos, son las hulleras, a través de los médicos, de los médicos de empresa y del servicio AT/MP, las responsables de la gestión de su salud. Son los médicos de las hulleras quienes determinan si un certificado médico de neumoconiosis debe ser realizado. Los mineros están en una lógica de asistidos. Lógica que solo cuestionan cuando su estado empeora, pierden confianza en los médicos de la seguridad social minera, y recurren a médicos privados. Sin embargo, piensan que entonces el experto no los reconocerá como enfermos de neumoconiosis (1991: 266).

Es sin duda interesante considerar la débil movilización de reivindicaciones frente a la silicosis como un efecto perverso de un sistema de salud integrado, asociando en gran medida a los sindicatos en su gestión, pero sesgado en su aplicación por la determinación de las hulleras frente a una patología que implica retos financieros masivos.

No obstante, como es costumbre en ciencias sociales, conviene tratar con prudencia el argumento de la inacción y de la irracionalidad de los principales actores involucrados (Thébaud-Mony, 1991). Consideraciones materiales inmediatas pueden haber contribuido a esta relativa pasividad. Los mineros pobres pueden mostrarse reacios a procedimientos largos y costosos, que requieren visitas y contra-visitas médicas (Thébaud-Mony, 1991) y, dado el caso, recursos legales. Aunque es cierto que esta explicación no da cuenta del relativo silencio de los sindicatos. Para llevar un poco más lejos el análisis, se debe hacer referencia a la constatación, estadísticamente probada, de una forma de evasión frente a una enfermedad todavía mal conocida en el período de la Liberación, pero que ganó muy pronto el estatuto de flagelo terrible.

Si en 1946, la mayoría de los mineros ignoran la silicosis y sus consecuencias, no es así una década más tarde.<sup>24</sup> La angustia que representa el reconocimiento de una enfermedad incurable, la perspectiva del sufrimiento y de la muerte en un período que puede ser rápido o que por el contrario puede oscurecer el horizonte de vida durante muchos años, la especie de vergüenza social que algunos pueden temer, llevan a un número considerable de mineros a evitar las visitas médicas. Durante la primera campaña a gran escala de diagnóstico de la enfermedad, a comienzos de 1955, los médicos de los HBNPC (Houillères du bassin Nord-Pas de-Calais, Hulleras de la Cuenca del Nord-Pas de-Calais) constatan que el 15% del personal se niega a dejarse examinar. Al temor de ser diagnosticado de silicosis, se le suma la no comunicación médica de los resultados de la evaluación, que según la opinión de los propios jefes del servicio médico constituye un elemento suplementario de desmoralización (ACHML, s.f. c). Durante la segunda gran campaña de detección de examen por rayos X, entre septiembre de 1955 y junio de 1956, más de un tercio de las 100.000 personas evaluadas presentaron una imagen anormal. Aún, el 18% de los mineros en promedio, incluso el 22% o más en Cuencas como Douai y Valenciennes, se abstuvieron de realizarse el examen. Un porcentaje que confirma, la práctica y las preocupaciones de los mineros frente a los diagnósticos.

Pero hay más. Después de 1946, la silicosis es rápidamente interiorizada por los mineros como un evento previsible en sus carreras. Una vez que se es reconocido como paciente de silicosis, es decir, como portador de una enfermedad incurable pero cuyo ritmo de evolución y cuyos efectos son más o menos imprevisibles, es concebible que se busque progresar en un sistema de indemnizaciones que, sin duda, se congela durante la década, pero que asegura, más allá de un cierto umbral, el pago de una pensión a los beneficiarios en caso de muerte (véase más adelante, última sección), y una alta probabilidad de salir de la

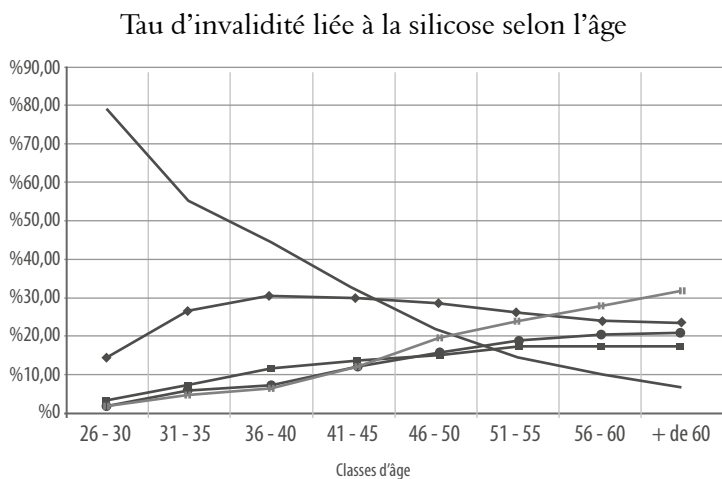
---

24 Véase en Thébaud Mony (1991) el testimonio de M. Pierre.

mina. En otros términos, el método de indemnización pudo ser interiorizado por los mineros como una especie de aumento de las «ventajas» ligadas a la antigüedad, como una «estrategia» de desesperanza y de impotencia frente a las restringidas posibilidades de evolución dentro o fuera de las hulleras.

### Gráfica 4

#### Tasa de invalidez ligada a la silicosis por rango de edad



Fue este mecanismo el que hizo posible la articulación entre las perspectivas *a priori* contradictorias de los asalariados y las empresas carboníferas. Estas últimas, al reducir las indemnizaciones y al revisar los ritmos de progresión (Gráfica 4) estimularon un sistema de micro-transacciones bajo la forma de renegotiaciones anuales de las tasas de invalidez entre los mineros

y los médicos de las hulleras. Las expresiones («transacción», «negociación») que emplearemos a lo largo de los análisis que siguen, deben ser entendidas *a minima*. En una acepción teórica derivada de la etnometodología, ellas traducen simplemente el hecho de que, frente a un rechazo de reconocimiento de silicosis, la actitud adoptada por los mineros consiste en insistir en la demanda luego de mínimo un año, hasta obtener una respuesta satisfactoria.<sup>25</sup> Este trámite de confrontación constituye, incluso bajo su acepción más reducida, una forma de presión a la cual la dirección médica de las hulleras puede responder a su ritmo. Encontramos entonces, hasta los años 1980, y en pleno corazón de una empresa nacionalizada, la dinámica entre solicitud deferente y respuesta discrecional. Lo que corresponden a la definición más clásica de paternalismo.

Mostraremos, progresivamente, que la característica del sistema de reconocimiento y de indemnización de las hulleras se funda en una relación opaca y vertical. Tanto el minero como los médicos que este enfrenta (el médico del trabajo, el médico general, el experto en neumoconiosis) están inscritos en una cadena administrativa y en una lógica financiera de la cual ellos no son más que los eslabones más débiles, o sea los menos definitorios. La racionalidad de los mineros y de sus médicos reposa de entrada en la aceptación tácita de ese sistema y de su absoluta falta de transparencia. En primer lugar, y además de la evaluación médica adecuada, el papel de los médicos consiste en prever, teniendo en cuenta los criterios comunes y habituales, qué expedientes tienen la oportunidad de ser aceptados por los servicios médicos de las hulleras (es decir, que las IPP

---

25 Parece que este mecanismo operó de forma durable. Hacia 1990, Annie Thébaud Mony observa una dinámica comparable, que nota «viene a sustituirse al proceso de impugnación previsto por la legislación» (1991: 266). De forma general, mostraremos cómo nuestras observaciones, fundadas sobre una perspectiva estadística e inscritas en el largo plazo, se articulan con las conclusiones de las entrevistas realizadas por Thébaud Mony y su equipo a finales de 1980.



sean reconocidas o aumentadas).<sup>26</sup> En segundo lugar, en hacer comprender a los mineros, si es necesario, que las disputas no son ventajosas ya que ponen en peligro el reconocimiento de la silicosis, la revalorización de la discapacidad y, como veremos adelante, el pago de las retribuciones a los beneficiarios en caso de muerte.<sup>27</sup>

Las explicaciones relativas a las normas de comportamiento interpersonales encuentran una objetivación directa en las estadísticas. Mientras que al comienzo de los años 1950 el costo de revalorización era inferior al de las aperturas de indemnizaciones, en 1958 este es casi tres veces más alto.<sup>28</sup> Frente a una enfermedad devastadora, que según la estimación suministrada por el registro oficial corresponde a un octavo de sus asalariados al final de los años 1950, las empresas hulleras lograron ahorrar con un esquema de compensación extremadamente avaro, mientras los mineros, por la práctica de la renegociación anual de los beneficios, la integran en los cálculos de su carrera. Ellas se las arreglaron para atrapar a sus empleados en un sistema minimalista pero que, de manera risible y trágica a la vez, les ofrecía perspectivas (primas, salida de la mina, protección de los intereses familiares en caso de muerte).

---

26 Desde el decreto de 17 de octubre de 1957, el reconocimiento de la silicosis como enfermedad profesional, sus complicaciones y su papel en la imputabilidad de la muerte, son la prerrogativa de expertos en neumoconiosis acreditados por las hulleras o por los colegios de tres médicos. Annie Thébaud Mony menciona las formas de «autocensuras de los médicos según los estándares de opinión de los expertos» (1991: 56, 266).

27 Por lo tanto retomamos la observación hecha por Thébaud Mony según la cual «los médicos advierten a los mineros el uso de los recursos, ya que entonces corren el riesgo de ser sometidos a una jurisdicción más dura y ser clasificado como “quejumbrosos” por los servicios médicos de las hulleras» (1991: 267).

28 Los montos respectivos de las aperturas y de las revalorizaciones netas pasan de 168.512.000 F y 121.445 F en 1954 a 275.539.000 F y 717.767.000 F cuatro años más tarde (ACHML, s.f. d).

Al finalizar este razonamiento, se puede entonces explicar la existencia y la pertinencia de la categoría de invalidez a 0% sin pago de indemnización. Categoría que *a priori* podría parecer por lo menos enigmática. Si la indemnización blanca tiene sentido para los mineros, es porque ella refirma su inscripción en un «estatuto» y deja prever una especie de «progresión de la invalidez» que, dada la naturaleza de la enfermedad y los conocimientos académicos, la dificultad en la comprensión de los signos y en la progresión de la enfermedad, objetiva el hecho de que la silicosis sea objeto tanto de un tratamiento administrativo como médico. Esta progresión en las tasas de IPP, bajo la influencia de una renegociación anual con los médicos de las empresas hulleras, funciona como un mecanismo que viene de alguna manera a acelerar las ventajas de la remuneración y del trabajo normalmente ligados a la antigüedad. También en este caso, es una lógica social la que da cuenta de la otra característica del régimen de indemnización que es imposible de comprender desde un punto de vista estrictamente médico: la fijación de una tasa de invalidez del 1% «destinada a aumentar con los años al 2, 3, 4...%», precisión, cuyo carácter científicamente inverosímil, señala el Dr. Even (1975: 284).

## **¿Una enfermedad profesional sin asalariados? Silicosis y cierre de minas**

Además de permitirles ventajas financieras inmediatas, el llamado tácito a la paciencia de los mineros y la creación de verdaderas trayectorias administrativas de los pacientes de silicosis le permite a las empresas hulleras ganar tiempo.<sup>29</sup> Sabemos que a lo largo de toda la Cuarta República, la explotación minera está de hecho en declive. Las perspectivas no paran de nublarse debido a la política energética de Francia y de la CECA (Communauté européenne du charbon et de l'acier) que favorecen el petróleo y sus derivados. Ello se traduce en el colapso

---

29 Sobre esta idea de *carreras de papel* véase Alexis Spire (2005).

de la mano de obra. De los 330.000 empleados existentes en las hulleras en 1950, de los cuales dos tercios se encuentran en el fondo, se pasa a 230.000 en solo ocho años.

En los años 1960 comienza una nueva fase representada, al comienzo de la década, por el plan *Jeanneney*. La preocupación por la reducción gradual de la actividad de las minas da paso de inmediato a la previsión de su cierre, programado de manera casi inevitable. Examinaremos las consecuencias sobre la gestión de la silicosis por las hulleras desde el final de los *Treinta Gloriosos*. Este análisis no es solo una extensión del período precedente. Dado que lleva directamente al período contemporáneo, él también debe plantearse la pregunta por el balance demográfico. ¿En total, cuántos mineros murieron desde el reconocimiento de la enfermedad en 1945, considerando que antes de esta fecha no se contaba con ninguna cuantificación, ni siquiera imperfecta, de los casos de silicosis? Si ambos expedientes, el de los modos de gestión de la enfermedad por las hulleras y el de número de víctimas, deben ser tratados frontalmente es porque ellos descansan en tres evoluciones comunes:

1. El aumento de la eficacia de la prevención.
2. Un nuevo tipo de recurso a la mano de obra extranjera.
3. La inclinación de la proporción entre activos y jubilados.

### ***La prevención***

En 1946, siguiendo las experiencias de la década de 1930, comienza en las minas la detección sistemática de la silicosis, pero encuentra dificultades para generalizarse. En 1949, ninguna empresa de obras públicas ha organizado un servicio médico, «la silicosis fue ignorada casi en todas partes, incluso por los médicos y causó muchas víctimas, con frecuencia bajo la máscara prestada de la tuberculosis». El doctor Teaulade, autor de este balance, estigmatiza «la incidencia temible de las primas de rendimiento que, al invitar a los trabajadores a apurarse a ganar más, los llevaban también a desatender las protecciones

sanitarias». <sup>30</sup> En las minas y en las obras, «el trabajo al contrato, las primas suplementarias otorgadas tanto a los obreros como a los responsables, en función del avance de los trabajos de perforación de túneles y galerías, crean una psicosis de avidez por la ganancia, que lleva a los trabajadores a descuidar el uso de los dispositivos de protección personal que pueden interferir con el trabajo físico que tienen que llevar a cabo».

Más que de una inacción total, según los sectores y las empresas es conveniente hablar de una fuerte desigualdad en la sensibilización y en la acción. A finales de 1945, el cuerpo médico de las Empresas carboníferas de Francia se centra en la densidad de partículas de cuarzo puro en la atmósfera. Después del envío a Inglaterra de una delegación a estudiar las estrategias de lucha contra la silicosis, un primer intento de inyección de agua, visiblemente insuficiente, fue ejecutado en el Valenciennois. <sup>31</sup>

Pero después de este comienzo difícil, debido en parte, aunque no exclusivamente, al efecto de la infusión previa de agua, <sup>32</sup> la media general de los índices conióticos decrece de ma-

---

30 Informe del Dr. Teulade a la Caja primaria departamental de Seguridad social de Cantal [*Caisse primaire départementale de Sécurité sociale du Cantal*], 1949 (CAC 19920443 art 50).

31 Interrogado por Evelyne Desbois, Yves Jeanneau y Bruno Mattéi (1986). Léon Delfosse, responsable cegetista de las hulleras en la época de la Liberación, estima que después de un período (consecutivo a la expulsión de los representantes de la CGT) cuando fue descuidada, 1947-1953, la prevención retoma su importancia a partir de mediados de los años 1950, bajo el efecto del peso considerable de las compensaciones. Si la afirmación es hecha por un testigo fuertemente «comprometido», corresponde a la cronología de evasión, por parte de las hulleras, de una carga financiera que se vuelve cada vez más coercitiva bajo la Cuarta República. Esto puede verse con más detalle en la siguiente sección de este capítulo.

32 Además de las técnicas de humidificación, la prevención del riesgo de la silicosis pasa por todas las medidas susceptibles de controlar y disminuir los efectos de la formación de polvo: ventilación, extracción en la fuente, productos de sustitución, equipos de protección individual, considerando la lista no exhaustiva propuesta por Le Bacle, Bouchami y Gouffier (1995).

nera progresiva. De 6.000 partículas de cuarzo puro por  $\text{cm}^3$  en 1945, la media cae a 4.000 en 1953. Esta cifra fue retomada por el decreto del 21 de diciembre de 1954, como límite de concentración admisible de partículas de polvo. La lucha contra la acumulación de polvo se intensifica. Así, para el primer semestre de 1958, la tasa media es dividida por seis y desciende a 250 partículas de cuarzo puro, una cifra considerada tolerable en diferentes países.<sup>33</sup> En las décadas siguientes, la disminución de la densidad de partículas continúa, a un ritmo que, sin embargo, tiende a ser afectado por la desaceleración de la actividad. Las cargas financieras, el recurso a la mano de obra extranjera con contratos temporales y a la cual le reservan el trabajo más peligroso, desestimulan la inversión en prevención. Justo en la década de 1980, los valores límites en el fondo son ampliamente sobrepasados en el fondo (Thébaud Mony, 1991).<sup>34</sup>

En muchos establecimientos distintos a la minería, la situación es aún más grave, como lo señalan las muestras de polvo tomadas por los servicios de prevención del CRAM (Caisse Régionales d'Assurance Maladie [Cajas regionales de seguro de salud]) de en las empresas que están bajo su control (34.000 entre 1950 y 1975). La mitad de las instituciones donde existe un riesgo de silicosis no cumplen con el límite de exposición establecido por el Ministerio de trabajo.<sup>35</sup> Si bien es cierto que las normas varían según los ministerios y sectores de actividad, son solo indicativas.<sup>36</sup>

---

33 Sobre todos esos puntos ver en especial el acta de las *Journées françaises de pathologie minière*, 22-23 octubre 1958 (en particular la intervención del Dr. Jarry, p. 122); Claude Amoudru (1972), y Amoudru y Nadiras (1966).

34 Sobre las medidas de exposición del personal en el fondo a la formación de polvo efectuadas por la Dirección de servicios médicos de las Empresas carboníferas de Francia en los años 1980, véase CDF (1982).

35 Véase Lardeux (1989).

36 A este respecto la obra de Thébaud Mony (1991) contiene (p. 62 y p. 277 ss.) una monografía de una planta de trituración de piedras que, en 1988, supera en treinta veces los valores límites recomendados por el Ministerio de Trabajo, la empresa responde a los problemas de salud con una

En las minas, el mejoramiento general repercute directamente sobre el plano epidemiológico. Un primer indicador es el de la incidencia, es decir, la proporción de nuevos casos de silicosis reconocidos en el año. Después de haber oscilado entre el 1 y el 2% de efectivos de 1964 a 1976, decrece a partir de 1977, y cae a 0,5% en 1980 y 0,4% en 1985 (CDF, 1982).<sup>37</sup> Por supuesto este dato es insuficiente, porque la incidencia depende, de una parte, de la evolución de la tasa de reconocimiento y, de la otra, de efectos de estructura tales como la antigüedad de los efectivos. Veremos más adelante que la evolución de esos dos parámetros en este período no parece afectar su significación.

El número de casos de silicosis reconocidos después de menos de veinte años de trabajo en el fondo se vuelve marginal (inferior a cincuenta en 1982). Los servicios médicos de las hulleras ven en el «crecimiento progresivo del tiempo de latencia entre la exposición y la identificación de la enfermedad [...] un progreso sanitario evidente y bastante notable» (CDF, 1982: s.p.). También se observa una clara mejoría en las complicaciones de la silicosis, en especial en el caso de la terrible «silico-tuberculosis»: <sup>38</sup> a mediados de los años 1950, un tercio de los mineros atacados por esta coafección morían en tres años. Bajo el efecto conjunto de las campañas de detección y de vacunación contra la tuberculosis en las cuencas mineras y del progreso de los tratamientos, «el tiempo promedio que separa la constatación médica inicial de la enfermedad profesional del diagnóstico de la tuberculosis» pasa de diez a veinte años entre las décadas 1950 y 1970. Para los médicos de las hulleras es el momento de pedir una reorganización de la legislación en el sentido de una disminución (en especial en la asignación de las tasas de IPP).<sup>39</sup>

---

rotación ultrarrápida de los efectivos.

37 El cambio proviene principalmente de la cuenca del Nord Pas-de-Calais.

38 La silico-tuberculosis toca al 1,43 % del conjunto de pacientes de silicosis en 1962, y al 0,64 % en 1971. Véase Amoudru (1972).

39 Véase Lenoir (1977). Hay que señalar que en 1965, con la participación

Subrayemos por ahora que un efecto de estos cambios es la prolongación de la «trayectoria» de los silicóticos en la totalidad de la carrera profesional y en el ciclo de vida. Como lo señala un informe oficial del servicio médico de las hulleras, los problemas de prevención tienden a asemejarse, «en cuanto a los objetivos y modelos, [...] a aquellos usados por el sector nuclear, en el cual el objetivo no es la ausencia del efecto cancerígeno solo durante la vida activa, sino la prevención de los efectos cancerígenos a lo largo de la vida» (CDF, 1982: 20).

### ***Nuevos usos de los mineros migrantes: la llegada de los marroquíes***

Otro cambio de estrategia, a la vez elemento estructural de la gestión del personal a partir de los años 1960, y factor de peso en la medida de la mortalidad por silicosis, es el recurso a la mano de obra extranjera, principalmente marroquí. Es evidente que esto no es inédito. El porcentaje de trabajadores extranjeros dedicados a la minería, tras alcanzar un máximo del 50% en 1930, es todavía del 42% en 1937, y a pesar de los retiros ligados a la crisis, es cercano al 40% al comienzo de la década de 1950. A pesar del retiro de 3.600 mineros poloneses en 1946, esta nacionalidad es de lejos la mejor representada, con más de 25.000 asalariados de las HBNPC en 1950. De 1945 a 1962 llega una nueva oleada de inmigración, en el marco de un acuerdo entre Francia e Italia que prevé que en intercambio de mano de obra, Francia le dé a Italia 150 kilos de carbón diarios por hombre.

Sin embargo, en los años 1950, esas dos nacionalidades ven caer su representación en dos tercios<sup>40</sup> para dar paso a la llegada masiva de trabajadores marroquíes: 78.000 de 1962 a 1977 solamente para la cuenca Nord-Pas-de-Calais, que en especial provienen del suroeste del país. Si en 1960, los trabajadores ma-

---

de la URSSM, 70.000 mineros de la cuenca del Nord et du Pas-de-Calais fueron vacunados.

40 Véase ACHML (s.f. e).

marroquíes representan solo el 10,7% de los obreros contratados para trabajar en el fondo durante ese año, esta proporción varía del 46 al 63% en los siguientes cinco años. En 1965, ellos constituyen el 45% de la mano de obra extranjera empleada en las minas, mano de obra que por sí misma representa el 24% de los efectivos totales de las hulleras (Amoudru, 1967). A diferencia de la aparente continuidad con las precedentes, esta nueva oleada de inmigración se lleva a cabo en el contexto, enteramente nuevo, de la programación del cese de la explotación. Ha quedado atrás la etapa en que se necesitaba encontrar a todo precio mineros para trabajar en el fondo y las hulleras recurrían a la introducción de migrantes extranjeros en las cuencas mineras. De ahí en adelante, la contratación se traduce en la multiplicación de contratos de trabajo a término definido, lo que permite conciliar un triple objetivo: evitar la titularización de mineros en el Nord-Pas-de-Calais, adaptarse con mayor flexibilidad a los peligros de la producción y del cierre de las excavaciones y pagar a menor costo el tema del riesgo de la silicosis.

La bibliografía secundaria ha mostrado bien cómo, después de una fuerte selección sanitaria hecha a partir de una serie de visitas médicas «retenes» tanto en Marruecos como a la llegada a las hulleras, los mineros escogidos fueron sometidos a condiciones de trabajos muy duras: altas tasas de polvo, calor, ruido, posturas dolorosas debido a la estrechez de las galerías, con riesgos importantes de accidentes de trabajo y de silicosis (Amoudru, 1967; Thébaud Mony, 1991).<sup>41</sup> Pero los médicos de las hulleras se esfuerzan en atribuir los «pocos casos de silicosis que aparecen durante la estancia en Francia, a los trabajos mineros realizados fuera de las hulleras, y en probar que cierto número de marroquíes se expusieron anteriormente a los riesgos conióticos en las minas de veta del sur de Marruecos» (Amoudru, 1967: 15-28).<sup>42</sup>

---

41 Véase también la perspectiva crítica de Marie Cegarra (2000).

42 Amoudru, portavoz de las hulleras desde el punto de vista médico, sostiene que gran parte de los mineros marroquíes que hacen una reclamación de indemnización habían contraído la silicosis en su país, silicosis no de-



En cualquier caso, los contratos temporales impiden a la mayoría de ellos satisfacer las condiciones de tiempo de exposición (recordemos que requieren cinco años de trabajo en el fondo reconocidos) fijadas por la legislación. Es solo a partir de 1977, fecha de la detención de la inmigración dirigida por las hulleras, que los mineros marroquíes, para entonces 4.000, pueden hacer renovar sus contratos de trabajo de manera casi-automática, antes de que su estatus de minero sea reconocido en una huelga tres años más tarde.

Los mineros marroquíes reprochan a las hulleras el hecho de frenar el reconocimiento de la silicosis por medio de trabas administrativas y sobre todo de finiquitarles el contrato a aquellos que la contrajeron (Cegarra, 1999). Específicamente, un reporte oficial marroquí, presentado en 1978 a las autoridades francesas, afirma que en lugar de renovar mediante una prórroga tácita año y medio los contratos de trabajo, las hulleras imponen a sus asalariados marroquíes una interrupción cercana a los cuatro meses, durante la cual los mineros diagnosticados de silicosis son devueltos a su país.<sup>43</sup> Nada más difícil para ellos que hacer valer sus derechos. Una vez devueltos a Marruecos, se enfrentan a la ausencia de una estructura sistemática de detección, al menos en las zonas alejadas de las grandes ciudades. Los pocos casos declarados son examinados por los médicos de los consejos marroquíes e informados enseguida al organismo francés de la seguridad social del cual dependen, y quien establecerá si reconoce o no que la neumoconiosis fue contraída en Francia. A las reclamaciones del gobierno marroquí, la dirección de la Seguridad social contesta primero que la negativa de recontratar a un trabajador que sufre de silicosis «no está dentro

---

tectada durante las visitas médicas preliminares a su contratación porque todavía estaba en fase de latencia radiológica.

43 El informe fue discutido en la reunión interministerial del 13 de febrero de 1978, organizada de acuerdo con los compromisos adquiridos por Francia en la convención de mano de obra firmada el 1 de junio de 1963 con Marruecos (Ministerio de Trabajo, Dirección de la Población y las Migraciones, CAC 19920443 art. 50).

de su jurisdicción». <sup>44</sup> Además, en virtud de los acuerdos del 9 de julio de 1965 entre ambos países, los trabajadores inmigrantes marroquíes que regresan a su país pueden, de la misma manera que los franceses, ser oficialmente reconocidos como enfermos de silicosis después del examen realizado por un colegio de tres médicos a pesar de tener un tiempo de exposición insuficiente. Ahora bien, según los agentes administrativos del Centro de seguridad social de migrantes, las declaraciones de enfermedades profesionales presentadas en el extranjero suscitan mucha desconfianza entre los expertos y los colegios franceses de modo que tienen menos posibilidades de éxito.

Como en materia de enfermedades profesionales no existe ningún dato estadístico considerando la nacionalidad o el lugar de la solicitud (Francia o el extranjero), ni en el régimen general ni en el régimen minero, es bastante difícil hacerse una idea objetiva del porcentaje de rechazos correspondiente a los trabajadores extranjeros que retornan a su país (Thébaud Mony, 1991). En 1987, cuando se registran más de 30.000 titulares de indemnizaciones en la cuenca del Nord Pas-de-Calais, de las cuales la mitad eran beneficiarios, el director general de las hulleras, Jack Verlaine, afirma que solo 327 antiguos mineros marroquíes reciben una indemnización por silicosis, sin precisar con claridad si la cifra corresponde a todos los mineros y antiguos mineros de nacionalidad marroquí habiendo trabajado en las hulleras francesas o solamente a aquellos que regresaron a su país (Cegarra, 1999). Al momento de esta declaración, los mineros marroquíes (2.500 de los 7.000 que todavía estaban empleados en el fondo en las minas del Nord Pas-de-Calais) llevan a cabo una larga huelga (de la cual saldrán victoriosos) con el fin de beneficiarse, más que de una ayuda para el regreso, de una «licencia carbonífera» después de diez años de antigüedad (contra quince inicialmente previstos en el marco de ese plan de acompañamiento del cierre de las últimas canteras). El

---

44 Respuesta a la Dirección de la seguridad social al ministerio de trabajo, 25 de mayo de 1978, (Ministerio de Trabajo, Dirección de la Población y las Migraciones, CAC 19920443 art. 50).

reconocimiento de las neumoconiosis para los mineros deseosos de regresar al país era una de las condiciones del acuerdo. Sin embargo, es difícil evaluar en qué medida pudo ser aplicado efectivamente (Thébaud Mony, 1991).

## **Una nueva gestión demográfica y financiera**

La tercera gran evolución iniciada en los años 1960 atañe directamente la gestión de la silicosis por parte de las hulleras. Eso se traduce de manera más bien brutal en un reconocimiento y una reparación mucho más restrictivos de la enfermedad. A partir de 1963, el número de indemnizaciones creadas, que en pocos años había bajado a la mitad, fue superado por el número de indemnizaciones extintas. Después de una fuerte disminución en valor absoluto (de 3.458 nuevas indemnizaciones en 1960 se pasó a 1.965 diez años más tarde), las tasas de aceptación de los expedientes de solicitud de reconocimiento de silicosis fluctúan anualmente de 30 a 42% en los años 1970, mientras que oscilan en un porcentaje cercano a 60 al final de la Cuarta República.

La época está también marcada por la reducción de la escala de las tasas de invalidez establecidas en el momento de otorgar indemnizaciones. Asistimos, por decirlo así, a la desaparición de las tasas de IPP a 0% o al resurgimiento a más de 20%. A partir de 1965, 197 de las 256 indemnizaciones entregadas por las HBNPC, es decir el 77%, lo son con una tasa comprendida entre el 1 y el 9%, y el 17% lo son entre el 10 y el 19% (URSSM, s.f.). Veinte años más tarde, ya no hay tasas de IPP a 0% y las superiores al 20% no representan más del 4% del total de los «primeros pagos».

No se podría reducir estas transformaciones a un sesgo de estructura: lejos de derivar de la evolución de la edad y de la antigüedad de las poblaciones de mineros empleados en el fondo, resultan realmente y en parte de una serie de progresos médicos. En efecto, esos mejoramientos acaecen en el momento en

que el envejecimiento de las poblaciones de silicóticos (activos y sobre todo inactivos), derivado de la suspensión de los contratos, ayudadas por la antigüedad y el estado de salud, hubieran debido al contrario traducirse en un deterioro de la situación.<sup>45</sup>

Aun así, la medicina no lo explica todo. Las variaciones brutales de ciertas series estadísticas indican suficientemente la importancia de las opciones de gestión en la evolución de las estadísticas. Para dar un ejemplo, la prevalencia en el fondo disminuye casi a la mitad en dos años, del 9% en 1980, al 4,7% en 1982 (CDF, 1982). Es difícil no atribuir esta caída a la llegada de la izquierda al poder en 1981 y a la consiguiente política de sacar del fondo a los trabajadores afectados de neumoconiosis. En un horizonte de comparación más amplio, la estabilización a un nivel bajo de la tasa de reconocimiento después de los años 1960, en contraste con el período de la Cuarta República, puede marcar un endurecimiento deliberado de la política de otorgamiento de indemnizaciones. Por otra parte, la tasa de prevalencia por cohorte sigue siendo elevada. Según las estimaciones de las hulleras correspondientes a las últimas tres décadas del siglo XX, la silicosis ataca el 20% de los mineros empleados en fondo (CDF, 1982).<sup>46</sup>

Las decisiones médicas, que recordemos están siempre entre las manos de las hulleras, provienen todavía parcialmente de opciones de gestión. Simplemente estas cambiaron en relación a los años 1950. En esta época, lo hemos visto, era esencial conservar la mano de obra en el fondo, dándole suficientes perspectivas a los mineros, llevándolos lentamente, renegociación tras renegociación, hacia una tasa de invalidez que les asegurara la subida a la superficie.

---

45 Se trata de un argumento de peso para el médico jefe de las hulleras, Claude Amoudru (1972).

46 Por su parte Thébaud Mony (1991: 255) propone cifras mucho más elevadas: 52% de prevalencia por treinta años de antigüedad o más en la cuenca Nord Pas-de-Calais.

De manera creciente, la naturaleza del problema cambia en los años 1960. La combinación entre la desaceleración de la actividad en las cuencas, la disminución de los efectivos, el recurso a una mano de obra inmigrante temporal, relajan la necesidad de fijar en el fondo a los mineros. En especial, masivamente, se pasa de la gestión económica de una mano de obra activa, a una gestión social de antiguos mineros convertidos en dependientes de las aseguradoras y de las prestaciones colectivas. Como consecuencia de la reducción progresiva de los efectivos y de los progresos en la lucha contra la mortalidad, la gran transformación del período es, en efecto, el deterioro de la tasa de carga entre el personal activo en las minas de carbón, por un lado, y los jubilados o el personal discapacitado por el otro. En términos cuantitativos, esta inversión toma proporciones astronómicas. Por cien afiliados activos al régimen de la seguridad social minera, se contaban 60 beneficiarios de prestaciones sociales en 1950, 100 en 1958, 200 en 1969, 500 en 1983, 1.000 en 1991 (CAN, s.f.).

Al efecto demográfico global se suma un mecanismo institucional. El retiro cada vez más precoz de la actividad. En la década de 1970, se desarrollan los retiros anticipados antes de los 50 años, que influyen directamente las tasas respectivas de la sili-cosis en la población activa e inactiva menor de 51 años. En la cuenca Nord Pas-de-Calais también se desarrolla, lo hemos visto, una política casi sistemática de ascenso de la mina tan pronto como la discapacidad supera el 30% (CAN, s.f. a).<sup>47</sup> Ahora bien, ese retiro precoz del fondo, incluso de la actividad, es concomitante con la prolongación del período que precede a la aparición y a las complicaciones de la enfermedad. Se está ahora más cerca de treinta que de veinte años entre el momento la detección y la aparición de los problemas más graves. De ese doble mo-

---

47 En 1982, entre los titulares de indemnizaciones por neumoconiosis de menos de 51 años, «solamente» el 42% siguen en actividad, de los cuales el 40,74% tiene una tasa de IPP inferior al 30% y el 1,12% una comprendida entre el 30 y el 39%, y 0,36% una tasa entre el 40 y el 65%.

vimiento, resulta un acortamiento de la «trayectoria» del sicolítico empleado en el fondo: el intervalo entre el momento de la detección y el de la salida del puesto de trabajo peligroso se mide en años y ya no en décadas. Las tasas de IPP nulas y el llamado tácito que de ellas derivaba, ya no tienen sentido como en la década de 1950. Se establece un nuevo equilibrio: un reconocimiento más difícil, pero una salida más rápida del empleo arduo, incluso de la actividad. Este cese de actividad anticipado no hace más que acelerar el deterioro de la tasa de carga entre activos y jubilados.

Estas evoluciones convergentes repercuten, por supuesto, de forma directa en el estatus de las poblaciones víctimas de silicosis. Todavía en 1970, los nuevos casos de neumoconiosis reconocidos atañen cerca del 80% de los activos y un poco más del 20% de los jubilados, después de una evolución regular, estas dos proporciones se invierten en 15 años (CDF, 1985).<sup>48</sup> A partir de la década de 1980, se puede decir que las «trayectorias de silicóticos» conciernen casi exclusivamente a jubilados. El problema médico de la silicosis sigue entonces una lógica incommensurable con aquella que prevalece durante los Treinta Gloriosos. Ya no constituye un parámetro económico de gestión de la mano de obra, sino una obligación social entre otras, afectando una población excluida del mercado laboral, en cuencas donde la actividad está a menudo completamente deteriorada. Los reportes estadísticos lo traducen de manera directa. A medida que uno se aproxima a la época contemporánea, ellos se estructuran cada vez más en torno a las prestaciones sociales. La evolución se alcanza en la década de 1990 y se observa visualmente por la creciente proporción de la Caja Autónoma Nacional de la Seguridad social en los informes estadísticos en las minas (CAN). Informes que se vuelven verdaderos trataditos aplicados al derecho de la seguridad social. La silicosis, cual-

---

48 En el conjunto de las cuencas hulleras, se contabiliza, en 1974, 10.119 neumoconióticos activos y 41.566 retirados. En 1985, estas cifras son de 1.681 y de 39.659 respectivamente.

quiera que sea su continua importancia financiera<sup>49</sup> ya solo hace parte de un conjunto de problemas socio-económicos tramitados por la seguridad social, la cual retoma su control en 1987. La enfermedad se diluye en un conjunto de prestaciones (seguros AT-MP, pero también jubilaciones, prejubilaciones, invalidez)<sup>50</sup> que permiten, una vez más, descargar parcialmente el costo en el conjunto de la colectividad y de los asalariados y que prolongan su invisibilidad estadística.

Lo mismo sucede con el problema de los antiguos mineros reconvertidos a otras actividades y otros sectores a medida que se cierran las canteras. Abarcando en parte, pero sin reducirlas a ello, nuestras reflexiones precedentes sobre la inmigración invitan a preguntarse por el número de asalariados que habiendo comenzado su carrera en las hulleras se les desencadenó una silicosis luego del período de latencia frecuente para esta afección y cuando ya trabajaban en otros sectores. Si con los datos existentes resulta imposible medir de forma directa aquello que llamamos algunas veces, a propósito de las enfermedades no atribuibles al último empleador, el «riesgo antiguo», informaciones toscas de las que disponemos dejan suponer que un número significativo de las silicosis declaradas al régimen general de la seguridad social son el resultado de tales trayectorias de salida de las minas. De nuevo, las lagunas en el registro estadístico — en el caso presente la ausencia de seguimiento de los asalariados a lo largo de su carrera profesional— no pueden sino difuminar y rebajar la percepción de los daños ocasionados por el trabajo en el fondo (Le Bacle *et al.*, 1995).<sup>51</sup>

---

49 Por los costos de invalidez que ella representa, la silicosis sigue siendo la tercera enfermedad profesional en Francia, al momento del balance elaborado por Le Bacle, Bouchami y Gouffier (1995).

50 Por ejemplo, más allá de un 65% de invalidez, umbral de la invalidez general, los mineros son sistemáticamente retirados del empleo, lo que no era el caso en los decenios anteriores.

51 Así, de los 6.649 casos de silicosis reconocidos por las CRAM de 1977 a 1991 (esto es por el régimen liberal fuera de las hulleras), 2.270, es decir el 34 %, corresponde solo a la región de Lille.

## El número de muertes o la estadística imposible

De una enfermedad incurable tan temible como la silicosis, y exponiendo a los efectivos a riesgos también masivos, podría parecer evidente plantearse la pregunta, desde el comienzo de este artículo, del número de muertes que ella ha provocado. En este punto del razonamiento, comprendemos que esta pregunta, tan legítima desde un punto de vista a la vez histórico, demográfico y cívico, está desprovista de sentido. Todas las etapas del increíble procedimiento requerido para acceder al estatus de «silicótico» y a una tasa de invalidez substancial son a tal punto construidas y negociadas, que los datos relativos a la morbilidad no pueden sino ser considerado como indicadores indirectos de las técnicas de gestión de la mano de obra de las hulleras, o de los seguros sociales por la CAN.

La dificultad es reforzada por la doble opacidad, a la vez institucional y estadística, del sistema. Opacidad en parte deliberada y denunciada como tal en la época, en tanto permitía diluir la silicosis en otras enfermedades, otras prestaciones sociales (invalidez, prejubilación), otras causas de muerte.<sup>52</sup> A quienes esperaran encontrar mediciones simples, directas y exhaustivas de la morbilidad ocasionada por la silicosis, los resúmenes estadísticos producidos después de los años 1950 contraponen una serie de pantallas (multiplicidad de los servicios que pro-

---

52 Al menos, cuatro tipos de fuentes contienen datos estadísticos de la silicosis: las estadísticas nacionales de la rama AT-MP para los trabajadores asalariados; las estadísticas del régimen minero. Estas dos son relativas a la compensación. Un tercer conjunto son las estadísticas reglamentarias de prevención médica de la silicosis, bajo la autoridad de la dirección de minas del Ministerio del desarrollo industrial y científico por un acuerdo del 15 de abril de 1958. Y, finalmente, los estudios de los servicios médicos de las hulleras, principalmente para el Nord Pas-de-Calais. Como lo reconoce el propio Claude Amoudru (1995): «estas disparidades crean a veces dudas y suspicacias».



ducen informes, heterogeneidad de los estatutos, incoherencias parciales de las series en el tiempo) que diluyen la percepción cuantitativa del problema. ¡Cuán ilusorio sería ambicionar una estimación de la mortalidad!

Tomando un solo ejemplo, es muy difícil establecer una serie de cifras estabilizadas en el tiempo. Para un período determinado, el número de enfermos y el número de decesos ligados a la silicosis evolucionan año tras año al ritmo del reconocimiento tardío de los expedientes: como para el carácter de enfermo de silicosis, existe de hecho una negociación caso por caso del origen silicótico de la muerte, tema al que volveremos pronto. Puesto que el reconocimiento puede tardarse más de un año, de ello se desprende la situación extrema de una estadística en movimiento, que cambia de forma retrospectiva a medida que se pretende recapitularla. De la misma manera, los resúmenes estadísticos de los años 1980 indican en detalle la estructura por edades de los muertos, pero según su tasa de incapacidad. Así, ello impide poner en relación a esta última con la mortalidad, elemento que sería fundamental para evaluar la consistencia médica de los niveles de IPP reconocidos a los mineros (ACHML, 1980).

Es imposible determinar la población de muertos por silicosis en un sentido médico (no legal) del término; tampoco se puede reconstituir *ex post* las trayectorias profesionales y especialmente la edad eventual de la salida del fondo. Es igualmente imposible separar el rol propio de la silicosis del de las otras coinfecciones o complicaciones, sean o no reconocidas oficialmente. Durante los Treinta Gloriosos, ¿cuántas víctimas de la «tuberculosis» o de la «silico-tuberculosis», incluso de otras neumoconiosis, son de hecho muertes por silicosis?<sup>53</sup> El recur-

---

53 No encontramos, por ejemplo, elementos de distinción entre la «silicosis» y la «siderosis». Incluso, todavía en los años 1980, reaparece la distinción entre «silicosis» y «neumoconiosis del hullero», de la cual Thébaud Mony (1991: 253) y líneas nuestras arriba muestran las ambigüedades,

so a una mano de obra inmigrante sometida a contratos precarios y a eventuales repatriaciones viene a complicar aún más la escena. Esta técnica de gestión, cuyo carácter estructural y no accesorio ya subrayamos, impide definitivamente toda estimación seria del número de víctimas en las hulleras. Estamos obligados, como en el caso de la morbilidad, a producir estadísticas de las cuales se sabe que solo proveen una estimación por defecto, pero de las cuales es estrictamente imposible determinar hasta qué punto han sido subestimadas.

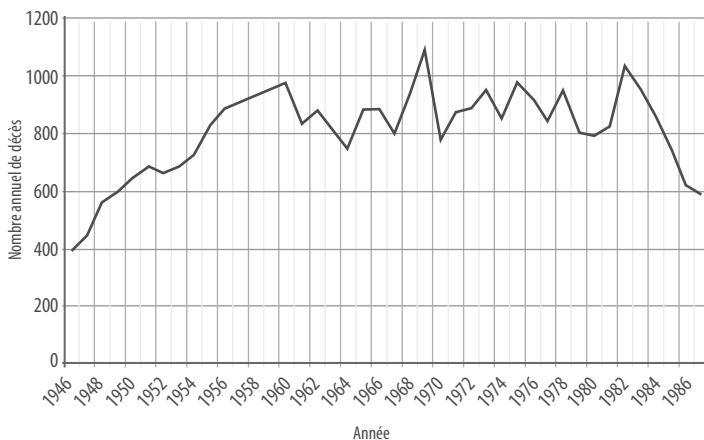
Tomemos el número oficial de muertes por silicosis cuantificadas por la seguridad social de las minas entre 1946 y 1987 (Gráfico 5). Se trata de la serie estadística más consistente para tener una base de la estimación del número de víctimas de la silicosis, ella concierne el sector económico más golpeado por la enfermedad y se lleva a cabo de principio a fin, como lo hemos dicho, en un régimen homogéneo de protección social.

---

sin olvidar las polémicas, de los años 1920 sobre la definición de la silicosis. Véase capítulo 1 de Devinck y Rosental (2007). Por el contrario, los informes de estadísticas anuales de la CAN dan una idea de la evolución de las complicaciones legales de las neumoconiosis. En 1982, por orden decreciente según número de beneficiarios de indemnizaciones, son reconocidos: por insuficiencia ventricular derecha (623 beneficiarios), tuberculosis (361), neumotórax espontáneo (43), neurosis cavitaria aséptica (38), insuficiencia respiratoria aguda (37), aspergilosis (13), supuraciones broncopulmonares (12).

## Gráfica 5

### Número oficial de muertes por silicosis en las hulleras de 1946 a 1987



Sumando las muertes en el período, se llega a la cifra de 34.000 mineros o antiguos mineros muertos por silicosis. Esto no es más que una base para la estimación. De entrada, su definición no es ni médica, ni demográfica, sino legal. Por supuesto, ella corresponde solo a los «silicóticos» en el sentido oficial del término, ese que analizamos en este artículo. Pero en esta población, de entrada restringida en el plano estatuario, esta serie estadística cuantifica solamente los difuntos cuyos beneficiarios reclamaron el pago de las indemnizaciones. En otros términos, ella cuantifica el número de decesos oficialmente imputados a la silicosis luego de una investigación, solicitada por las familias, en la que se obtuvo un resultado afirmativo, condición evocada en los reportes estadísticos anuales de la CAN.

Primera restricción, pues esta definición excluye evidentemente los decesos que no tuvieron una investigación de imputabilidad. Confesada incluso por las hulleras, esta omisión

concierno al menos el 20% de las víctimas (ACHML, s.f.). Teniendo en cuenta este porcentaje, el número de víctimas de la silicosis de las hulleras pasa de 34.000 a más de 40.000, pero vemos bien los límites de ese razonamiento. Tener en cuenta sesgos innegables, confirmados por las propias empresas de carbón, hace deslizarse de inmediato del conteo a la estimación.

La diferencia importante entre el número de muertes y el número de procesos no proviene solo de los difuntos que no dejaron beneficiarios. Una parte de las familias es reacia a lanzarse a un proceso, a menudo desalentador, o termina por renunciar a él. El primer obstáculo a afrontar es la duración del proceso. Como lo reconoce la CAN: «la pregunta por la imputabilidad a la neumoconiosis de los decesos acaecidos durante un año es, prácticamente y en todos los casos, decidida solamente en un plazo de casi dos años» (ACHML, 1980: 13). En la práctica, el recuento de los cuadros estadísticos de la seguridad social de las minas presenta a menudo retrasos incluso más largos: en 1993 quedan pendientes 190 expedientes presentados en 1990 y 188 en 1989, para un total de 551 muertes reconocidas en el año. La espera puede ser dolorosa, muchas familias se niegan a la realización de una autopsia, con frecuencia solicitada un año después del deceso.<sup>54</sup> Ella es en definitiva incierta. Mientras que la tasa de rechazo de imputabilidad por la CAN era del 30% para el conjunto de la Cuarta República (3.673 rechazos sobre 12.210 solicitudes), y del 37% (solamente en el Nord Pas-de-Calais) de 1959 a 1965 (es decir 3.205 sobre 8.769), esta llega al 59% en 1984 (1.221 sobre 2.080) y a dos tercios en 1991 (981 sobre 1.479).

---

54 El artículo L 177 del código de seguridad social estipula que «la caja debe, si los herederos de la víctima lo solicitan o con su consentimiento si ella misma lo estima conveniente para la manifestación de la verdad, pedirle a un juez de paz en cuya jurisdicción ocurrió el accidente hacer proceder una autopsia en las condiciones previstas por los artículos 303, 304 y 305 del código de procedimiento civil».

Una de las dificultades a las que se enfrentan los beneficiarios, sobre quienes recae la carga de la prueba de una relación causal entre la silicosis y el deceso, es que este es susceptible de acaecer muchos años después de la exposición al riesgo. Luego de la opinión del médico consejero de las hulleras y del médico consejero de la URSSM, es a un Comité de Opinión sobre la Pensión (COP) donde los expedientes de los decesos de silicóticos son, incluso hasta una fecha reciente, transmitidos para decidir sin apelación sobre su imputabilidad. Los expertos se acostumbraron a considerar que un enfermo de silicosis no puede morir de esta enfermedad si es titular de una indemnización inferior al 50%. Esta práctica deja al descubierto otra de las dificultades de las «transacciones» que el minero enfermo habrá llevado a lo largo de su vida con el experto encargado en neumoconiosis y los colegios de dos o tres médicos, respecto a su IPP reconocida. Para preservar los derechos de su familia tenía que llegar a la menor brevedad posible a una tasa de invalidez mínima. Para las hulleras, simétricamente, este hábito se constituye en otra razón para sacar del fondo a los mineros antes que su tasa de invalidez fuera demasiado elevada, al contrario de lo que se producía en la década de 1950, época de una fuerte necesidad de mano de obra.

Como lo establece un estudio sobre el período 1973-1981, la probabilidad de cambiar para las familias la opinión inicialmente emitida por el COP es casi nula (Desliers, 1984). A lo largo de esos nueve años, 13.318 solicitudes, es decir dos tercios de los expedientes de difuntos oficialmente declarados como silicóticos, son sometidas al COP de la Unión regional del Norte y del Pas-de-Calais. Un poco menos de la mitad de las muertes (6.644) son imputadas a la enfermedad. Para las 6.674 muertes restantes, solamente el 11,6% de las familias (755) se arriesga a recurrir a la Comisión de Recursos de Reposición (CRR). Después de ser casi todas desestimadas, 163 familias cuestionan la decisión de la CRR mediante la presentación de sus casos a la Comisión de primera instancia del contencioso de la seguridad social. El 40% de los casos implicados corresponden a mineros

titulares de una tasa de indemnización superior al 50%. Al término de este largo proceso, solo cinco decesos fueron reconocidos como imputables a la silicosis. En resumen, de los 6.649 decesos finalmente imputados de forma oficial a la silicosis, 99,92% lo fueron, en primer examen por el COP, y 0,08% al término de una contestación por los beneficiarios.

Estas proporciones, a su manera, objetivan el principio del tratamiento de la silicosis por las hulleras: un sistema jerárquico que incita a los mineros a la obediencia y a la paciencia, y que no vacila en llamar al orden para contener los intentos de desviación. Igualmente, un sistema que asegura las condiciones de su propia opacidad estadística y que convierte en imposible una medición, incluso tosca, del número de víctimas. Más que intentar una evaluación superficial, no podemos sino terminar por detallar los componentes de ella.

Respecto a los efectivos medibles, podemos contar, de 1946 a 1987, 34.000 muertes reconocidas a las cuales se les suma, según las propias hulleras, 6.000 mineros muertos que no dejaron beneficiarios. Por otro lado, se puede estimar un promedio de 7.500 muertes oficialmente *non* imputables a la silicosis de 1946 a 1965,<sup>55</sup> y un número que no pudimos descubrir en nuestras fuentes, salvo para los años 1980, cuando alcanzó alrededor de 1.000 por año. El conjunto representa un total de decenas de miles de rechazos, de los cuales no se sabrá jamás, desde un punto de vista médico, cuantos serían atribuibles a la silicosis, entendida unas veces como causa única y otras como desencadenante de complicaciones.

Respecto a los efectivos no medibles, se debe incluir a los mineros muertos de «tuberculosis» o de «silico-tuberculosis»

---

55 Además, a los 3.673 rechazos de imputabilidad hasta 1958, los 3.205 rechazos de la cuenca del Nord Pas-de-Calais de 1959 a 1965, incrementados en un 25% en un intento por reflejar, por defecto, el peso de la cuenca en el conjunto de las hulleras, lo que da un promedio de 4.000.

antes del reconocimiento de 1946 (para tener en cuenta solamente la terminología del siglo XX), así como una parte de los mineros extranjeros empleados en las minas de entre guerras hasta los años 1980. Una parte en lo absoluto medible debido a la ausencia de la nacionalidad en las estadísticas, al regreso a su país de cierto número de esos migrantes y, para el período correspondiente a la Cuarta República, a los contratos de empleos precarios y a la imposibilidad de seguir sus trayectorias médicas luego de su salida de las empresas carboníferas. Pero sin duda una parte substancial, si se considera que estos mineros extranjeros eran a propósito asignados a los trabajos más peligrosos desde el punto de vista médico, es incluso, de forma cada vez más acentuada en el tiempo, una de las razones iniciales para su reclutamiento.

En definitiva, recordemos que para este artículo solo se considera la morbilidad y la mortalidad ligadas a la silicosis en las minas. Había allí una razón de oportunidad (las hulleras, en particular el Pas-de-Calais, concentran el mayor número de víctimas) pero también de fuentes. Cualquiera que sea su propio interés, en el seno de los sectores no mineros, los datos de la silicosis obtenidos del régimen general de la seguridad social necesitarían el mismo trabajo de búsqueda de archivos, luego de contextualización, que el que nosotros realizamos aquí. Es fútil contentarse con producir cifras de manera bruta, dejando suponer que ellas permiten una medida del desastre humano, sanitario y demográfico que ha representado la silicosis. Bien disimulada y bien cubierta, esta gran asesina, de la cual no podemos olvidar que continúa actuando aún hoy en Francia,<sup>56</sup> no está lista para revelar ni los detalles ni la amplitud de sus crímenes.

---

56 En 2004, se cuentan oficialmente 4.480 reconocimientos de silicosis y casi los mismos decesos imputables, lo que la convierte en la segunda enfermedad profesional más mortífera después del asbesto.

## Referencias

- 2000, «Mora, le négrier», Cegarra, Marie, *Le Monde Diplomatique*, noviembre.
- Rosental, Paul André. (2006). Pour une histoire politique des populations, *Annales. Histoire, sciences sociales*, 61, 1, 7-29.
- Szreter, Simon. (1996). *Fertility, class and gender in Britain. 1860-1940*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdelaïs, Patrice. (1993). *Le nouvel âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*. Paris: Odile Jacob.
- Brian, Éric. (2001). Nouvel essai pour connaître la population du royaume: histoire des sciences, calcul des probabilités et population de la France vers 1780. *Annales de démographie historique*, 38, 2, 173-222.
- Le Bacle, C., Bouchami, R. y Gouffier, C. (1995). Silicose: la situation en France dans les années 1990. *Documents pour le médecin du travail*, 63, 3, 159-165.
- Catilina, Pierre y Roure Mariotti, Marie Claire. (2003). *Médecine et risque au travail: guide du médecin en milieu de travail*. Paris: Masson.
- Ramazzini, Bernardino. (2005). *Per una vita austera lunga sana proficua*. Reggello: Firenze Libri.
- Markowitz, Gerald y Rosner, David. (2005). *Deadly Dust: Silicosis and the Politics of Occupational Disease in Twentieth Century America*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Cottreau, Alain. (1978). La tuberculose: maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail? Critique d'une épidémiologie officielle: le cas de Paris. *Sociologie du Travail*, 20 2, 192-225.
- Farge, Arlette. (1977). Les artisans malades de leur travail. *Annales ESC* 32, 5, 993-1006.
- Devinck, Jean Claude y Rosental, Paul André. (2007). *Histoire d'une maladie professionnelle «exemplaire»: la silicose en France au XX<sup>e</sup> siècle*, informe final para el programa «Santé et travail» Paris : Mire-Drees.
- Archivos del Centro Histórico Minero de Lewarde (ACHML). (1947). 32 W61, Circular 341 S n° 329 du 8 octobre.
- Buzzi, Stéphane, Devinck, Jean Claude y Rosental, Paul André. (2006). *La santé au travail (1880-2006)*. Paris: La Découverte.
- Meslé, France y Vallin, Jacques. (1988). *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*. Paris: INED-PUF.
- Bognar, Emerich. (1954). Condition des mineurs. *Esprit*, avril.
- ACHML, s.f., *Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958, tableau G1*, B7 384.



- ACHML, s.f. a, *Statistiques concernant la réparation de la silicose 1952-1970*, B7 384.
- ACHML, s.f. b, *Analyse critique de l'ordonnance du 2 août 1945*, 32 W 61.
- ACHML, s.f. c, *Procès-verbaux des médecins-chefs, 1951-1956*, B7 384.
- ACHML, s.f. d, *Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958, tableau E2*.
- ACHML, s.f. e, *Répartition du personnel du bassin par nationalité 1950-1985*, 64 W 59.
- ACHML, 1980, *Statistiques annuelles sur la réparation des pneumoconioses*, B7 384.
- Ladoucette, Philippe de. (2004). Charbonnages de France et la société française. *Annales des Mines*, mayo, 7-17.
- Thébaud Mony, Annie (Ed.). (1991). *La reconnaissance des maladies professionnelles*. Paris: La Documentation Française.
- Even. (1975). Pneumoconioses (réserves). *Revue française des maladies respiratoires*, 3, 3, 284.
- Spire, Alexis. (2005). *Étrangers à la carte: badministration de bimmigration en France (1945-1975)*. Paris: Grasset.
- Desbois, Evelynne, Jeanneau, Yves y Mattéi, Bruno. (1986). *La foi des charbonniers, les mineurs dans la bataille du charbon 1945-1947*. Paris : Éditions de la MSH.
- Amoudru, Claude. (1972). Les pneumoconioses du houilleur dans les mines de charbon françaises. Rappel épidémiologique. *Lille médical*, 17, 1084.
- Amoudru, Claude y Nadiras, Pierre. (1966). La médecine du travail dans les houillères du Bassin du Nord et du Pas-de-Calais. En: Louis Trenard (Ed.). *Charbon et sciences humaines, actes du colloque organisé par la Faculté des lettres de l'Université de Lille en mai 1963* (pp. 281-314). Paris-La Haye: Mouton.
- Charbonnages de France (CDF). (1982). *Statistiques de la prévention médicale de la silicose*, Direction des services sociaux, Service du médecin-chef, rapports annuels.
- Charbonnages de France (CDF). 1985. *Statistiques de la prévention médicale de la silicose*, Direction des services sociaux, Service du médecin-chef.
- Lardeux. (1974). Bilan de 25 ans de prélèvements de poussières en milieu industriel. *Revue de l'industrie minière*, 4, 39.
- Lenoir, L. (1977). La pneumoconio-tuberculose. Évolution des problèmes médico-légaux au cours des vingt dernières années. *Bulletin de médecine légale*, 14 de mayo 503-512.
- Amoudru, Claude. (1967). Tutelle sanitaire de la main d'œuvre marocaine dans les HBNPC. *Revue médicale minière*, 2<sup>e</sup> série, 15-28.

- Cegarra, Marie. (1999). *La mémoire confisquée: les mineurs marocains dans le Nord de la France*. Lille: Presses universitaires du Septentrion.
- Caisse Autonome Nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CAN). S.f. *Régime spécial de la sécurité sociale dans les mines: Statistiques 1993*.
- Caisse Autonome Nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CAN). S.f. a. *Statistiques 1982*.
- Desliers, F. (1984). *Le contentieux judiciaire de l'indemnisation des pneumoconioses du mineur de charbon*. Tesis de medicina. Lille.