

 [versión imprimible de este capítulo](#)

La modernización y el crecimiento	3.1
La salud materno-infantil	3.2
Las enfermeras de salud pública	3.4
Unidades de salud de jornada completa	3.5
Los servicios para las comunidades aborígenes	3.8
Las enfermedades venéreas	3.9
Las instituciones filantrópicas	3.11
Las fallas en la supervisión: viruela y fiebre tifoidea	3.13
La Escuela de Higiene de Toronto y los Laboratorios Connaught	3.16
La poliomielitis	3.18
La Gran Depresión y el fin de la expansión	3.19



La modernización y el crecimiento

Tras la Primera Guerra Mundial, surgió un nuevo orden de salud pública representado en el ámbito internacional por el desarrollo de la Organización de Salud de la Liga de las Naciones. En Canadá, este nuevo orden estaba simbolizado por el Consejo Federal de Higiene, que se creó para desarrollar políticas y asesorar al nuevo Ministerio federal de Salud. Al principio, el Ministerio se enfocó esencialmente en la recopilación y la distribución de información, dedicando menos esfuerzo a desarrollar la capacidad de investigación de los laboratorios federales.



Miriam Elston, Archivos provinciales de Alberta, A19485

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

*De Austria a Alberta,
familia Ruthenian, 1911*

En algunos aspectos, el Consejo Federal de Higiene fue más importante para el desarrollo de la salud pública durante los años 20 que el incipiente ministerio al cual servía. Los miembros del consejo abordaron en conjunto una amplia gama de cuestiones a escala nacional que no había sido posible tratar antes. Las principales cuestiones incluían el aumento de la inmigración, la industrialización, el comienzo de una transición de una sociedad rural a una urbana y los cambios fundamentales en el rol de la mujer – a medida que las bases sociales y económicas del país seguían desarrollándose.

En la década de 1920, los funcionarios del gobierno se preocupaban por el impacto de los inmigrantes en las áreas rurales escasamente pobladas, sobre todo después

El Consejo Federal de Higiene

El Consejo Federal de Higiene era presidido por el viceministro federal de salud y constituido por los principales oficiales provinciales de sanidad y por representantes de mujeres urbanas y rurales, del sector laboral, de la agricultura y de las universidades, donde éstas últimas constituían la autoridad académica y científica en medicina, salud pública e investigación de laboratorio. Este Consejo ofreció un foro bianual para discutir, comparar y coordinar abiertamente las estrategias sobre las principales cuestiones de salud pública del momento y debió recorrer un largo camino para superar el aislamiento práctico y político de los gobiernos provinciales a la hora de afrontar los importantes desafíos de la salud pública.



Sanofi Pasteur Limited,
Comeright Campus, Archivos

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

*Consejo Federal de Salud,
1919*

de la depresión económica de 1921. Los recursos rurales de salud pública eran limitados o inexistentes y tanto las poblaciones de la pradera como las marítimas crecían rápidamente. El Ministerio de Salud desarrolló políticas para detectar enfermedades en los inmigrantes de Europa continental antes de que viajaran a Canadá. “Los indeseables... que sufren de tuberculosis, de estados mentales alterados o de una enfermedad execrable” debían ser deportados cuanto antes.¹

La salud materno-infantil

Las preocupaciones por los efectos del trabajo fabril en mujeres embarazadas y la salud de las madres con niños pequeños pusieron en primer plano la problemática de la salud materno-infantil, especialmente desde el ingreso de mujeres a la fuerza laboral durante la Primera Guerra Mundial. En 1920, el Consejo Federal de Higiene respaldó una norma básica internacional para las mujeres que trabajaban en la industria antes y después del parto, que se había desarrollado en la Conferencia Internacional del Trabajo de 1919.

“Si hacemos de Canadá una nación segura para la madre, también lo será para el bebé.”

— Dra. Helen MacMurchy, Jefa de la División de Bienestar Infantil, 1923

La **Dra. Helen MacMurchy** realizó la primera encuesta integral de mortalidad materna del país e informó 1.532 muertes entre junio de 1925 y junio de 1926, con una tasa de 6,4 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos. MacMurchy también estimó que la tasa de mortalidad materna alcanzaba un promedio de 5,5 por cada 1.000 nacimientos vivos entre 1900 y 1920; no obstante, hasta los años 30, los casos se

 [haga clic para agrandar la imagen](#)



J.D. Pagé

El Primer Jefe de Servicios Médicos y de Cuarentena para la Inmigración

El Dr. J.D. Pagé nació en St. Casimir, Quebec en 1861 y

graduó en medicina de la Universidad Laval. Ejerció la medicina durante varios años antes de entrar en el Gobierno federal como Superintendente Médico y, más tarde, como Jefe del Hospital para la Inmigración en el puerto de Quebec. Con la creación del Departamento de Salud en 1919 y la transferencia de los Servicios Médicos y de Cuarentena para la Inmigración a este departamento, el Dr. Pagé fue nombrado Jefe de estas divisiones. Debido principalmente a su iniciativa, se estableció el Servicio Médico de Inmigración en el Extranjero, permitiendo la determinación anterior al embarque del estado físico y mental de los eventuales inmigrantes.

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



infranotificaban en hasta un 25%. En comparación con la mayoría de los otros países industrializados, Canadá tenía altos índices de mortalidad infantil y materna y las tasas variaban ampliamente en todo el país. Las mujeres rurales tenían escaso o nulo acceso a la profilaxis obstétrica pre- y posnatal.²

En 1920, la Sociedad canadiense de la Cruz Roja financió un nuevo Ministerio de Bienestar Infantil de la Asociación Canadiense de Salud Pública, facultándolo a “iniciar inmediatamente un movimiento más enérgico en todas las líneas educativas en pos de reducir la mortalidad infantil en todo Canadá.³ El Consejo Federal de Higiene describió al Ministerio de Bienestar Infantil de la ACSP como el núcleo nacional de programas voluntarios de protección de la infancia que trabajaba mancomunadamente con los ministerios de salud pública a todos los niveles del gobierno. En esta época, el Ministerio federal de Salud también estableció una división de bienestar del niño y su primera actividad importante fue la publicación de prospectos y folletos sobre salud materno-infantil.

En aquel entonces, Ontario contaba con programas materno-infantiles y de bienestar social progresistas, que eran posibles gracias a las asignaciones presupuestarias considerablemente más altas para el Consejo Provincial de Salud. La cantidad de dinero asignada pasó de 50.000 dólares en 1910 a 530.000 dólares en 1920 – una suma que superaba las asignaciones de todas las otras provincias de Canadá juntas. En 1920, la Provincia contrató a ocho enfermeras de salud pública que contaron con el respaldo de otras ocho proporcionadas por la Cruz Roja de Ontario, y organizó clínicas comunitarias locales para “emprender su misión a favor del bienestar materno-infantil y del público en general bajo la supervisión de la enfermera de distrito”. Se debían hacer todos los esfuerzos necesarios para “despertar el interés general sobre la necesidad de atención prenatal y sus problemas asociados”.⁴

Eunice Henrietta Dyke

Sistema integral de servicios de salud y bienestar infantil y familiar

Eunice Henrietta Dyke nació en Toronto en 1883 e ingresó a la Escuela de Enfermería Johns Hopkins en Baltimore, Maryland en 1905. En 1911 comenzó a trabajar en el Departamento de Salud Pública de la ciudad de Toronto, en un momento en que la salud pública era extremadamente susceptible a los esfuerzos de personas entusiastas, dinámicas e innovadoras. Cumpliendo con las recomendaciones de la Sra. Dyke, los servicios de bienestar infantil se convirtieron en parte fundamental de los centros de salud infantil del Departamento y el personal de enfermería del Departamento se organizó para prestar servicio sobre la base de la familia como unidad y en forma descentralizada sobre una base distrital—un sistema que fue el primero de este tipo y que fue aclamado en el mundo entero. A la Sra. Dyke también se le atribuyó el mérito de establecer un vínculo entre servicios de salud pública y servicios comunitarios de bienestar y sociales asociados.

—Canadian Journal of Public Health [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 51, julio de 1960

A las enfermeras de salud pública se les asignó la responsabilidad primaria de la salud y el bienestar de las mujeres y los niños, mientras que las enfermeras del distrito de Ontario recibieron un “automóvil” que les permitía recorrer fácilmente su distrito a fin de explicar a las madres la importancia de la supervisión y del asesoramiento profesional.⁵ Ocasionalmente, estas enfermeras contaban con un económico exhibidor itinerante montado en un camión, que se complementaba con un pediatra y una enfermera general que explicaban y demostraban métodos científicos.

La situación de los niños y de las mujeres que vivían en áreas rurales era particularmente preocupante para el Consejo Federal de Higiene. Además de la falta de alimentos seguros y disponibles, las granjeras solían trabajar hasta la extenuación y la muerte. Alrededor de la mitad de la modesta, aunque creciente, población de Canadá (que pasó de 8,4 millones en 1920 a 10 millones en 1929) se extendía escasamente a través de grandes áreas rurales, por lo que el suministro de servicios de salud pública era un desafío. Las escuelas rurales apenas recibían inspecciones médicas y el saneamiento y la plomería de los hogares solían ser deficientes o inexistentes. Si bien las letrinas al aire libre eran una amenaza para el suministro de agua subterránea, la mayoría de los granjeros no podía permitirse instalar modernas fosas sépticas y plomería en el interior de sus hogares. Muchas comunidades rurales también se vieron excluidas de la construcción de sistemas de agua y alcantarillado más eficientes y seguros como los que se implantaron en las ciudades y los pueblos durante esta década.

Las enfermeras de salud pública

En 1920, el Consejo Federal de Higiene expresó su consternación sobre “la revelación del hecho de que hay una escasez deplorable de enfermeras en todas las provincias de Canadá”.⁶ En la Primera Guerra Mundial se produjo una demanda creciente de enfermeras, que continuó hasta entrados los años 20.

“La etapa excepcional de la enfermería de cabecera, que remite más que ninguna otra a las Enfermeras de la Orden de Victoria, es la del servicio de maternidad. En el año 1929, unos 64.356 pacientes estaban bajo el cuidado de la Orden. De este total, 14.218 eran casos obstétricos, esto es, bastante más del veinte por ciento del número total. Así pues, la Orden proporciona servicios de enfermería en aproximadamente un seis por ciento de los nacimientos que tienen lugar en Canadá.”

— Consejo Federal de Higiene, 1931

Manitoba creó el primer servicio provincial de enfermería de salud pública con cinco enfermeras en 1916 y, hacia 1922, tenía 53 en toda la provincia. Colombia Británica designó a su primera enfermera de salud pública en 1917, seguida de Alberta en 1918 y Saskatchewan en 1919. Las provincias occidentales se abocaron a construir puestos de salud infantil en las principales ciudades y municipalidades rurales y a impartir clases de enfermería a domicilio.⁷

La Universidad Dalhousie de Halifax ofreció el primer curso importante de enfermería de salud pública en febrero de 1920 y le siguieron poco después la Universidad de Toronto, la Universidad McGill, la Universidad de Western Ontario, la Universidad de Colombia Británica y la Universidad de Alberta. La enfermería de salud pública de la Universidad de Colombia Británica era un complemento del programa de bachillerato en enfermería, que se había creado en 1919 y había sido el primer programa de grado en enfermería del Imperio Británico.

Las universidades necesitaban ayuda financiera para desarrollar cursos de enfermería de salud pública y para atraer y apoyar a los estudiantes. En 1920, la División de Ontario de la Sociedad canadiense de la Cruz Roja proporcionó un financiamiento íntegro para el establecimiento de un Departamento de Instrucción en Enfermería de Salud Pública en la Universidad de Toronto, vinculado a la Facultad de Medicina y a la Cruz Roja de Ontario, que ofrecía 10 becas de un año a graduados de escuelas reconocidas de enfermería.⁸

Unidades de salud de jornada completa

La primera unidad de salud de jornada completa a nivel de condado en Canadá se creó en 1921 en Saanich, Colombia Británica, aunque muchas áreas urbanas contaban con departamentos de salud de jornada completa integrados por oficiales de sanidad



Hibbert Winslow Hill

Trabajos Pioneros, Autoría y Enseñanza en Bacteriología

El Dr. Hibbert Winslow Hill nació en Saint John, Nuevo Brunswick en 1871 y fue el primer bacteriólogo a trabajar

a tiempo completo en Canadá y fue uno de los epidemiólogos pioneros de los Estados Unidos. Escribió *New Public Health, Sanitation for Public Health Nurses [La Nueva Salud Pública, Sanidad para Enfermeras de Salud Pública]*, y *The New Hygiene [La Higiene Nueva]*, todo lo cual da expresión a su evaluación apasionada y crítica de los métodos existentes de la salud pública. Durante su residencia en Boston de 1898 a 1905, sirvió como Director del Laboratorio de la Junta de Salud de Boston y enseñó bacteriología en la Escuela Médica de Harvard. En 1912 fue Director del recién establecido Instituto de Salud Pública de la Universidad de Western Ontario, London, y en 1925, aceptó el nombramiento como Director de los Laboratorios del Hospital General de Vancouver y Profesor of Bacteriología y Enfermería y Salud en la Universidad de Columbia Británica.

—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 26, 1935

altamente calificados. En los años 20, las pequeñas ciudades y las áreas rurales todavía dependían de oficiales de sanidad de media jornada y de infraestructuras limitadas, y el oficial de sanidad rural por lo general era un médico privado con escasa disponibilidad. Muchos carecían del tiempo, del interés o de las calificaciones profesionales para ocupar idóneamente el cargo de oficiales públicos de sanidad, pero la mayor dificultad estaba en la inexistencia, en áreas rurales y comunidades pequeñas, de un financiamiento suficiente derivado de la base tributaria local que permitiera sustentar una organización de salud pública de jornada completa.⁹

En 1923, el oficial principal de sanidad de la provincia de Ontario, **John McCullough**, inició una campaña para fomentar la salud pública, que comenzó con el establecimiento de departamentos de salud competentes y eficazmente organizados, supervisados por un oficial de sanidad de jornada completa. En 1924, McCullough enfocó sus esfuerzos en la promoción del concepto de unidades de salud de jornada completa a nivel de distrito o condado, que él consideraba “la mayor necesidad de salud pública en Canadá” y presionó en este sentido cada vez que pudo, al punto de disculparse ante el Consejo Federal de Higiene por “insistir con tanto ahínco durante los últimos 10 años”. Fueron vitales los aportes financieros sustanciales proporcionados por la Fundación Rockefeller, ya que el financiamiento federal para la campaña de McCullough nunca se materializó.¹⁰

Quebec fue la segunda provincia en crear una unidad de salud de jornada completa a nivel de condado en 1926, y las estructuras más pobladas y desarrolladas facilitaron el establecimiento de unidades condales de salud, llegando a 23 unidades establecidas hacia fines de 1930. Quebec había creado un consejo de higiene en 1887, pero había invertido muy poco en este organismo y, aunque la provincia ya tuviera 876 municipalidades hacia 1891, éstas no comenzaron a proporcionar servicios de salud pública sino hasta los años 20. A partir de entonces, los servicios de salud pública fueron brindados por los condados

y administrados y dirigidos centralmente por el gobierno provincial. Athanase David, quien fue designado secretario provincial y registrador en 1919, creó una división de asistencia pública en 1921 y una división de higiene provincial en 1922. David nombró al **Dr. Alphonse Lessard** a la cabeza de ambas y los dos básicamente dirigieron un ministerio provincial de salud bajo los auspicios del *Secrétariat* de la provincia.



Archivos provinciales de Alberta, A11813

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

*Sobre la seguridad
en el trabajo, 1924*

La división de asistencia pública de Quebec era responsable de administrar las subvenciones provinciales para hospitales y establecimientos filantrópicos, las que incluían el cuidado del indigente. El *Service provincial d'hygiène* sustituyó al *Conseil d'hygiène* y la división cuadruplicó los gastos de salud pública entre 1922-23 y 1935-36, concentrándose en enfermedades venéreas, tuberculosis y enfermedades pediátricas. A medida que las unidades de salud se extendían a través de la provincia, administradas a nivel de condado, la provincia también comenzó a construir sanatorios para la tuberculosis en 1924, una iniciativa que hasta entonces había estado en manos del sector privado.¹¹

Saskatchewan, cuyas condiciones eran casi totalmente rurales, adoptó un enfoque diferente proporcionando clínicas de consulta gratuita. Tal como afirmó el viceministro de salud **Maurice Seymour** en la reunión del Consejo Federal de Higiene de junio de 1928, “la provincia de Saskatchewan abarca un área muy grande y es muy difícil para muchísimas personas obtener la atención médica necesaria y también es muy difícil para muchos pagar por dicha atención después de recibirla”. Saskatchewan, Manitoba y Alberta enmendaron la legislación provincial de salud, permitiendo a los consejos municipales de un condado aunarse para solicitar financiamiento provincial en conjunto.¹²

H.E. Young

Liderazgo Eficaz en la Salud Pública en Columbia Británica, Canadá y los Estados Unidos

Como Decano de los Médicos Higienistas canadienses, el Dr. H.E. Young entró en la Legislatura de la Columbia Británica en 1906 y fue nombrado Ministro de Educación y Secretario Provincial. La Junta de Salud Provincial, en rápido desarrollo, llamó la atención del Dr. Young y en 1916 fue nombrado Secretario de la Junta de Salud y Registrador-General del Estado Civil. A causa de su vivo interés en la educación, la Columbia Británica fue la primera provincia a ofrecer un sistema de inspección médica en las escuelas. El Dr. Young organizó la primera unidad de salud de condado en Canadá en Saanich en 1921 y dirigió el primer servicio de enfermería de salud pública en Canadá. Se dice que la Victorian Order of Nurses, el Canadian Welfare Council, la Health League of Canada, el Canadian National Committee for Mental Hygiene tienen una gran deuda con él por su interés y apoyo.

—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 29, 1938



[haga clic para agrandar la imagen](#)

Niños en una escuela con régimen de internado, 1924-25

Los servicios para las comunidades aborígenes

Las comunidades aborígenes también contaban con servicios de salud pública muy limitados. Al igual que hoy, el gobierno federal era responsable de la promoción y la protección de la salud de los pueblos autóctonos de Canadá, pero eran pocos los servicios que se brindaban en ese momento. El Servicio de Salud de los Indígenas no comenzó a desarrollarse sino hasta 1927, cuando el Dr. E.L. Stone sucedió al **Dr. Peter Bryce** como Superintendente Médico

General. Bryce había sido un declarado crítico de la incapacidad del gobierno federal para proporcionar servicios de atención de la salud a las Primeras Naciones y su férrea postura puso fin a su carrera en el servicio público federal. A mediados de la década de 1920, se difundieron públicamente tasas notablemente altas de tuberculosis en las comunidades aborígenes, cuando la Asociación Pulmonar de Canadá emprendió un estudio de dos años en las franjas costera e interior de Colombia Británica en nombre del Ministerio de Asuntos Indígenas.¹³

El primer esfuerzo federal significativo para proveer servicios de salud a las poblaciones aborígenes del norte comenzó en 1922 con la designación del Dr. L.D. Livingston como Oficial Médico para los Territorios del Noroeste y la filial del Yukón del Ministerio del Interior. Los misioneros católicos y anglicanos administraban pequeños hospitales del norte, y a menudo duplicaban sus esfuerzos en la misma área, algo que molestaba notablemente a Livingston. Livingston también se oponía a la construcción de hospitales destinados a atender a la población aborígen del norte, que era muy escasa y nómada. En lugar de ello, estableció una “central de salud” en Pangnirtung en 1928, incorporando a la misma un

Alphonse Lessard

Desarrolló y demostró el valor de los Servicios de Salud a Tiempo Completo en Quebec

El Dr. Alphonse Lessard fue estrechamente asociado con el desarrollo del movimiento a favor de los servicios de salud a tiempo completo en Quebec. Al asumir la dirección de la Oficina Provincial de Salud en 1922, dio sería consideración a la mejora de la administración de salud. Al jubilarse en 1937, el Dr. Lessard vio el fruto de gran parte de sus esfuerzos en la provisión de clínicas móviles de diagnóstico de tuberculosis, plazas ampliadas de sanatorios, un programa eficaz de clínicas para enfermedades venéreas y tasas de mortalidad muy reducidas por fiebre tifoidea y difteria. Esta demostración del valor de servicios de salud a tiempo completo suministrado por personal cualificado ha significado mucho en el desarrollo de la salud pública en Canadá.

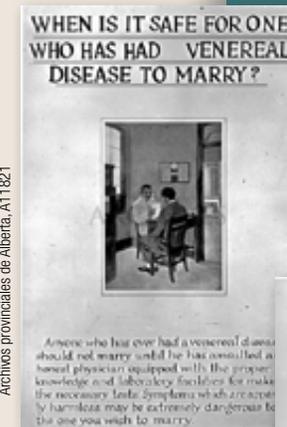
—Canadian Public Health Journal
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 29, 1938

pequeño hospital anglicano. También estableció una segunda central en Chesterfield Inlet en 1930 como base administrativa para los oficiales de sanidad bajo su mando y para servicios ambulatorios y algunos de internación.¹⁴

Las enfermedades venéreas

Detener la propagación de las enfermedades venéreas se convirtió en una preocupación nacional después de la Primera Guerra Mundial. El impacto mortal de la gripe española y de la tuberculosis entre la población aborígena contribuyó a un esfuerzo de posguerra para impedir que las enfermedades venéreas se propagaran a las poblaciones aborígenes del Ártico. Aunque la sífilis se había extendido a través del contacto con los primeros exploradores europeos del norte, el viceministro de salud Amyot remarcaba que “la protección ha de consistir en no permitir que haya nadie allí, salvo aquellos que estén libres de enfermedades venéreas”.¹⁵

La prevención y el control de las enfermedades venéreas se vieron impulsados por el concepto de higiene social, que hacía énfasis en la necesidad de una actividad sexual marital “normal” en contraposición a las relaciones sexuales extramatrimoniales “anormales”, que eran consideradas la raíz de estas enfermedades. La campaña de Canadá contra las enfermedades venéreas fue el primer programa de salud compartido a escala federal y provincial. El gobierno federal proporcionaba 200.000 dólares anuales y, hacia 1922, 52 clínicas para enfermedades venéreas se repartían en las provincias, a excepción de la Isla del Príncipe Eduardo, para ofrecer un tratamiento gratuito y obligatorio. Se exigía a los médicos que notificaran los casos confirmados, pero el descuido o la ignorancia de las reglamentaciones provinciales en materia de notificación limitaron esta práctica.¹⁶



[haga clic para
agrandar la
imagen](#)



[haga clic para
agrandar la
imagen](#)



[haga clic para
agrandar la
imagen](#)

El Consejo Nacional Canadiense de Lucha contra las Enfermedades Venéreas (renombrado Consejo Canadiense de Higiene Social en 1922 y luego Liga canadiense de salud) era un organismo voluntario responsable en gran medida de implementar la campaña contra las enfermedades venéreas en la mayoría de las provincias y ciudades principales. Las conferencias, que contaban con el patrocinio de las filiales locales del Consejo, presentaban a oficiales de salud pública y oradores renombrados. Una popular exhibición sobre enfermedades venéreas, exclusiva para hombres, se realizó en la Exposición Central de Canadá (*Central Canada Exhibition*), organizada en Ottawa en 1923, y constaba de modelos de cera de tamaño natural procedentes de Francia, “réplicas de la naturaleza hechas de cera y pintadas por artistas para representar lesiones cutáneas de sífilis y gonorrea”. Una exhibición similar para mujeres se realizó luego en un lugar menos visible en el centro de Ottawa.¹⁷

En los años 20, el Consejo exigió la educación sexual y moral de los niños, así como en clubes sociales y de atletismo, además del control del alcohol, la custodia de los “retrasados mentales” y la supervisión de los salones de baile y otros lugares públicos. Detener la propagación de las enfermedades venéreas exigía una nueva actitud hacia la sexualidad masculina, y se reconocía que “la indulgencia sexual no es esencial para la buena salud, y que las enfermedades venéreas que se originan en la prostitución son una gran amenaza para el individuo, la comunidad y la nación”. El presidente del Consejo de Enfermedades Venéreas y editor de *Public Health Journal* **Gordon Bates** pidió a los lectores “que colaboren en la cruzada contra los basureros literarios y traficantes de escándalo cuyas publicaciones contaminan la atmósfera de nuestros quioscos de periódicos y las mentes de nuestros jóvenes.”¹⁸

Los poderes de policía

Sigue dándose de vez en cuando un desacierto poco feliz en la práctica de la salud pública: el ejercicio de los “poderes de policía”. Hoy en día es muy poco frecuente, por ejemplo, cuando una persona sexualmente promiscua transmite a sabiendas el virus del VIH y es detenida, inculpada y encarcelada. Nadie se opone seriamente a esto, excepto el individuo VIH positivo y unos pocos libertarios civiles. Pero a principios del siglo XX, los poderes de policía de los servicios locales de salud pública se usaron de un modo tan abusivo que empañaron gravemente la imagen de la salud pública. Hoy lo consideraríamos un grave abuso de poder. Por ejemplo, los oficiales de salud pública tenían autorización (similar a una orden policial de allanamiento) para entrar en casas particulares y sustraer a los niños que eran, o se creía que eran, puntos de contacto de enfermedades contagiosas como la difteria y la fiebre tifoidea. Fue así como la imagen de la salud pública se tiñó de un autoritarismo de mano dura que en algunas comunidades memoriosas recién ahora se empieza a diluir.

—John Last

El diagnóstico de las enfermedades venéreas era un desafío para los laboratorios de salud pública, y el tratamiento obligatorio y la privación de la libertad individual requerían un nivel de precisión que algunos creían que aún no era posible. La comunidad legal se inquietaba por “el poder tremendo” que se otorgaba a los oficiales de sanidad. En un artículo del *Public Health Journal* de 1922, el procurador adjunto de la Corona J.W. McFadden de Toronto expresaba que “lo que se pretendía tratar como una enfermedad se trata como un delito... El pueblo británico no llegó tan lejos. Todo lo que ellos hicieron fue establecer clínicas y permitir el libre tratamiento.¹⁹

Las instituciones filantrópicas

Además de la campaña contra las enfermedades venéreas, los organismos voluntarios de salud y las instituciones filantrópicas internacionales ayudaron a financiar la capacitación de enfermeras de salud pública, fortalecieron las infraestructuras de las universidades y facilitaron la creación de unidades de salud de jornada completa en el ámbito de condado. La Sociedad canadiense de la Cruz Roja fue de vital importancia en el suministro de capacitación y servicios de salud pública en la costa este. En la Isla del Príncipe Eduardo, donde no había comités ni departamentos de salud provinciales, la Sociedad canadiense de la Cruz Roja asumió la responsabilidad de suministrar todos los servicios de salud pública, conducidos mayormente por enfermeras de salud pública. *Metropolitan Life* y otras compañías de seguros de vida patrocinaron numerosas iniciativas y estudios locales, mientras que la Fundación Rockefeller apoyó la educación sobre salud pública en Canadá y en todo el mundo.

Mientras tanto, la Asociación Canadiense de Salud Pública luchaba por consolidar sus finanzas y encontrar un foco nacional a medida que surgían organismos voluntarios competidores con intereses específicos en salud pública. El presidente de la ACSP y Ministro de Salud de Nuevo Brunswick, W.F. Roberts, minimizó las dudas sobre la capacidad del

sector de la salud pública de apoyar adecuadamente a la ASCP, acentuando la necesidad de lograr una eficacia organizativa. Para lograr una mejor cooperación con otros organismos voluntarios, se formó un Consejo Consultivo que incluía a representantes de la Sociedad canadiense de la Cruz Roja, las Enfermeras de la Orden de Victoria de Canadá, la Asociación Médica Canadiense, el Consejo

La Sociedad canadiense de la Cruz Roja

En Canadá, el movimiento de la Cruz Roja fue fundado por George Sterling Ryerson, quien organizó una rama canadiense (Toronto) de la Sociedad de la Cruz Roja británica en 1896. El gobierno federal aprobó la *Canadian Red Cross Society Act* (Ley de la Sociedad de la Cruz Roja canadiense) en 1909, haciendo a la Sociedad responsable de proporcionar ayuda voluntaria en la nación. Durante la Primera Guerra Mundial, la Sociedad canadiense de la Cruz Roja recaudó 35 millones de dólares para brindar socorro en el extranjero y estableció hospitales periféricos en regiones aisladas de Canadá después de la guerra. Durante la Segunda Guerra Mundial, la Sociedad canadiense de la Cruz Roja aportó servicios voluntarios y 80 millones de dólares en bienes y dinero.^a

Nacional Canadiense de Lucha contra las Enfermedades Venéreas, el Consejo Canadiense de Higiene Social, la Asociación Pulmonar de Canadá, la Orden Imperial de las Hijas del Imperio y los Institutos de Mujeres (*Women's Institutes*).

A pesar de la resolución que establecía que la ACSP debía contratar a un Secretario Ejecutivo de jornada completa para administrar el Consejo Consultivo y crear asociaciones afiliadas de salud pública a nivel provincial o de distrito, la Asociación no pudo implementar esto y ni siquiera logró celebrar su reunión anual en 1924. En su reunión anual de 1925 en Montreal, la ACSP lanzó una iniciativa renovada para desarrollar “propuestas alternativas para el futuro de la Asociación” y el *Journal of Public Health*. Las autoridades de la ACSP evaluaron la posibilidad de formar parte de la *American Public Health Association*, pero en la reunión anual de 1928 en Winnipeg, los miembros renovaron su



Arthur Dicaire

Pionero en inspección sanitaria e higiene

El Sr. Arthur Dicaire de Lachine, Quebec se convirtió en la primera persona a quien se le confirió el Certificado de Inspector Sanitario (Canadá). En octubre de 1935, recibió el Certificado N° 1. Nació en 1886 y en 1914, comenzó su carrera en salud pública en el Departamento de Higiene de Lachine, obteniendo calificaciones oficiales en pruebas de inspección de la leche y plomería. Fue socio de St. John's Ambulance por 24 años y el establecimiento médico de Montreal, ciudad de Quebec y Lachine entregaron excelentes referencias sobre él.

—Tim Roark, historiador, Instituto canadiense de inspectores de salud pública

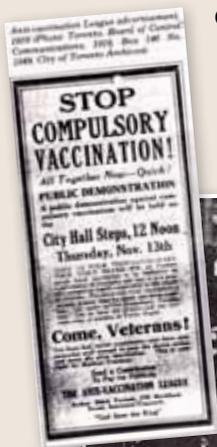
compromiso de continuar con la asociación, “convertirla en una sociedad profesional eficaz” y realizar diversos estudios de salud pública. La ACSP asumió plenamente la propiedad de la publicación, su Comité Ejecutivo fue responsable de la dirección comercial y **Robert D. Defries** estuvo a cargo de la edición, con un nuevo enfoque profesional en el contenido científico y en la exactitud. En enero de 1929, la revista pasó a llamarse *Canadian Public Health Journal*.²⁰

Las fallas en la supervisión: viruela y fiebre tifoidea

Los brotes persistentes de fiebre tifoidea y viruela pusieron al descubierto fallas inaceptables en la supervisión de la salud pública y revelaron un descuido existente desde hacía mucho tiempo de parte de algunas administraciones municipales. Los sentimientos antivacunación entre algunos miembros de la población y del sector de la salud solían reavivarse cada vez que los médicos almacenaban o administraban las vacunas en forma incorrecta. Cuando en 1920 se produjo un brote de viruela

en el área de Toronto que causó 33 muertes, las autoridades de la ciudad vacilaron sobre la conveniencia de la vacunación obligatoria.

Como resultado, Estados Unidos exigió una prueba de vacunación reciente contra la viruela para poder cruzar la frontera y se impusieron restricciones de cuarentena similares a toda persona proveniente de Toronto que entrara a Manitoba y a Quebec.



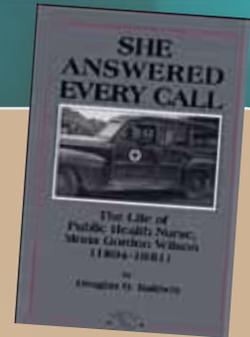
Historia de Ontario (Diciembre de 1920)

 [haga clic para agrandar la imagen](#)

extremo izquierdo: “¡Alto a la vacunación obligatoria!”; izquierdo: *L* Sentimientos antivacunación

Mona Gordon Wilson

Enfermera Dedicada y Pionera de la Salud en la Isla del Príncipe Eduardo



Después de seguir su formación de enfermera, Mona Gordon Wilson se presentó voluntaria para servicio en la Primera Guerra Mundial en Francia, Siberia, Montenegro y Albania. Luego, puso rumbo a la provincia más pequeña del Canadá donde llegó a ser la fuerza motriz detrás del desarrollo del programa de salud pública. Cuando se formó el Departamento de Salud Pública en la Isla del Príncipe Eduardo, la señora Wilson fue la Enfermera-Jefe de la Cruz Roja. Organizó al Cruz Roja Infantil como una ayuda dentro de la escuela para desarrollar mejor salud y desarrolló un proyecto para el cuidado de niños con discapacidad. La señora Wilson inauguró clínicas para inmunización y la vacuna de viruela, desarrolló el programa de salud en la escuela, educación sobre salud, e hizo las gestiones para que los primeros higienistas dentales recibieran formación. En 1940, se concedió un permiso a la señora Wilson cuando la Cruz Roja Canadiense se le pidió ser su Comisionada en Terranova.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 51,
julio de 1960

A pesar de la presión, el oficial principal de sanidad de Ontario, Dr. John McCullough, evitó entrar en debate con los detractores de la vacunación, confiando en la capacidad de la población “de juzgar sensatamente al respecto”. La epidemia de Toronto se atenuó luego de realizarse 200.000 vacunaciones voluntarias, aunque en 1923-24, un brote más grave de viruela en Windsor, Ontario, provocó una tasa de mortalidad entre los no vacunados que alcanzó el 71% de los casos notificados. Ninguna persona que había recibido vacunación en los 12 años previos contrajo la enfermedad y ningún individuo vacunado murió en Windsor. Cuando terminó la emergencia, los oficiales locales de salud concluyeron que “se ha demostrado como nunca antes el valor de la vacunación como medio de prevención”.²¹

La gran epidemia de fiebre tifoidea en Cochrane, Ontario, en marzo de 1923, y la de Montreal cuatro años más tarde, son ejemplos de fallas en la supervisión de la salud pública. En Cochrane, las aguas residuales contaminadas por el microorganismo de la fiebre tifoidea accedieron al suministro de agua, causando más de 800 casos y 50 muertes en una población de 3.400 personas. El Consejo Provincial de Salud envió ingenieros y enfermeras generales y de salud pública, además de 20.000 dólares para ayudar a la ciudad. La epidemia de fiebre tifoidea de Montreal se debió a la contaminación de la leche y dejó más de 5.000 afectados y 533 muertos. Las autoridades de salud pública se vieron perplejas ante la posibilidad de que “tal situación hubiera tenido lugar en una ciudad civilizada moderna”, y revivieron sus preocupaciones crónicas sobre la capacidad de la ciudad para proteger la salud pública.²²

Los funcionarios de la ciudad eran el blanco principal de las críticas por no haber cumplido con un reglamento municipal de pasteurización de la leche. A la hora de evaluar la epidemia, el comisario de salud de la ciudad de Nueva York elogió calurosamente los esfuerzos del oficial de sanidad de Montreal para combatir la enfermedad, añadiendo que

Seraphim Boucher

Logró avances y desarrolló la salud pública en Montreal

Cuando el Dr. Seraphim Boucher ingresó por primera vez al Departamento de Salud de Montreal, el presupuesto era pequeño, el personal inadecuado, y las actividades se limitaban casi únicamente a servicios sanitarios. Cuando jubiló como Director en 1938, la ciudad contaba con un Departamento altamente eficiente, con actividades en todas las áreas de salud pública. El índice de mortalidad en general en Montreal había disminuido a 10,2 por cada 1.000 personas en 1936, de 21,5 en 1913. Cuando asumió el cargo, el índice de mortalidad infantil era de 215 por cada 1.000 y al momento de jubilar, este último había bajado a 84. Estos resultados son un testimonio de sus logros. El Dr. Boucher fue uno de los fundadores de la Sociedad Médica de Montreal y más tarde, cumplió funciones como Director de Registro del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Provincia de Quebec. En 1901, estableció la primera clínica de salud infantil en Montreal y fue miembro de numerosas comisiones canadienses e internacionales.

— Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 29, 1938

el **Dr. Seraphim Boucher** había sido perjudicado por el escaso poder concedido a los oficiales de salud y los salarios insuficientes para contratar y retener a trabajadores de salud pública calificados. La gravedad, la escala y el impacto económico de la fiebre tifoidea de 1927 en Montreal impulsaron a la Liga Antituberculosis y de Salud General de la ciudad a invitar a un “grupo imparcial de expertos en salud pública” y a hombres profesionales y de negocios no afiliados, a emprender una investigación cuidadosa sobre las necesidades de Montreal en materia de salud.²³

El informe pionero *Montreal Health Survey Report 1929* reflejó un entendimiento sofisticado y temprano de la importancia de usar la estadística y de ubicar la salud pública dentro de su contexto social. Esta encuesta comparó la mortalidad y los gastos municipales de salud de Montreal con los de 12 ciudades estadounidenses, y Montreal claramente se ubicaba en el último lugar. Su gasto de salud *per capita* era de 0,39 dólares, en comparación con Pittsburgh, el más alto con 1,18 dólares, y Filadelfia, la peor ciudad estadounidense, con 0,50 dólares. El informe exigió una reorganización del Ministerio de Salud y un presupuesto de hasta 0,91 dólares *per capita* para garantizar adecuadamente la salud escolar, además de servicios de laboratorio y de control de enfermedades de declaración obligatoria, un cumplimiento estricto de los reglamentos para la leche y otros alimentos y una mejor cooperación con los organismos voluntarios de salud. Las recomendaciones contaron con el respaldo unánime del Consejo Municipal de Montreal y la mayoría de ellas se implementó con una demora mínima. Algunas reformas, como la contratación de más inspectores de sanidad, enfermeras de salud públicas y un bacteriólogo, ya se habían hecho antes de realizarse la encuesta. Un editorial del *Canadian Public Health Journal* describió la fuerte adhesión de la ciudad al informe de la encuesta como “un acontecimiento de importancia”, advirtiendo a la vez que “todavía queda mucho por hacer”.²⁴



Joseph Albert Baudouin

Logró avances en salud pública en Montreal y estableció centros de investigación sobre vacunas

El Dr. Joseph Albert Baudouin fue nombrado Médico Jefe de Salud de la ciudad de Lachine en 1909. En 1927, se convirtió en Presidente de la Sociedad Médica de Montreal y trabajó para reducir la tasa de mortalidad infantil en Quebec vinculando el servicio de salud pública con grupos locales del distrito. Además, fundó una escuela de capacitación para enfermeras de salud pública, la cual fue integrada posteriormente a la Escuela de Higiene de la Universidad de Montreal. Bajo la dirección del Dr. Baudouin, Montreal estableció diversos centros para llevar a cabo investigación experimental en métodos de inmunización, especialmente para la prevención de la tuberculosis y la difteria, lo cual motivó a que lo invitaran a representar a Canadá en un congreso internacional sobre BCG en 1950.

— Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 50, 1959

Los brotes de fiebre tifoidea y de otras enfermedades entéricas expusieron debilidades en los controles sanitarios de los suministros de leche. Estos brotes y la amenaza permanente de la tuberculosis transmitida por la leche avivaron los debates entre los defensores de la leche cruda y los que exigían una pasterización obligatoria. Los líderes en salud pública colocaron a los defensores de la leche cruda en la misma categoría que los opositores a la vacunación, la asistencia escolar obligatoria y las leyes del trabajo infantil. Como menciona un editorial del *Canadian Public Health Journal*, “Algunas de estas personas indudablemente actúan por motivos puramente egoístas, otras están desinformadas, pero, en general, esta oposición parecería fundamentarse en la aversión inherente del anglosajón a todas las medidas diseñadas para limitar el derecho a la elección personal”.²⁵

La Escuela de Higiene de Toronto y los Laboratorios Connaught

Se ha documentado con lujo de detalles la dramática historia del descubrimiento de la insulina por Frederick Banting y Charles Best en la Universidad de Toronto en 1921. Las noticias de los primeros pacientes diabéticos que habían recibido con éxito el extracto pancreático se propagaron rápidamente alrededor del mundo en enero de 1922 y atrajeron una atención sin precedentes hacia Canadá y hacia la Universidad de Toronto. **John FitzGerald**, Director de los Laboratorios de Antitoxinas de Connaught, ofreció a Banting y a Best la ayuda de su laboratorio para manejar la expansión en los métodos de producción y las pruebas clínicas.

La insulina tuvo un impacto enorme en la infraestructura de salud pública e investigación médica de Canadá, que comenzó con el establecimiento de la *Banting Research Foundation* en 1924 y de la Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto en 1927, dedicada a la investigación, la enseñanza y los servicios médicos públicos. Gracias a la ayuda financiera de la Fundación Rockefeller, la Escuela de Higiene desempeñó un rol crucial a la hora de satisfacer la demanda creciente de un personal de salud pública calificado. Hacia el fin de



[haga clic para
agrandar la imagen](#)

*Instalaciones de los
laboratorios Connaught
de Antitóxicos,
Universidad de Toronto*

esta era, otras universidades canadienses también comenzaron a ofrecer programas de posgrado en salud pública.

En 1924, J.G. FitzGerald, de Connaught, se reunió con el Dr. Gaston Ramon en el Instituto Pasteur de París, quien le enseñó cómo tratar la toxina diftérica con calor y formalina para volverla inocua y provocar aun una respuesta inmune. FitzGerald envió un telegrama de París a Toronto y encomendó al **Dr. Peter J. Moloney**, científico de Connaught, el desarrollo y la evaluación del toxoiide diftérico, lo que dio inicio a los programas modernos de inmunización. Entre 1925 y 1927, Connaught y los gobiernos provinciales comenzaron a realizar estudios de campo usando el toxoiide en escolares de Ontario y Saskatchewan. En un plazo sorprendentemente corto, Canadá se convirtió en el líder mundial en la producción y la evaluación del toxoiide diftérico y proporcionó la primera demostración estadística del valor de una vacuna no viva en la prevención de una enfermedad específica. El toxoiide demostró ser seguro y eficaz, y permitió que la incidencia de la difteria disminuyera drásticamente en Canadá y en otras partes del mundo.

Se emprendió en todo el país una inmunización contra la difteria acompañada de elaboradas campañas publicitarias, y la reacción popular a la inmunización en general fue muy positiva, sobre todo en comparación con la oposición a la vacunación contra la viruela. En mayo de 1926, Maurice Seymour, viceministro de salud de Saskatchewan, lanzó una iniciativa para aumentar las tasas de inmunización contra ciertas enfermedades con campañas de educación e inmunización bien coordinadas y enfocadas: contra la difteria en septiembre y octubre, contra la viruela en noviembre y diciembre, y contra la fiebre tifoidea en enero y febrero.²⁶

Neil E. McKinnon

Estableció la eficacia del toxoiide de difteria

El Dr. Neil E. McKinnon fue nombrado en 1925 al personal del Departamento de Epidemiología y Biometría y como un investigador asociado en Connaught Laboratories. Con la Dra. Mary Ross, llevó adelante estudios de la eficacia del toxoiide de difteria, utilizando principalmente los archivos de inmunización de 36.000 niños en Toronto y estableció inequívocamente la eficacia del toxoiide de difteria en prevenir la difteria. En 1944, se nombró Profesor de Epidemiología y Biométrica y Jefe del Departamento y Miembro Investigador de Connaught Laboratories. Realizó muchas encuestas y estudios incluyendo las tendencias de mortalidad en Canadá por causas importantes, y sus conclusiones acerca de la mortalidad con cáncer atrae atención internacional.

—Canadian Journal of Public Health [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 53, junio de 1962

La poliomielitis

En contraposición al control exitoso de la difteria, la incidencia de la poliomielitis (a menudo abreviada “polio”) aumentó radicalmente, primero en Colombia Británica y en Alberta en 1927, en Manitoba en 1928, en Ontario en 1929 y en Quebec en 1930. La polio todavía se llamaba masivamente “parálisis infantil”, aunque la nueva y extraña enfermedad no afectaba sólo a los niños. Un artículo de una revista titulado “*Death Walks in Summer*” (“Paseos mortales en verano”) instaban a los padres a “sospechar de todo” ya que nadie podía predecir qué caso resultaría leve y cuál otro “invalidaría de por vida”.²⁷

En este momento, la única arma contra la polio era un suero humano “convaleciente” preparado con sangre obtenida de víctimas de polio. El suero se suministraba en forma gratuita en la mayoría de las provincias para prevenir los efectos paralizantes de la polio, aunque su acción no era del todo clara. El Ministerio de Salud Pública de Alberta no hizo un uso sistemático del suero en 1927, alegando que “la población, a pesar de los grandes esfuerzos educativos del Ministerio, no comprendía el significado de los síntomas tempranos”, y por lo general llamaba al médico una vez que la parálisis había aparecido. Alberta instituyó el cierre de escuelas, cuarentenas y restricciones para las reuniones públicas y los viajes de los niños.²⁸

Manitoba respondió con una educación pública que hacía énfasis en el uso temprano del suero convaleciente, lo que reflejaba su mayor conocimiento de las investigaciones que indicaban que el aislamiento y los cierres de escuelas eran medidas “de dudosa eficacia”.²⁹ Manitoba convocó a los periódicos y a las radios en un esfuerzo por impedir que cundiera el pánico en la población. “Nada se ocultó, no se minimizó la gravedad de la situación, pero tampoco se imprimieron historias atemorizantes ni declaraciones exageradas.”³⁰ Ontario adoptó un enfoque similar al de Manitoba a medida que la polio continuaba extendiéndose de oeste a este.

Archivos provinciales de Alberta, A11764



[haga clic para
agrandar la imagen](#)

*Ejercicios musculares,
1928*

Tras una evaluación de 131 pacientes, el gobierno de Alberta fue el primero en abordar el impacto físico y económico de la polio a más largo plazo, valiéndose de tratamientos hospitalarios y poshospitalarios especializados destinados a niños afectados. En 1928 se construyó, cerca del Hospital de la Universidad de Alberta (Edmonton), un hospital especial de 60 camas destinado a tratar la parálisis infantil, el cual se dotó de especialistas en ortopedia. Este hospital proporcionaba tratamientos especializados a precio de costo para todos los casos provinciales y brindaba ayuda financiera en caso de que fuera necesaria.

La Gran Depresión y el fin de la expansión

La caída de la bolsa de Nueva York de 1929 dificultaría en la década siguiente el suministro de servicios de salud pública y de atención intensiva, y la disparidad entre la urbe y el campo en cuanto al nivel de los servicios provistos se profundizaría en los años 30. La industrialización y la modernización también se lentificarían en esta década, al igual que la expansión de los servicios y la infraestructura de salud pública.