

 [versión imprimible de este capítulo](#)

El concepto sanitario	1.1
La higiene y la reforma sanitaria	1.2
Confederación y crecimiento	1.3
Edward Playter, líder de la reforma sanitaria de Canadá	1.5
La expansión de la salud pública municipal	1.7
Ontario toma la delantera	1.8
El ímpetu federal por el progreso	1.11
La epidemia de viruela de Montreal de 1885	1.14
La bacteriología y los laboratorios de salud pública	1.16
Impulsando el progreso	1.18



El concepto sanitario

La historia de la salud pública canadiense comienza a ganar ímpetu tras la Confederación. El movimiento de reforma sanitaria exigía varios elementos fundamentales para poder tener éxito: la recopilación de información sobre los niveles de mortalidad y morbilidad a fin de comprender y cuantificar los problemas de salud pública; la presencia de activistas que pudieran publicar este tipo de información y así movilizar la opinión pública y profesional y; la existencia de una infraestructura municipal lo suficientemente sofisticada como para implementar y hacer cumplir las reformas legislativas.¹ Entre 1867 y 1909, estos elementos todavía se estaban desarrollando en distintas medidas en Canadá.

La Ley de América del Norte Británica de 1867 creó el Dominio de Canadá a través de la Confederación de las provincias de Nueva Escocia, Nuevo Brunswick, Quebec y Ontario. Antes de 1867, la escasa asistencia médica organizada disponible se proporcionaba localmente. Algunas ciudades y pueblos creaban consejos de salud locales, por lo general después de una epidemia importante de cólera, viruela o fiebre tifoidea. La legislación que autorizaba la existencia de tales consejos de salud fue aprobada por el Parlamento del Alto Canadá en 1834. Se hacía escasa mención a la salud en la Ley de América del Norte Británica en ámbitos que no fueran el establecimiento de una jurisdicción federal sobre los hospitales de cuarentena y marítimos. Los gobiernos provinciales eran responsables de los hospitales, a excepción de los hospitales marítimos, y los asilos y las estaciones de cuarentena eran las únicas instituciones de salud pública permanentes (en esta era, a los enfermos mentales se los mantenía en el hogar o en manicomios, donde se los solía tratar de una manera brutal). La autoridad de los gobiernos municipales variaba mucho, incluso dentro de las provincias.



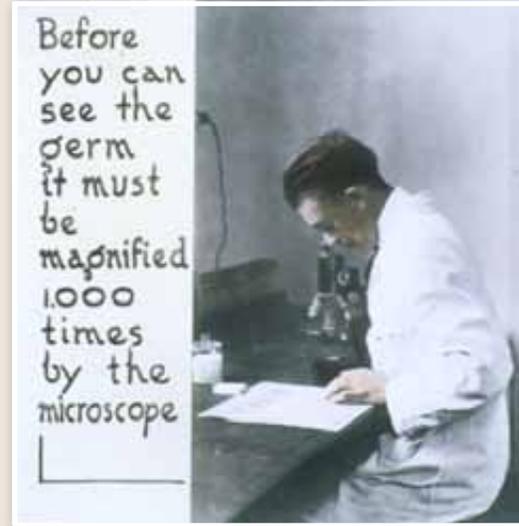
John Henry Walker © McCord Museum, M897.X.5.795

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

*Representación de
la muerte, 1878*

La higiene y la reforma sanitaria

La creación de consejos de salud permanentes a nivel local y provincial era todavía una tarea en curso. No obstante, los esfuerzos por controlar enfermedades infecciosas y crear sistemas eficaces de agua y alcantarillado se vieron beneficiados por los descubrimientos de la revolución bacteriológica de la década de 1880. A medida que se desarrollaban el conocimiento y las infraestructuras, un número cada vez mayor de organizaciones voluntarias y reformadores sanitarios particulares predicaba el evangelio de la higiene. La invención del microscopio permitió el descubrimiento de los microorganismos a fines del siglo XVII, pero el campo de la bacteriología no se desarrolló sino hasta el siglo XIX y la aceptación popular de la “teoría del germen” fue masiva recién a principios del siglo XX. Antes de 1880, se creía que muchas enfermedades infecciosas comunes se debían al aire contaminado o a una cuestión hereditaria. Por ejemplo, existía la creencia generalizada de que la fiebre tifoidea tenía un origen espontáneo. Sin embargo, durante esta era, la evidencia empezó a orientarse hacia la contaminación del agua potable o de la leche. El agente etiológico de la fiebre tifoidea se identificó en 1880 y se comprobó definitivamente en 1896 que era este bacilo específico el que causaba la enfermedad. El descubrimiento y la evaluación exitosa tanto de la antitoxina diftérica como de la vacuna antirrábica en la década de 1890 fueron logros cruciales que proporcionaron las primeras herramientas biológicas científicas y confiables para el control de estas enfermedades mortales.



Sarofai Pasteur Limited, Comraught Campus, Archivos

 [haga clic para agrandar la imagen](#)

“Antes de que se pueda ver el germen, debe ampliarse 1.000 veces con el microscopio”

Éstos y otros descubrimientos científicos realizados entre 1850 y 1900 transformaron por completo el entendimiento popular de la naturaleza de las enfermedades infecciosas, incluidos su origen, su transmisión y la forma de hacerles frente. El conocimiento de cómo se transmitían las enfermedades infecciosas hizo tomar conciencia de que los individuos y las comunidades podían hacer algo para prevenir la propagación de tales enfermedades y beneficiarse de su detección temprana. Esta nueva manera de pensar, que se conoció como *concepto sanitario*, primero se extendió entre las élites médicas, luego fue gradualmente adoptada por las clases medias cultas y finalmente por la población en general. Con el tiempo, las viejas creencias sobre la transmisión de las enfermedades dieron lugar a nuevos conceptos de higiene personal, prevención a través de la vacunación y diagnóstico y tratamiento tempranos.²

Los desafíos implicados en el manejo de los desechos humanos dominaron las revistas de salud pública de Canadá entre las décadas de 1870 y 1880. En esta época, la metodología imperante para la eliminación de las heces era el uso doméstico de recintos portátiles de tierra seca con una variedad de absorbentes, sepultándose luego el desecho. La población comenzaba a interesarse en las alcantarillas, los lavabos y los retretes. Se imponía la necesidad de una acción colectiva para manejar las aguas residuales y la basura y purificar el agua potable. Todo ello derivó en una mayor participación del gobierno en la prevención de enfermedades y muertes a través de la salud pública. Los reformadores sanitarios de la primera hora reconocían la importancia de la higiene y el saneamiento con fervor religioso, y su compromiso ayudó a sentar las bases de la infraestructura de la salud pública de Canadá.

Confederación y crecimiento

La industria mecanizada comenzó en Canadá en la década de 1840 y produjo un aumento gradual de la concentración del poder económico y del tamaño de la población activa hacia 1890. Las élites industriales y financieras angloamericanas estaban bien representadas

Factus —
When Antitoxin
is given on 1st day
only 1% die.
6 days delay -12%
die.

Sanofi Pasteur Limited, Comaught Campus, Archives

“Constatación: Cuando la antitoxina se administra el primer día, sólo muere el 1%. Al cabo de 6 días, muere el 12%.”

W. L. Bishop, NSACPM adquisición n.º 1983-240, n.º 27



[haga clic para agrandar la imagen](#)

Zanjas para el alcantarillado y el agua, Dartmouth, 1900

Si hubo alguna consideración de las necesidades de salud de la población aborigen, fue sólo de parte de misioneros, comerciantes y médicos particulares. La salud de las Primeras Naciones y de los Métis había empezado a deteriorarse gravemente hacia 1900, debido a la mengua del comercio de pieles y al destierro de los indígenas a reservas subdesarrolladas y aisladas sobre las que se abatían la pobreza, el hacinamiento y la desnutrición.⁴

Gran Bretaña y su Ley de Salud Pública de 1875 sirvieron de modelos para la reforma sanitaria de Canadá. Esta legislación emblemática ratificó la responsabilidad del gobierno británico por la salud de la población, la mayor parte de la cual habitaba ciudades antiguas que experimentaban cambios dinámicos y áreas rurales densamente pobladas. Por el contrario, la primera generación de reformadores sanitarios canadienses “actuó en ciudades relativamente nuevas que pugnaban por erigir una infraestructura industrial, de vivienda y sanitaria básica mientras absorbían a inmigrantes a una escala sin precedentes en Europa. Fuera de las ciudades y los pueblos de Canadá, las poblaciones ampliamente dispersadas que a menudo vivían en parajes inhóspitos no tenían contraparte alguna en Europa Occidental.⁵

[haga clic para agrandar la imagen](#)

Indígenas Pies-Negros, antiguo fuerte de Whoopup, 1881



George W. Dawson, Archivos provinciales de Alberta. A17476

Jean Helder, adquisición n.º 1900-195,
n.º 24 del Servicio de archivos y de gestión
de registros de Nueva Escocia



[haga clic para
agrandar la imagen](#)

*Clayton & Sons, Halifax.
Mujeres cosiendo en una
fábrica, 1900*

Los reformadores sanitarios trabajaron incansablemente durante varias décadas intentando convencer al gobierno federal de que siguiera el camino de otros países y estableciera un departamento nacional responsable de recopilar estadísticas vitales, construir alcantarillas y reducir el impacto de las enfermedades infecciosas. El interés federal en las cuestiones de salud pública solía ser competencia de Miembros del Parlamento y de Senadores con formación médica. En el verano de 1873, el Dr. William Henry Brouse, Diputado de Ontario para Grenville South, dirigió un comité especial que tenía por misión evaluar las condiciones sanitarias de la misma Cámara de los Comunes, concentrándose en la calefacción, la iluminación y la ventilación.⁶

Edward Playter, líder de la reforma sanitaria de Canadá

Uno de los más importantes reformadores sanitarios de la primera hora fue el Dr. Edward Playter (1834–1909). Este médico, radicado en Toronto y luego en Ottawa, sin la ayuda de nadie, publicó la primera revista profesional de salud pública de Canadá entre 1874 y 1892. También participó de varias iniciativas de salud pública a nivel local, provincial y federal, desempeñando un rol central en la reforma sanitaria y en la era científica. Playter nació en el seno de una familia prominente del Alto Canadá. Tras egresar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto en 1868, ejerció como médico forense en el Municipio de York. La riqueza que heredó le permitió dedicar considerables energías a la promoción de reformas de salud pública, incluida la necesidad de un sistema de recopilación de estadísticas exactas y completas sobre mortalidad y morbilidad. Tal vez influenciado por los reformadores sanitarios británicos, Playter reconocía que la práctica de la medicina iba más allá de tratar

Los pueblos aborígenes de Canadá

Según se detalla en el Informe de la Comisión Real sobre los Pueblos Autóctonos de 1996, el término “pueblos autóctonos” se refiere generalmente a los habitantes aborígenes de Canadá, formados por tres grupos principales reconocidos por la Constitución: inuits, Primeras Naciones y métis. Dentro de estos grandes grupos se incluyen varias lenguas y culturas diferentes. Hoy en día, el término “Primeras Naciones” reemplaza al de “indígena”, la palabra históricamente usada por el gobierno canadiense para describir a los pueblos aborígenes con los que el gobierno canadiense o británico había firmado tratados. Los métis son pueblos autóctonos particulares cuyos primeros antepasados fueron de origen mixto (Primeras Naciones, o inuit en caso de los métis de Labrador, y europeo). Inuit reemplaza al término “esquimal” y se refiere a los pueblos aborígenes del Norte.

al enfermo y debía incluir la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, no sólo para salvar vidas y aliviar el sufrimiento, sino también, como lo expresaba a menudo, para proteger la salud económica del país.⁷

Playter financió, elaboró y promovió *The Sanitary Journal*, una revista “dedicada a la salud pública y a la higiene individual”. Esta publicación apareció en 1876 y tuvo una frecuencia mensual entre 1877 y junio de 1880, que fue cuando la muerte repentina de la esposa de Playter obligó a una suspensión de cuatro meses. Cuando retomó la publicación, Playter la renombró como *The Canada Health Journal: A practical sanitary monthly devoted to individual and public health and a reporter of vital statistics*. Playter intentó promover el interés por la revista más allá de la profesión médica y a todo el país, instando con frecuencia a los suscriptores a pagar tardíamente sus facturas y distribuyendo copias promocionales para atraer a nuevos suscriptores.⁸

The Sanitary Journal pone de relieve el desarrollo de la salud pública en Canadá durante aquellos primeros años. El primer número incluía artículos sobre la ciencia sanitaria, los efectos del tabaco, la prevención de la propagación del contagio y de la enfermedad, la fiebre tifoidea y las cámaras de desinfección. El primer artículo de Playter destacaba la necesidad de prestar mayor atención al cuidado de la salud y al desarrollo de lactantes, niños, jóvenes, madres y futuros bebés. Playter también instaba a la profesión médica a trabajar para mejorar la recientemente implementada Ley de Salud Pública de Ontario (*Ontario Public Health Act*) de 1873 y a presionar al gobierno para que estableciera una oficina sanitaria. Entre las cuestiones que ameritaban atención legislativa se incluían el drenaje y la ventilación (especialmente en las escuelas), la educación escolar sobre higiene y fisiología, y la promoción del ejercicio físico. Otra cuestión vital tenía que ver con la vestimenta de los niños, que en muchos casos era “tristemente defectuosa; la salud es muy frecuentemente el sacrificio de la moda”.⁹

Edward Playter

Editor influyente

El Dr. Playter fue un defensor determinado de la responsabilidad del gobierno para salud en general. Como resultado de sus esfuerzos, Ontario aprobó una ley mejorada en 1875 sobre el registro de defunciones. Fue uno de los primeros médicos higienistas nombrados en Ontario. La revista de salud pública fundada y redactada por Edward Playter pareció desde julio del 1874 hasta el 1892 bajo un número de títulos, incluyendo *Sanitary Journal*, *Canada Health Journal*, *Dominion Sanitary Journal*, *Man*, y *Health Journal*.

—Diccionario de biografía canadienses en línea.

La expansión de la salud pública municipal

La conciencia sobre la salud pública iba aumentando paulatinamente dentro de algunas administraciones municipales. Por ejemplo, Winnipeg implementó en 1874 el Reglamento Administrativo N° 13 que incluía reglas contra los alimentos adulterados y las carnes contaminadas, la impurificación del agua, la existencia de aguas estancadas y la permanencia de animales muertos en la ciudad. La ley exigía que cada hogar conectara un retrete y lo mantuviera limpio, y que recogiera toda la suciedad en un determinado lugar, manteniéndola lejos de los lotes y las calles, so pena de multas de hasta 20 dólares o una condena en la cárcel de hasta 21 días.¹⁰

En esta época, los reformadores sanitarios de Toronto estaban preocupados por el costo y la seguridad de la propuesta de la ciudad de construir una red troncal de alcantarillado a lo largo de la costa para canalizar las aguas residuales hacia el lago y a tres millas de la ciudad, con la expectativa cuestionable de que las corrientes no las hicieran regresar hacia el suministro de agua.

Las actividades de salud pública también se expandieron en Montreal, donde antes de 1870 sólo se ocupaban de controlar las molestias públicas mediante unos pocos policías que vigilaban la limpieza de patios, veredas y pozos de letrinas. A diferencia de Ontario y de casi todas las otras provincias, donde los servicios de salud pública se desarrollaron primero a nivel municipal, los servicios de salud pública de Quebec estaban en manos de comunidades religiosas particulares.



Album n.º 5, #74 del Servicio de archivos y de gestión de registros de Nueva Escocia

En el Halifax victoriano, la mortalidad infantil estaba a la orden del día. Una tradición reconocida de la época consistía en que los padres fotografiaran al hijo muerto como si estuviera durmiendo.

Durante el siglo XIX, Montreal registró las tasas de mortalidad más altas de todas las ciudades de América del Norte Británica. Montreal se había convertido en el centro industrial de Canadá, y esta rápida expansión hizo que las familias de clase obrera habitaran viviendas atestadas, antihigiénicas y mal construidas. Como era habitual en las ciudades canadienses durante o después de las epidemias, el Consejo Municipal de Montreal estableció un comité de salud con poderes limitados, después del brote de viruela que tuvo lugar en la década de 1870. En una reunión pública solicitada por el alcalde, se estableció una Asociación de Salud Pública de los Ciudadanos, que reemplazó a la Asociación Sanitaria de Montreal, con el fin de

“aumentar y difundir el conocimiento sobre todos los temas relacionados con la salud pública a través de una discusión de temas sanitarios mediada por la exposición de los males sanitarios y la promoción de la legislación sanitaria”. En 1875, la Provincia de Quebec adoptó la vacunación obligatoria contra la viruela y, a pesar de una férrea oposición, concedió al oficial de sanidad de Montreal un poder mucho mayor y prometió financiar una Oficina de Vacunación.¹¹



Faders, adquisición, n.º 1972-21, n.º 24 del Servicio de archivos y de gestión de registros de Nueva Escocia

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

*Mercado de Faders Bros,
Halifax, Nueva Escocia, 1885*

Ontario toma la delantera

Impulsados por una grave epidemia de fiebre amarilla en Estados Unidos, los principales especialistas sanitarios de Toronto, incluido William Oldright Playter de la *Toronto School of Medicine* y Charles W. Covernton del *Trinity College Medical School*, convencieron al Primer Ministro Oliver Mowat de que designara un comité sanitario especial de la Legislatura en 1878. Una encuesta efectuada a 171 secretarios



Adelaide Hunter Hoodless

La señora Hoodless nació en 1857, cerca de Brantford, Ontario. El hecho de crecer en una granja de mediados del siglo 19 con sus privaciones y aislamiento fue, tal vez, lo que le inspiró a tomar la causa de reforma doméstica. Lanzó una campaña que le duró toda la vida para ganar la aceptación en toda la provincia de ciencia doméstica como parte del programa de estudios para avanzar la formación de chicas. Fue la visionaria detrás del movimiento del Instituto de la Mujer y se le reconoce también por ayudar a establecer el Consejo Nacional de Mujeres, la Young Women’s Christian Association (YWCA), y la Victorian Order of Nurses [Orden Victoriana de Enfermeras]. La señora Hunter reconoció que los papeles de la mujer estaban cambiando y que más y más mujeres empezaban a trabajar en oficios técnicos (fábricas, molinos, etc.) La mayor parte estaban mal pagadas, poco formadas y trabajando en condiciones deplorables. Convenció al Ministro de Educación a enviarla a los Estados Unidos para examinar las escuelas técnicas allí y traer un informe. Desafortunadamente, murió en 1910, antes de poder terminar esta tarea.

—Casa Patrimonio de Adelaide Hunter Hoodless
[Homestead]

municipales reveló que “no se estaba haciendo prácticamente nada en toda la provincia en pos de la prevención de las enfermedades ni de la mejora de la salud pública”. De las aproximadamente 1.000 municipalidades de Ontario, no más de 20 habían designado oficiales de sanidad que contaran con formación médica. Sin embargo, no se estableció el anticipado consejo provincial de salud porque, según el Procurador General, “aún no había suficiente interés público en esta cuestión como para autorizar una medida especial y asignar una cantidad importante de dinero para ese fin”. Como respuesta, Playter convino con el gobierno de Ontario en distribuir copias de su revista a los oficinistas de todas las comunas a fin de ayudar a generar el interés y la conciencia que necesitaban.¹²



Iglesia, Unión de Canadá, adquisición
n.º 1975-194, n.º 19 del Servicio de archivos y
de gestión de registros de Nueva Escocia.

[haga clic para agrandar la imagen](#)

*Colegio de médicos de Halifax,
hacia 1890*

locales de salud era estrictamente consultivo y éste no tenía autoridad legal para exigir a las autoridades locales que designaran consejos de salud o exigieran la realización de acción alguna.

En 1882, Ontario se convirtió en el primer gobierno provincial en establecer un Consejo Provincial de Salud de jornada completa. El mismo estaba formado por siete miembros, incluidos cuatro médicos y un presidente designado por el Teniente Gobernador del Consejo, y contaba con un presupuesto anual de 4.000 dólares. William Oldright fue el primer presidente del comité y **Peter Bryce** el primer secretario a tiempo parcial y oficial principal de sanidad hasta 1904. El trabajo del consejo provincial con relación a los consejos

Las condiciones de vida en Montreal

En 1888, la Comisión Real sobre las Relaciones entre el Capital y el Trabajo describió a las vecindades de clase obrera de Montreal como “nidos de contagio”. Las mujeres representaban el 20% de la mano de obra adulta de la ciudad, pero ganaban considerablemente menos que los hombres, quienes generalmente no ganaban lo suficiente como para mantener a una familia. Muchas mujeres trabajaban en talleres textiles, fábricas de tabaco, plantas de procesamiento de alimentos, establecimientos comerciales o en el servicio doméstico, mientras que los niños también trabajaban media jornada para contribuir a los magros ingresos familiares.

En la mayoría de las vecindades de clase obrera, los retretes consistían en fosas ubicadas en los patios traseros y las casas no tenían instalaciones para bañarse. En su libro de 1897, *The City Below the Hill*, Herbert Brown Ames relató que más que la mitad de las casas de Sainte-Anne Ward todavía dependía de “esa reliquia de las condiciones rurales, esa abominación insalubre, la letrina de fosa al aire libre”. Su campaña de ocho años en contra de las letrinas de fosa en Montreal le valió el mote de “*Water Closet Ames*” (Retrete Ames).

—digital.library.mcgill.ca

El Consejo de Salud de Ontario recopiló elementos mostrativos en materia de educación sobre salud pública y reunió información sobre nuevas estrategias para prevenir enfermedades en nombre de los consejos de salud locales. En la Exposición Industrial de Toronto de 1883 se exhibió un hospital de aislamiento portátil, que el Consejo Provincial “esperaba que fuera utilizado por muchas municipalidades o grupos de municipalidades y que las mismas se valieran de un elemento tan económico como éste para controlar cualquier brote de enfermedades infecciosas en lugar de esperar a construirlo después de que apareciera un brote y muchas vidas ya se hubieran perdido debido a la propagación de la enfermedad”.¹³



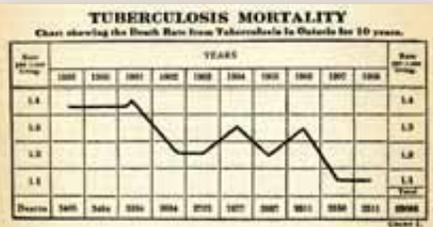
Peter Henderson Bryce

Pionero en salud pública y primer secretario del Consejo de Salud de Ontario

El Dr. Bryce fue Médico Higienista Jefe en el Departamento federal

de Inmigración y presidente del comité organizador designado en la reunión inaugural de la Asociación Canadiense de Salud Pública en 1919. El Dr. Bryce fue el primer secretario que se nombró para servir en el Consejo Provincial de Salud de Ontario en 1882 y fue quien elaboró la Ley completa de Salud Pública de 1884, la cual se convirtió en el modelo de legislación en otras provincias. Fue pionero en educación de salud en Canadá y resaltó la necesidad de educación pública si se pretendía controlar la tuberculosis, organizando en 1883 la primera muestra sobre educación en materia de salud pública de Canadá. Luego de dejar sus funciones como médico higienista jefe de Ontario en 1904, asumió el cargo de médico higienista jefe del Departamento del Interior.

—*Revista canadiense de salud pública*,
Vol. 50, No. 1, enero de 1959



Public Health Journal, 2 marzo de 1911

[haga clic para agrandar la imagen](#)

Ontario consolidó su ley de salud pública en 1884, exigiendo que se establezca un comité local de salud en cada ciudad, pueblo y municipio y que se designen oficiales de sanidad que contaran con formación médica. La nueva ley también estipuló la designación de un secretario de jornada completa, que ofició como oficial de sanidad principal de la provincia, y facultó al consejo para que investigue las causas de las enfermedades y promulgue normas destinadas a prevenir el contagio, asegurar las condiciones sanitarias y establecer la cuarentena. Los consejos locales de salud estarían a cargo de aplicar dichas normas. Asimismo, todos los planes relacionados con los sistemas de agua y alcantarillado debían presentarse al Consejo Provincial para su aprobación.

Ontario sirvió como modelo para que otras provincias establecieran sus consejos de salud en las dos décadas que siguieron. Manitoba aprobó una ley de salud pública en 1883, que sería regida por un superintendente de salud pública perteneciente al Departamento de Agricultura, Estadística y Salud, y luego estableció un consejo provincial en 1893. Nuevo

Brunswick promulgó en 1887 una ley exhaustiva de salud pública que implantaba un consejo provincial de salud y dividía a la provincia en áreas de salud, mientras que Nueva Escocia instituyó un consejo central de salud en 1889.

El ímpetu federal por el progreso

La Ley federal de censo y estadística (*Census and Statistics Act*) promulgada en 1879, proporcionó financiamiento para la recolección de estadísticas vitales en aquellas ciudades que tuvieran una población de más de 10.000 habitantes. A principios de 1881, una delegación de la Asociación Médica Canadiense se reunió con el Primer Ministro Sir John A. Macdonald para hablar sobre el “establecimiento de una oficina de estadística y la adopción de ciertas normas sobre cuestiones sanitarias”. Macdonald prometió “presentar el asunto rápidamente a sus colegas”¹⁴ y, en 1882, la Ley de Salud Pública obligó a las administraciones municipales a establecer comités de salud e imponer reglamentaciones sanitarias. En 1883, las subvenciones para estadísticas vitales se condicionaron a la existencia de un consejo de salud local activo y un oficial de sanidad asalariado permanente en las ciudades. Esto proporcionó un incentivo a las inversiones en salud pública en todo el país. Toronto, por ejemplo, designó en 1883 como primer oficial de sanidad asalariado permanente con formación médica a William Canniff, como consecuencia del estímulo que representaban las subvenciones federales para la recopilación de estadísticas de mortalidad que recibía toda ciudad que contara con un oficial con esas calificaciones.

En un sentido más amplio, el patrocinio federal para la recopilación de estadísticas también dio inicio al primer esfuerzo por organizar una asociación nacional de salud pública en Canadá. El oficial de sanidad de Montreal, Dr. A. B. Larocque, invitó a sus otros 10 colegas que participaban del programa

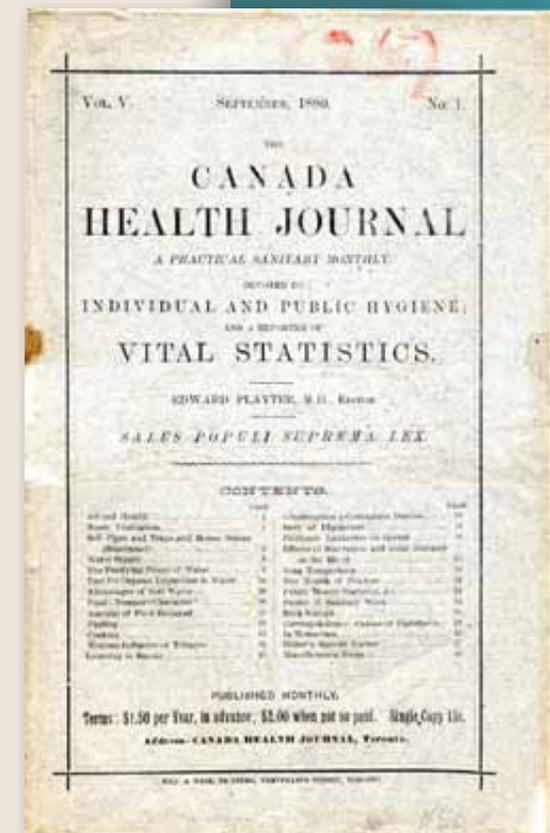


Dr. William Canniff

federal, a reunirse con la Asociación Médica Canadiense en Kingston en 1883. Playter presidió esta reunión, que dio lugar a la formación de la Asociación Sanitaria del Dominio y se celebró “para pedir ayuda, junto con los profesionales médicos, a todos aquellos que tuvieran interés en trabajar por la salud pública de Canadá, y más precisamente en la educación de las personas con respecto a las cuestiones pertinentes a la salud”. Sin embargo, como se informó en *The Sanitary Journal*, “debido a la gran distancia que separaba a los diferentes miembros del Ejecutivo y las dificultades consiguientes para concretar las reuniones”, la asociación se disolvió luego de su reunión anual de 1884 en Montreal cuando no se contó con la cantidad suficiente de miembros para formar quórum.¹⁵

El éxito fue mayor en el ámbito local. La Asociación Sanitaria de Toronto, formada en el otoño de 1884, fue dirigida por un consejo de médicos, arquitectos y plomeros y tuvo como Secretario al Editor Asociado de *The Sanitary Journal*, Alan Macdougall. Los miembros activos tenían una incumbencia directa sobre los asuntos sanitarios, mientras que los miembros asociados tenían interés en fomentar la ciencia sanitaria y concentraban su atención en la pureza del agua, las aguas residuales, la ventilación y el saneamiento de escuelas, universidades y otros edificios públicos, así como en la matriculación de los plomeros. La *Ottawa Medical Society* (Sociedad Médica de Ottawa), alarmada por la amenaza del cólera, se enfocó en los asuntos sanitarios de la ciudad, en la que Playter desempeñó un rol vital tras mudarse al área de Ottawa.

Playter también ayudó a organizar un grupo de diputados y senadores médicamente calificados, junto con médicos del área de Ottawa, que se reunieron el 4 de marzo de 1884 para considerar una vez más la creación de una Oficina de Sanidad del Dominio. Playter presentó un plan detallado, en el cual un Viceministro u Oficial Principal de Sanidad relacionado con el Departamento de Agricultura, un Comité Sanitario formado por representantes de cada provincia y al menos 145 Oficiales de Sanidad de cada uno de los distritos electorales, proporcionarían estadísticas mensuales de enfermedades a la oficina.

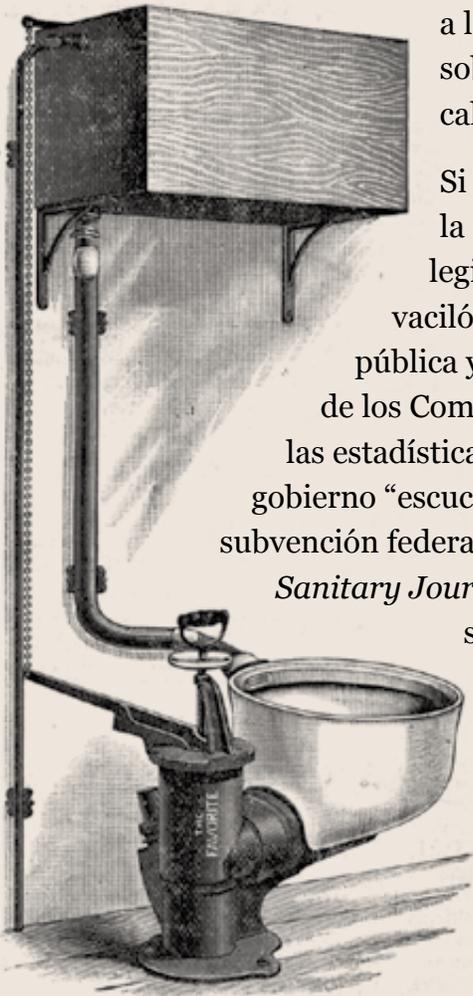


Dos semanas más tarde, una delegación de médicos, concejales y otros miembros de la *Quebec Sanitary Association* (Asociación Sanitaria de Quebec) visitó Ottawa para ofrecer una presentación al Ministro de Agricultura relacionada con temas de salud pública. Ellos convocaron a una Exposición Sanitaria del Dominio patrocinada por el gobierno federal,

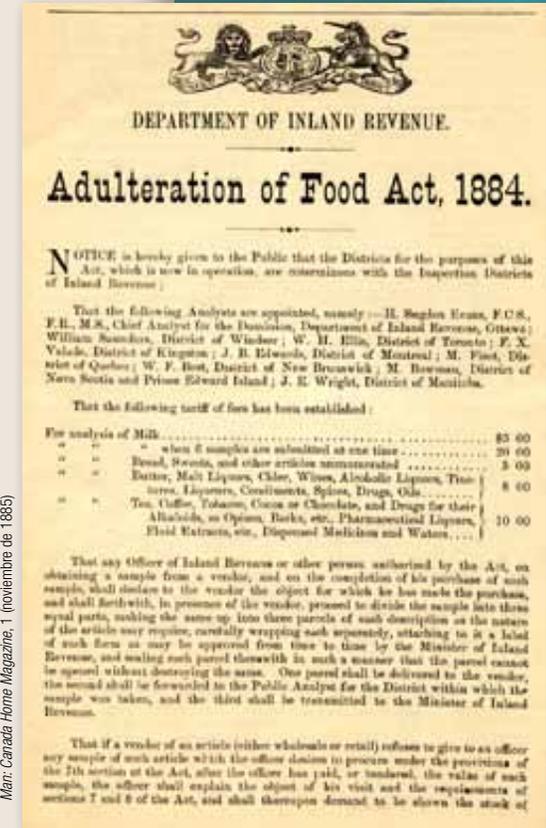
“que representaría una exhibición de todos los elementos pertinentes a la salud pública e informaría al público de manera general sobre temas vitales como drenaje, desinfectantes, aparatos de calefacción, baños, retretes, etc.”.¹⁶

Si bien el gobierno del Dominio tomó medidas para manejar la adulteración de los alimentos con la implementación de una legislación en 1874 y la revisión de la misma en 1884, más tarde vaciló a la hora de seguir adelante con las actividades de salud pública y prevención de enfermedades. En un debate de la Cámara de los Comunes de marzo de 1884 centrado en la falta de avance en las estadísticas de mortalidad, algunos diputados sostuvieron que el gobierno “escuchaba demasiado” a la profesión médica y cuestionaron la subvención federal de 600 dólares que Playter recibía por 600 copias de *The Sanitary Journal*. Otros argumentaron que se debería dar una subvención similar a la nueva publicación sanitaria francesa, *Le Journal d'Hygiène*. Hacia 1887, la subvención federal a la revista de Playter se había elevado a 1.000 dólares, otorgándose también 400 dólares al redactor de la revista francesa, que era publicada por la Sociedad de Médicos Higienistas de Montreal.

Primera fontanería, 1884



Dominion Sanitary Journal, 6 (15 de enero de 1884)



Men: Canada Home Magazine, 1 (noviembre de 1885)

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

Men: Canada Home Magazine, 1 (noviembre de 1885)

54 MORTUARY STATISTICS.
NUMBER OF DEATHS WITH CAUSES AND SEXES.—MONTREAL STATISTICS.
MONTH OF SEPTEMBER, YEAR 1885.

CAUSES OF DEATH.	Males.		Females.		Males.		Females.	
	No.	Rate.	No.	Rate.	No.	Rate.	No.	Rate.
1. Smallpox	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
2. Typhoid fever	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
3. Typhus	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
4. Cholera	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
5. Dysentery	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
6. Erysipelas	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
7. Scarlatina	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
8. Measles	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
9. Whooping cough	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
10. Diphtheria	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
11. Tetanus	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
12. Rabies	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
13. Convulsions	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
14. Epilepsy	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
15. Paralysis	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
16. Hemiplegia	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
17. Paralysis of face	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
18. Paralysis of arms	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
19. Paralysis of legs	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
20. Paralysis of speech	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
21. Paralysis of vision	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
22. Paralysis of hearing	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
23. Paralysis of taste	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
24. Paralysis of smell	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
25. Paralysis of motion	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
26. Paralysis of sensation	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
27. Paralysis of intellect	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
28. Paralysis of memory	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
29. Paralysis of judgment	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
30. Paralysis of conscience	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
31. Paralysis of moral sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
32. Paralysis of religious sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
33. Paralysis of natural sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
34. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
35. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
36. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
37. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
38. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
39. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
40. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
41. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
42. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
43. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
44. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
45. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
46. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
47. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
48. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
49. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
50. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
51. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
52. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
53. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
54. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
55. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
56. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
57. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
58. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
59. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
60. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
61. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
62. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
63. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
64. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
65. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
66. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
67. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
68. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
69. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
70. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
71. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
72. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
73. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
74. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
75. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
76. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
77. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
78. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
79. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
80. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
81. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
82. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
83. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
84. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
85. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
86. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
87. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
88. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
89. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
90. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
91. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
92. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
93. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
94. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
95. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
96. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
97. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
98. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
99. Paralysis of practical sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001
100. Paralysis of common sense	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001	10	0.0001

 [haga clic para agrandar la imagen](#)

La epidemia de viruela de Montreal de 1885

En la primavera de 1885, dos conductores de coches Pullman provenientes de Chicago llegaron a Montreal infectados de viruela. La enfermedad se propagó dentro del hospital Hôtel-Dieu y luego fuera. Los responsables de salud pública intentaron hacer cumplir la vacunación y el aislamiento de los enfermos, pero encontraron resistencia y algunos fueron agredidos cuando intentaron retirar los cadáveres de las vecindades más infectadas. El 28 de septiembre se convocó a la policía de toda la ciudad para dispersar a una muchedumbre iracunda que deambulaba por las calles lanzando piedras.

Ontario había modificado su Ley de Salud Pública para imponer la designación de un funcionario local de salud y de oficiales de sanidad responsables ante el consejo provincial y, de ser necesario, para designar a funcionarios de salud locales y cobrar impuestos municipales para pagar sus salarios. Una epidemia de viruela que azotó el este de Ontario en 1884 dio al Consejo Provincial de Salud su primera oportunidad de manejar la amenaza de una enfermedad infecciosa grave. Cuando un consejo local de salud reunido precipitadamente tuvo que afrontar la enfermedad de su presidente, los residentes de las ciudades vecinas recurrieron al Consejo Provincial. Peter Bryce, secretario de dicho consejo, mantuvo las escuelas y las iglesias cerradas, prohibió las reuniones públicas, suspendió el servicio de diligencias en la comunidad y ubicó alguaciles en los caminos y en las estaciones de ferrocarril para controlar el movimiento de personas que pudieran portar la enfermedad. También trajo estudiantes de medicina para que realicen una vacunación puerta a puerta,

desinfectó y fumigó todas las casas infectadas y publicó un folleto especial que rechazaba la postura en contra de la vacunación que propugnaba un médico local. Hacia enero de 1885, y después de 202 casos y 45 muertes, se logró detener la propagación de la viruela fuera del municipio.

En respuesta a la creciente crisis provocada por la viruela en Montreal y la “total ausencia de autoridades sanitarias provinciales listas a luchar cuerpo a cuerpo contra la epidemia” que se abatía en Quebec, el Consejo de Salud de Ontario adoptó la acción extraordinaria de ampliar su autoridad más allá de las líneas provinciales. Bryce envió inspectores médicos a Quebec para asegurar que todas las personas y los trenes de carga que se dirigieran a Ontario estuvieran libres del virus de la viruela, lo que hizo cumplir mediante actividades estrictas de inspección, vacunación y fumigación.

Como resultado final, esta estrategia interprovincial fue notablemente eficaz, ya que limitó a 30 las muertes por viruela en Ontario en 1885, mientras que el número de víctimas en Montreal alcanzó las 3.157 personas, con un total de 19.905 casos y 5.964 muertes en todo Quebec ese año. El brote de Montreal resultó ser el último brote no contenido de viruela en una ciudad moderna. Luego de su erradicación, Quebec aprobó una ley de salud pública en 1886 y estableció un consejo provincial de salud en 1887. La experiencia de la viruela en Montreal también dio lugar al requisito de que todos los pasajeros y las tripulaciones de buques entrantes tuvieran que mostrar certificados de vacunación contra la viruela o bien someterse a vacunación al llegar a Canadá.¹⁷

Posturas en contra de la vacunación

La primera ley que exigía la vacunación obligatoria, aprobada en Gran Bretaña en 1853, obligaba a los padres a vacunar a sus niños contra la viruela. Inmediatamente después de la promulgación de esta ley, comenzó la resistencia popular a la vacunación, con disturbios violentos en varias ciudades. La Liga Antivacunación se pronunció en contra de lo que consideraba una violación de la libertad personal y de elección. Una ley de 1867 amplió la obligatoriedad de vacunarse a la edad de 14 años. Como respuesta, en las décadas de 1870 y 1880, numerosos libros y revistas de Gran Bretaña y otras naciones comenzaron a publicar contenidos que hacían frente a esta legislación. Durante esta época, los francocanadienses se mostraron mucho más reticentes a la vacunación que los anglocanadienses, aunque la postura antivacunación se hizo presente en todo el país. Los francoquebequeses asociaban la vacunación a los cirujanos británicos y, si bien muchos de ellos habitaban viviendas hediondas y hacinadas de las vecindades más pobres de Montreal, se mantenían hostiles a las tentativas de salud pública de ayudarles o de contener las enfermedades. Los defensores de la homeopatía trataban a los vacunadores de charlatanes y muchos pobres entendían que se trataba de una conspiración de los ricos y poderosos para matar a sus niños.^a

La bacteriología y los laboratorios de salud pública

Canadian Bulletin of Medical History 1989



Dr. Alexander Stewart

En 1882, Louis Pasteur logró demostrar su vacuna anticarbuncosa en ovinos y Robert Koch anunció su descubrimiento del “germen de la tuberculosis”.¹⁸ Ningún barco se detuvo en la estación de cuarentena de Grosse Isle para inspección ese año, ya que la cuarentena se había reemplazado por reglamentaciones más pragmáticas que reflejaban el aumento en la velocidad del transporte marítimo y la mayor comprensión de las enfermedades infecciosas gracias a la bacteriología. En 1886, el Dr. Alexander Stewart de Palmerston comenzó a producir una vacuna antivariólica en nombre del Consejo de Salud de Ontario, y la *Ontario Vaccine Farm* (Granja de Vacunas de Ontario) al poco tiempo ya se encontraba realizando envíos a otras provincias.

Ontario estableció el primer laboratorio de salud pública de América del Norte en 1890. Se designó como director al Dr. J. J. Mackenzie, quien manejó por su cuenta las modestas instalaciones, contando apenas con la ayuda de un joven que cuidaba de los animales y mantenía la cristalería limpia. En 1900, el **Dr. John A. Amyot** sucedió a Mackenzie como director del laboratorio provincial y, en 1910, también fue designado profesor de media jornada en el recientemente creado Departamento de Higiene y Ciencia Sanitaria de la universidad provincial.

Tomando como base el modelo de Ontario, se establecieron laboratorios públicos de bacteriología en Quebec y Nueva Escocia en 1894 y en Manitoba en 1897. Las primeras tareas del laboratorio de Ontario se concentraron en el examen sistemático de la leche y del suministro de agua, los análisis de muestras tomadas de casos sospechados de fiebre tifoidea y difteria, el uso de métodos químicos y bacteriológicos para asegurar la inocuidad de la red pública y la investigación de

John A. Amyot

Primer Vicepresidente del Departamento Federal de Salud y Primer Presidente del Consejo de Salud del Dominio de Canadá



El Teniente Coronel John A. Amyot nació en Toronto en 1867 y se recibió de médico de la Universidad de Toronto en 1891. En 1900, fue nombrado Director del Consejo Provincial del Laboratorio de Salud de Ontario, donde cumplió funciones hasta 1919. El Dr. Amyot jugó un rol preponderante en la introducción de la filtración y cloración del agua y la pasteurización de la leche en Canadá. En 1919, el Dr. Amyot se convirtió en el primer Viceministro del Departamento Federal de Salud, donde logró obtener la cooperación de las autoridades de salud provinciales y locales a lo largo de todo Canadá. Cuando se fusionó el Departamento de Restablecimiento de Soldados a la Vida Civil con el Departamento de Salud en 1928, adoptando el nombre de Departamento de Pensiones y Salud Nacional, lo nombraron Viceministro del nuevo departamento. El Dr. Amyot ejerció gran influencia sobre la salud pública en Canadá por casi 40 años.

—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 25, 1934

Archivos de la Universidad de Toronto



Dr. J.J.
Mackenzie

brotes de rabia. A mediados de la década de 1890, los laboratorios provinciales de salud pública también facilitaron la inspección del ganado y de la carne y el diagnóstico serológico de casos de fiebre tifoidea.

El desarrollo y la evaluación de una vacuna antirrábica por parte de Louis Pasteur en Francia fue un hito en la revolución bacteriológica. El éxito del tratamiento de Pasteur contra la otrora mordedura fatal de un animal rabioso generó un interés considerable. La fundación posterior del Instituto Pasteur de París en 1888 fue la piedra basal en la creación de una serie de instituciones que se establecieron en todo el mundo para preparar el nuevo tratamiento contra la rabia y las antitoxinas contra la difteria y el tétanos que se descubrieron en la década de 1890.

La incidencia de difteria había aumentado notablemente en todo del mundo durante la segunda mitad del siglo XIX. Su agente etiológico se identificó en 1883-84 y la endotoxina bacteriana específica de la enfermedad se descubrió en 1888. El Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York elaboró y administró las primeras provisiones de antitoxina antidiftérica del continente en 1895 y un antiguo colaborador de Pasteur estableció el *New York Bacteriological and Pasteur Institute* en 1889, que se convirtió en una de las primeras empresas que produjo y comercializó las nuevas antitoxinas en América del Norte.

El costo de importación de la antitoxina antidiftérica fue el foco de una acalorada discusión que tuvo lugar en una reunión de la Asociación Médica de Ontario en 1905. Un artículo de la revista *Canada Lancet* encontró llamativo el hecho de que el descubridor de la antitoxina antidiftérica, Emil von Behring, no hubiera recibido retribución alguna por su descubrimiento y que los distribuidores comerciales hubieran ganado millones por el mismo, mientras que el público había “pagado un precio bastante elevado por el suero... Un descubrimiento de esta naturaleza debería confiarse a las más altas autoridades gubernamentales del país”.¹⁹

“Las muertes por difteria son evitables”

Diphtheria
Deaths
are
Preventable!

Impulsando el progreso

Mientras tanto, Edward Playter y otros reformadores sanitarios continuaban trabajando para mantener vivas las cuestiones de salud pública en el ámbito federal de Canadá. Playter realizó presentaciones detalladas ante los Miembros del Parlamento, enfocadas en la tasa de mortalidad en Canadá, que era un 25% más alta que en Gran Bretaña y en “la inmensa cantidad de dinero que Canadá perdía por muertes y enfermedades evitables”.²⁰

En 1891, cuando murió el Primer Ministro John A. Macdonald, Playter expresó que su fallecimiento era una pérdida muy importante para el desarrollo de la salud pública canadiense. “Es probable que, de no haber sido por él, la revista no habría sobrevivido más de uno o dos años” y, en efecto, “si Sir John Macdonald hubiera vivido al menos un año más, se habría logrado un sistema sanitario integral en el Dominio”.²¹

Tras la muerte de Macdonald, las energías de Playter decayeron y su pujante revista publicó su último número en septiembre de 1892. Cuando la Asociación Sanitaria del Dominio fracasó también, Playter abandonó Ottawa y regresó a Toronto para reabrir su consultorio, dejando en manos de otros la ambición de toda una vida de formar una “asociación nacional de salud pública y un programa adecuado de servicios de salud pública, en el cual la profesión médica estuviera íntimamente involucrada”.²²

Los médicos hacían hincapié en la cantidad de dinero público que gastaba el Departamento de Agricultura en la prevención y erradicación de enfermedades infecciosas en



Health, Disease and Medicine: Essays in Canadian History (Salud, enfermedad y medicina: ensayos sobre la historia de Canadá) (Toronto, 1982)

[haga clic para agrandar la imagen](#)



Sancif Pasteur Limited, Comaught Campus, Archivos

[haga clic para agrandar la imagen](#)



Dominion Sanitary Journal, 6 (May 15, 1884)

 [haga clic para agrandar la imagen](#)

millones de dólares por año. También había anualmente en Canadá unos 40.000 casos de tuberculosis y unas 8.000 muertes, con un costo estimado de 8.800 dólares cada uno, o un total de 70.400.000 dólares por año.²³

La lucha por la prevención y el control de las enfermedades infecciosas impulsó la creación de varias organizaciones nacionales, como la Asociación Canadiense para la Prevención de la Tuberculosis, que se estableció en 1901, así como la expansión de otros grupos dentro de esta esfera de interés. El Consejo Nacional de Mujeres, por ejemplo, se dedicó a la lucha contra las enfermedades venéreas a partir de 1906.

La educación pública continuó siendo fundamental para las cruzadas de salud pública de los reformadores. Mientras los nuevos conocimientos de bacteriología eran acogidos por las élites médicas y sociales de Canadá, grandes cantidades de personas de las clases rurales y trabajadoras, en su mayoría analfabetas, se aferraban a las viejas creencias y actitudes fatalistas en torno a las enfermedades infecciosas.

animales y plantas, mientras que era poco o nada lo se estaba gastando en la prevención y erradicación de enfermedades humanas. Al comparecer ante el Primer Ministro Wilfrid Laurier en 1908, la Asociación Médica Canadiense destacó que “no estaban haciendo un uso pleno del conocimiento científico de esa época para prevenir muchas formas de enfermedades de las que se puede localizar su fuente”. Se estimó que el costo de la fiebre tifoidea en Canadá ascendía a 5,5



Frederick Montizambert

El Dr. Frederick Montizambert nació en 1843 en la Ciudad de Quebec y fue nombrado

Vice-Superintendente y luego Superintendente de las Estación de Cuarentena de Grosse Isle. Como miles de personas en este país morían de la fiebre tifoidea y de cólera, el Dr. Montizambert trabajaba para mejorar los reglamentos de cuarentena. Llegó a ser el Superintendente General de Servicios de Cuarentena del Canadá en 1894. Sirvió como Director-General de la Salud Pública desde 1899 hasta 1919 y tomó un papel de líder en la organización de la St. John Ambulance Association, la Victorian Order of Nurses, la Canadian Tuberculosis Association y la Canadian Public Health Association.

—Canadian Journal of Public Health [Revista canadiense de salud pública], enero de 1959

Peter Bryce se mudó de Toronto a Ottawa en 1904 y se convirtió en Oficial Principal de Sanidad de los Departamentos del Interior y de Asuntos Indígenas, pero sus esfuerzos por hacer avanzar la salud pública dentro del gobierno federal no tendrían el mismo éxito que lograra al reformar el sistema provincial de Ontario. El **Dr. Frederick Montizambert**, quien había manejado la estación de cuarentena de Grosse Isle desde 1869, fue nombrado Director General de Salud Pública y Asesor Sanitario del Gobierno del Dominio en 1899. Su promoción a una oficina en Ottawa dedicada a la supervisión de enfermedades contagiosas en los Territorios del Noroeste fue un reconocimiento a sus prolongados servicios, pero la falta de un sueldo apropiado para su nuevo cargo de viceministro también reflejaba, según él, una falta de reconocimiento al valor de su trabajo.²⁴

Gracias a estos dos hombres, así como a muchos otros que lucharon por un cambio, se comenzó a avanzar lentamente en el establecimiento de la infraestructura de salud pública de Canadá y se sentaron las bases legales y educativas para la misma. La Universidad McGill formó una cátedra de Higiene en 1894, mientras que la Universidad de Toronto creó un Departamento de Higiene en 1896. El primer sanatorio de tuberculosis de Canadá, el Muskoka Cottage Sanatorium, había abierto sus puertas en 1887 y, en el siglo siguiente, los gobiernos provinciales comenzaron a lanzar respuestas concertadas contra esta enfermedad. En 1904, el Departamento del Interior y de Asuntos Indígenas designó a un oficial con formación médica para organizar y supervisar la salud de los más de 100.000 aborígenes de todo el país.

Había una expectativa cada vez mayor de que la revolución bacteriológica continuara dando frutos y rápidamente produjera nuevas panaceas contra otras enfermedades infecciosas. Pero la desaparición de la revista de Playter en 1892 y el fracaso del Instituto de Salud del Dominio reflejaron los desafíos que se presentaban a la hora de expandir la salud pública en Canadá. El retiro de Playter y su posterior muerte en 1909 simbolizaron el fin de una era.



[haga clic para
agrandar la imagen](#)