

Esto es salud pública: una historia canadiense

Por Christopher Ruddy y Sue C. Sullivan



CPHA100

CELEBRATING A CENTURY
OF PUBLIC HEALTH LEADERSHIP

Índice

Prólogo e introducciones iv

Mensaje del Comité Ejecutivo iv

Prólogo v

Introducciones de los autores vi

Agradecimientos ix

Introducción x

Los comienzos: cuarentena y saneamiento xi

El cólera se extiende a las colonias xii

La consolidación de las infraestructuras xiii

CAPÍTULO 1 : 1867–1909

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 1.4

La expansión de la salud pública municipal 1.6

Ontario toma la delantera 1.7

El ímpetu federal por el progreso 1.9

La epidemia de viruela de Montreal de 1885 1.11

La bacteriología y los laboratorios de salud pública 1.13

Impulsando el progreso 1.15

CAPÍTULO 2 : 1910–1919

La transformación y la Primera Guerra Mundial 2.1

Parálisis infantil: la nueva epidemia 2.3

La Asociación Canadiense de Salud Pública 2.5

La fiebre tifoidea 2.7

Las inspecciones en las escuelas 2.9

El crecimiento de la educación en salud pública 2.10

Las enfermedades venéreas y la higiene social 2.12

Las estructuras provinciales 2.13

Desafíos constantes 2.15

Las enfermedades venéreas 2.16

La gripe “española” 2.19

La coordinación nacional 2.20

CAPÍTULO 3 : 1920–1929

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 3.6

Los servicios para las comunidades aborígenes 3.7

Las enfermedades venéreas 3.8

Las instituciones filantrópicas 3.10

Las fallas en la supervisión: viruela y fiebre tifoidea 3.12

La Escuela de Higiene de Toronto y los Laboratorios Connaught 3.15

La poliomielitis 3.17

La Gran Depresión y el fin de la expansión 3.17

Índice (continuó)

CAPÍTULO 4 : 1930–1939

Un período de decadencia 4.1

El bienestar materno-infantil 4.3

Nutrición, inocuidad alimentaria
y pasteurización..... 4.4

Tuberculosis y asuntos indígenas..... 4.6

Las enfermedades infecciosas..... 4.8

La polio se propaga..... 4.9

El automóvil y los accidentes..... 4.10

La profesionalización de
la salud pública canadiense..... 4.11

El rol federal..... 4.13

CAPÍTULO 5 : 1940–1949

La Segunda Guerra Mundial y la Expansión 5.1

Nutrición e inocuidad alimentaria..... 5.2

La buena forma física 5.4

El uso del tabaco 5.5

Las enfermedades venéreas y la penicilina 5.6

Inmunización y enfermedades infecciosas 5.7

Servicios de salud para los
pueblos aborígenes 5.8

La expansión federal y
la promesa de posguerra..... 5.11

Una bendición mixta para
la salud pública 5.14

La Organización Mundial de la Salud 5.15

CAPÍTULO 6 : 1950–1959

El crecimiento de la investigación, los servicios y el financiamiento 6.1

Servicios de salud para
la población aborígen 6.3

Una crisis nacional de polio 6.3

Lesiones y muertes evitables 6.6

La inocuidad alimentaria 6.6

La contaminación ambiental 6.8

La salud pública..... 6.11

CAPÍTULO 7 : 1960–1969

La transformación social y los servicios de salud..... 7.1

La ACSP cumple cincuenta años..... 7.2

Los hospitales y el futuro de la salud pública 7.2

Las cuestiones de salud pública
que no se abordaron..... 7.4

El desarrollo de herramientas
de salud pública..... 7.4

Los desafíos persistentes: polio,
tuberculosis y enfermedades venéreas 7.6

El medio ambiente y el DDT..... 7.8

La talidomida y la seguridad
de los medicamentos 7.9

Fluoruro 7.10

Tabaco 7.11

El control de la natalidad y
el rol del Estado..... 7.13

Un informe final sobre
los servicios de salud 7.14

Los desafíos de la salud pública..... 7.16

CAPÍTULO 8 : 1970–1986

Una nueva perspectiva sobre la salud pública 8.1

Las preocupaciones ambientales..... 8.3

La seguridad de los vehículos motorizados.... 8.4

La actividad física..... 8.5

Las personas con discapacidades 8.7

Las enfermedades crónicas..... 8.7

Una postura más firme..... 8.8

Índice (continuó)

El informe de Lalonde.....	8.9
La ampliación de los intereses	8.11
Tabaco	8.13
Las enfermedades infecciosas.....	8.16
Una nueva cepa de gripe porcina	8.17
Las infecciones de transmisión sexual (ITS).....	8.19
Cuestiones mundiales.....	8.21
La atención primaria de la salud — Salud para Todos en el Año 2000	8.23
La nueva salud pública.....	8.23
La promoción de la salud: el Informe de Epp y la Carta de Ottawa	8.24
Epílogo	9.1
Conclusión y algunas recomendaciones	9.8
Glosario	G.1
Editores	
<i>Revista canadiense de salud pública</i>	E.1
Ex-Presidentes/Directores	
<i>Miembros de la Junta Directiva de la CPHA</i>	EP.1

Prólogo e introducciones

© 2010 Asociación Canadiense de Salud Pública

Por Christopher Ruddy y Sue C. Sullivan

Se autoriza únicamente la reproducción no comercial, siempre que se cite claramente la fuente.

ISBN 1-894324-60-9

Asociación Canadiense de Salud Pública
400-1565 Carling Avenue
Ottawa, Ontario K1Z 8R1
Tel: 613.725.3769
Fax: 613.725.9826
Correo electrónico: info@cpha.ca

La Asociación Canadiense de Salud Pública (ACSP) es una asociación nacional, voluntaria, independiente y sin fines de lucro que representa a la salud pública de Canadá y está vinculada con la comunidad internacional de salud pública. Los miembros de la ACSP creen en el acceso universal y equitativo a las condiciones básicas necesarias para promover la salud de todos los canadienses.

Diseño: Leah Gryfe Designs

Definiciones del glosario: A Dictionary of Public Health, revisado por John M. Last (2007), Oxford University Press

Mensaje del Comité Ejecutivo

Cuando la Asociación Canadiense de Salud Pública emprendió, en abril de 2009 y con motivo de su centenario, la tarea de divulgar esta historia sobre salud pública, se tomó la decisión de ir más allá de la historia de la ACSP misma y abarcar, en un sentido más amplio, la historia de la salud pública en Canadá. Había que contar toda la historia, porque el componente de salud pública de nuestro sistema de salud sigue sin comprenderse del todo. En efecto, muchos no se dan cuenta de que la salud está condicionada por factores externos al sistema de salud.

Esta historia abarca desde el período previo a la constitución de Canadá como nación hasta 1986, cuando la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud dio inicio a una nueva era de salud pública a través de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud. La salud pública tuvo un impacto significativo a lo largo de todas estas décadas y su rol evolucionó desde el control de las enfermedades infecciosas hasta el enfoque en la salud de la población, la promoción de la salud, la protección de la salud y la prevención primaria de enfermedades y lesiones.

Es una historia digna de contar. Me gustaría agradecer a la Agencia de Salud Pública de Canadá por su notable contribución económica en pos de este esfuerzo, así como a los otros patrocinadores del centenario. También quisiera

agradecer a los miembros del Comité Directivo del Centenario de la ACSP y, en particular, a los miembros del Grupo de Trabajo sobre la Historia del Centenario, presidido por Margaret Hilson, por su contribución excepcional a esta iniciativa.

Cory Neudorf, Presidente
Comité Ejecutivo de la ACSP

Prólogo

Esta historia sobre la salud pública en Canadá fue un proyecto concebido en ocasión del centenario de la Asociación Canadiense de Salud Pública (ACSP). La ACSP fue fundada en 1910 por un pequeño grupo de médicos a quienes les preocupaba el estado de la salud de la población en Canadá. La Asociación celebró su primera conferencia anual en la Universidad McGill en diciembre de 1911 y se constituyó formalmente a través de una Ley del Parlamento en abril de 1912.

Este libro es el resultado del esfuerzo de muchas personas. El Dr. Christopher Ruty redactó el borrador, que luego fue corregido por Sue Sullivan y revisado tanto externamente como por miembros del Grupo de Trabajo sobre la Historia del Centenario de la ACSP. Sue Sullivan respondió a los comentarios de los revisores, para lo cual realizó más investigaciones y entonces preparó un segundo borrador, que fue corregido por el Dr. Ruty y por mí. Yo investigué las minutas del Consejo Federal de Higiene y seleccioné y redacté los perfiles. Los tres estuvimos a cargo de identificar fotografías e ilustraciones.

John M. Last, MD, Doctor en Salud Pública, Doctor en Medicina (honoris causa) de Uppsala y Edimburgo, miembro del Grupo de Trabajo sobre la Historia del Centenario, agregó comentarios

adicionales y redactó el epílogo conjuntamente con otras personas.

Las Dras. Maureen Malowany y Shannon Tania Waters fueron las revisoras externas oficiales del primer borrador del libro. Trabajando en forma independiente, aportaron comentarios detallados e inteligentes y sugirieron otros recursos que enriquecieron enormemente el manuscrito.

La Dra. Maureen Malowany es Directora Asociada del Programa de Capacitación Estratégica en Investigación Transdisciplinaria sobre Intervenciones de Salud Pública y de la Población: Promoción, Prevención y Política Pública (4P) de la Universidad McGill y fue correctora invitada de una serie de artículos históricos que conmemoraron los 100 años de la publicación *Canadian Journal of Public Health*. Shannon Tania Waters, MD, Master en Ciencias de la Salud (MHSc), Miembro del Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá (FRCPC), es Directora de Vigilancia Médica de la Dirección General de la Salud de las Primeras Naciones y los Inuits del Ministerio de Salud de Canadá para la Región de la Colombia Británica, además de especialista en medicina comunitaria y miembro de la Primera Nación Stz'uminus de la Isla de Vancouver, Colombia Británica.

El Comité Directivo del Centenario de la ACSP, presidido por Gerry Dafoe, encomendó al Grupo de Trabajo sobre la Historia del Centenario la supervisión del desarrollo de productos históricos. Los miembros de este Comité realizaron su trabajo en forma concienzuda, por lo que la ACSP está en deuda con ellos. Las siguientes personas revisaron los capítulos preliminares del libro:

Margaret Hilson, Presidenta del Comité
(ex Directora de los Programas de Salud
Mundial de la ACSP)

James Chauvin (actual Director de los Programas
de Políticas y Salud Mundial de la ACSP)

Dr. Jamie Hockin (ex Director de Desarrollo
Profesional de la Oficina de Prácticas de Salud
Pública de la Agencia de Salud Pública de
Canadá)

Dr. John M. Last (Profesor Emérito de
Epidemiología de la Universidad de Ottawa)

Dra. Maureen Law (ex Viceministra del
Departamento Nacional de Salud y Bienestar)

Klaus Seeger (miembro vitalicio del Instituto
Canadiense de Inspectores de Salud Pública y
ganador del Premio Alex Cross)

Este libro se investigó, redactó, corrigió, revisó y diseñó en el término de un año, lo que representó una ardua tarea que demandó innumerables horas de trabajo voluntario de todas las personas que participaron en el proyecto, además de mucha buena voluntad. Deseo agradecer a Leah Gryfe, quien nos hizo comprender que un libro digital interactivo tiene muchas ventajas por sobre un libro estático impreso.

Se hicieron todos los esfuerzos para asegurar la exactitud; sin embargo, en caso de encontrarse errores, rogamos hacerlos llegar a la ACSP (una de las ventajas del libro digital es que es mucho más fácil de corregir).

Ha sido para mí un verdadero privilegio ser parte de la creación de este libro que trata de la historia de la salud pública y de los hombres y mujeres que trabajaron para fomentar la salud de la comunidad mucho antes de que contáramos con el sistema de salud de hoy. Confío en que este libro digital hará perdurar para siempre el recuerdo de estas personas.

Sylvia Fanjoy

Directora, Centenario de la ACSP

Introducciones de los autores

Christopher Rutty

Abordar la tarea de investigar y escribir sobre la historia de la salud pública en Canadá desde sus comienzos hasta casi la actualidad, y en el plazo de un año, ha sido una empresa abrumadora y gratificante a la vez, que fue posible gracias a la ayuda de muchas personas clave, especialmente Sylvia Fanjoy y Sue Sullivan. Sylvia llevó adelante el proyecto de manera eficaz y brindó estímulo y aportes útiles en varios planos mientras yo investigaba y redactaba el manuscrito. La contribución de Sue llegó mucho más allá de su rol inicial de correctora, ya que terminó siendo coinvestigadora y coautora. Ella no sólo reelaboró mis borradores iniciales, sino que también concluyó el manuscrito y lo enriqueció con una cantidad considerable de material. También debo agradecer a los miembros del Grupo de Trabajo sobre la Historia del Centenario, así como a los revisores, por su compromiso con el proyecto y por sus valiosas sugerencias.

Merece un reconocimiento especial la Biblioteca del Connaught Campus de Sanofi Pasteur Limited de Toronto, y especialmente Hugh McNaught, responsable de los Servicios de Biblioteca de Sanofi Pasteur, quien nos brindó acceso a una tirada casi completa del *Canadian Journal of Public Health* desde sus comienzos en 1910, y también a una colección única de revistas canadienses de salud pública publicadas durante las décadas de 1870 y 1880. También me resultó vital que se me diera libre acceso a una fotocopidora para poder realizar una revisión cuidadosa de estas revistas, en las cuales se ha basado buena parte de este libro. No puedo dejar de mencionar el valor que

tuvo para mí poder acceder a la masa de archivos de los Laboratorios Connaught, y especialmente a la colección de fotos históricas.

También merece un reconocimiento especial el Dr. Luis Barreto, Vicepresidente de Políticas de Inmunización y Asuntos Científicos y Médicos del Connaught Campus de Sanofi Pasteur, quien facilitó mi participación en este proyecto y confió en mi capacidad para hacer el trabajo. El Dr. Barreto es un gran partidario de la historia de la salud pública y ha hecho posible que yo pueda desarrollar una amplia base de investigación y conocimiento sobre muchas de las áreas abordadas en este libro. Su apoyo me permitió usar el escaso tiempo que tenía para ampliar esta base a áreas de la historia de la salud pública con las que estaba menos familiarizado cuando empecé.

A nivel personal, deseo agradecer especialmente a mi esposa Andrea y a mi hija Alessandra por la paciencia que me tuvieron mientras yo bregaba en mi oficina del sótano con numerosas cajas de artículos y documentos históricos fotocopiados y pasaba las noches redactando esta historia poco menos que abrumadora. Ellas me brindaron su incondicional apoyo, pese a que hubo días en que prácticamente no me vieron. Pero pienso que valió la pena. Fue un desafío relatar la historia que usted está a punto de leer, una historia que jamás se contó a esta escala. Aprendí mucho aunando las piezas de esa historia para elaborar lo que creo que los lectores considerarán un libro dinámico, sorprendente y cautivante.

Mi participación en este proyecto es el corolario de una extensa trayectoria académica y profesional como historiador de medicina, que comenzó durante un programa de diplomatura en historia y en historia de la ciencia de la Universidad de Western Ontario y se siguió

de una Maestría en Historia de la misma universidad y un Doctorado en Historia de la Universidad de Toronto. La historia de la poliomielitis en Canadá ha sido para mí de particular interés desde que realicé una tesis de diplomatura sobre la experiencia personal del músico Neil Young con la enfermedad cuando él tenía 5 años en 1951. Luego realicé una tesis de Maestría sobre la poliomielitis en Ontario y un estudio nacional para mi Doctorado, que me llevó a investigar sobre el desarrollo de vacunas contra la polio y otros aspectos científicos, sociales y políticos más amplios de la salud pública en Canadá. Luego de completar mi doctorado en 1995, me consolidé como historiador/consultor médico tras la creación de Health Heritage Research Services (Servicios de Investigación sobre el Patrimonio de la Salud), a través de los cuales he proporcionado servicios de investigación, redacción y creación para numerosos clientes. El sitio Web de Health Heritage Research Services incluye más información sobre mis antecedentes y experiencia, además de un vasto contenido relacionado con muchos aspectos de la historia de la salud pública en Canadá.

Sue Sullivan

La creación de “*Esto es salud pública: una historia canadiense*” ha sido un proceso colaborativo y evolutivo, gracias en gran parte a la labor del Grupo de Trabajo sobre la Historia del Centenario así como de los revisores externos, quienes nos explicaron que debíamos retratar un panorama más amplio y reflejar la diversidad de la comunidad de la salud pública del pasado. También quisiera agradecer a Sylvia Fanjoy por darme la oportunidad de

colaborar con esta historia y por motivar y coordinar a todo el equipo de trabajo. Hemos mirado más allá de los archivos oficiales de las élites tradicionales, en busca de historias relacionadas con las enfermeras de salud pública, los inspectores de sanidad y tantos otros que trabajaron incansablemente en la “línea de fuego” de la salud pública. Añadimos contexto y comentarios de diversas fuentes, entre las que se incluyen otros productos sobre el Centenario de la ACSP que están actualmente en desarrollo. Soy plenamente consciente de que ésta es *una* historia y no *la* historia de la salud pública en Canadá. Lejos de apuntar a un público con una trayectoria académica o en salud pública, mi objetivo ha sido implicar a una amplia audiencia de manera que, al igual que yo, los lectores obtengan una nueva apreciación de todo lo que engloba la salud pública y del porqué de la relevancia de nuestra historia. La salud pública ha mejorado enormemente en los últimos 100 años y esto se debe en gran medida

al compromiso de personas que, a lo largo de la historia, lucharon por cambiar el *statu quo* en aras de mejorar la salud de la comunidad, especialmente de la comunidad que carece de voz, poder y visibilidad. En un artículo de 1998 referido a los cambios de discursos en materia de salud en Canadá (“*Shifting Discourses on Health in Canada*”), Ann Robertson, del Departamento de Ciencias de la Salud Pública de la Universidad de Toronto, afirmó que “las maneras en las que conceptualizamos, hablamos y escribimos sobre salud nunca se circunscriben sólo a la salud, también actúan como repositorios y espejos de nuestras ideas y creencias sobre la naturaleza humana y la naturaleza de la realidad, así como sobre la clase de sociedad que imaginamos que podemos crear y sobre cómo hemos de lograrlo”. Espero que esta historia sobre la salud pública haga revivir el espíritu de los reformadores de la salud pública del pasado y nos inspire a todos a imaginar una sociedad más sana para nuestro presente y futuro.

Agradecimientos

Socios patrocinadores del Centenario



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

La Agencia de Salud Pública de Canadá ha proporcionado financiación para esta publicación. Las opiniones aquí expresadas no representan necesariamente las de la Agencia de Salud Pública de Canadá.

sanofi pasteur

La división vacunas del Grupo sanofi-aventis.



Defensores de la salud pública



Working together for a healthier world™
Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

morethanmedication.ca
plusquedesmedicaments.ca
pfizer.ca



Benefactores del legado



Canada's Research-Based
Pharmaceutical Companies



Les compagnies de recherche
pharmaceutique du Canada

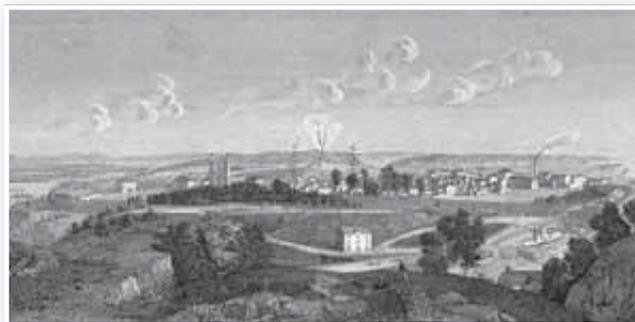


INTRODUCCIÓN

Introducción	vii
Los comienzos: cuarentena y saneamiento	viii
El cólera se extiende a las colonias	ix
La consolidación de las infraestructuras	x

“Esto es salud pública, una historia canadiense” explora la evolución de la salud pública desde su temprana fundación, antes de que Canadá fuera una nación, hasta 1986, cuando la Carta de Ottawa para la promoción de la salud lanzó lo que muchos consideraron una nueva era en salud pública.¹ Durante este período, se lograron numerosos hitos en salud pública a través de los esfuerzos organizados de la comunidad por promover la salud y prevenir enfermedades y lesiones, que siempre han ocupado un lugar central en la salud pública.

Los sistemas y las herramientas de salud pública desarrollados por las diferentes sociedades están determinados por las cuestiones coyunturales de salud, así como por el nivel de desarrollo económico, el conocimiento y las técnicas y relaciones de poder entre sus grupos sociales. Esta historia pone de relieve la importancia que tuvo el liderazgo federal en la implementación de iniciativas de salud pública satisfactorias en Canadá, a pesar de las tensiones impuestas por los límites jurisdiccionales federales y provinciales en materia de salud. La lucha por eliminar disparidades entre regiones geográficas, comunidades urbanas y aisladas, poblaciones aborígenes y no aborígenes, ha constituido



Biblioteca y archivos de Canadá

*Ciudad de Ottawa,
Oeste canadiense, 1855*

1 Organización Mundial de la Salud, Ottawa Charter for Health Promotion (Carta de Ottawa para la promoción de la salud), First International Conference on Health Promotion (Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud), Ottawa, 21 de noviembre de 1986, WHO/HPR/HEP/95.1, disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

históricamente una preocupación que continúa hasta hoy. Desde sus comienzos, la salud pública ha afrontado cambios y desafíos y ha sido frecuentemente menospreciada. Sin embargo, en los últimos ciento y tantos años, muchos de los avances notables que se hicieron en Canadá se pueden atribuir a la salud pública.

Los comienzos: cuarentena y saneamiento

Los pueblos aborígenes han habitado el continente norteamericano durante miles de años, sin embargo, sus condiciones de salud, sociales, económicas y físicas empezaron a verse afectadas negativamente por el aumento de la inmigración europea, que comenzó allá por el año 1600. A medida que el comercio de pieles impulsaba la expansión francesa y británica a través de América del Norte, la viruela, el sarampión, la tuberculosis y el alcohol destruían muchas vidas aborígenes.

Mientras crecía la inmigración europea, los buques que llegaban al Puerto de Quebec solían traer grandes cantidades de pasajeros enfermos, sobre todo de tifus epidémico. El empeño asistemático de inspeccionar los buques antes del desembarco de pasajeros se tornaron más organizados a partir de 1710, seguidos de una ley de cuarentena en 1721 que se promulgó por el temor a la peste negra que se extendía a través de Europa. La plaga nunca llegó a la Nueva Francia pero, a pesar de la legislación, el número de brotes de tifus y viruela no disminuyó. En 1795 se promulgó una ley más exhaustiva llamada

Quarantine Act of Lower Canada (Ley de Cuarentena del Bajo Canadá). Sin embargo, ésta se tenía que renovar periódicamente para que no caducara, algo que sucedía con frecuencia. Pese a ello, la ley sirvió como modelo para otros gobiernos coloniales de América del Norte Británica que intentaban desarrollar leyes para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas. En general, la legislación sobre cuarentena era de eficacia limitada porque los gobiernos locales solían actuar sólo durante o inmediatamente después de la propagación de las epidemias.

La idea de que la viruela se podría prevenir por medio de la inoculación de brazo a brazo se introdujo en Gran Bretaña en la década de 1720, aunque la práctica ya era conocida en Asia desde hacía siglos. En 1796, el médico británico Edward Jenner utilizó fluidos recolectados de lesiones de viruela bovina en el ganado para proteger a los humanos de la infección por viruela, creando así la primera vacuna eficaz. El cólera epidémico, el tifus, la tuberculosis, el sarampión y la escarlatina que se extendían por Europa y Gran Bretaña impulsaron una serie de reformas sanitarias y la creación de consejos locales de salud.

En 1816, se designó a un médico como Oficial de Sanidad del Bajo Canadá, en respuesta a la alta incidencia de enfermedades que afectaban a miles de nuevos inmigrantes: “la clase desgraciada y mísera de personas hambrientas que llegan anualmente” a la ciudad de Quebec desde Gran Bretaña. En 1823 se aprobó una



Nueva Francia, 1688

Biblioteca y archivos de Canadá

mejora en la ley de cuarentena. Ésta estipulaba la designación de un Consejo de Salud formado por cinco médicos o cirujanos autorizados, aunque estas medidas fueron sólo temporales.²

El cólera se extiende a las colonias

A principios de la década de 1830, la pandemia del cólera se extendió a Gran Bretaña y a Europa, y algunos médicos establecieron un vínculo entre el cólera y otras fiebres con el empobrecimiento de las condiciones de vida. Según ellos, las enfermedades se podrían prevenir si la comunidad tomaba medidas para mejorar las condiciones deplorables en que vivían los pobres, mientras que otros argumentaban que el cólera se debía al “miasma”, un vapor o niebla venenosa indefinida, que se creía emanaba de la materia orgánica en putrefacción. Una poderosa combinación de temor y humanitarismo impulsó al gobierno británico, por primera vez, a establecer un consejo nacional temporal de salud y a ordenar a las autoridades municipales a que designen consejos locales de salud para supervisar las mejoras sanitarias. Poco tiempo después se promulgaron leyes similares en España, Alemania y Francia y nació lo que se conocería como higiene pública o salud pública.

El gobierno del Bajo Canadá también autorizó el establecimiento de consejos locales de salud en Quebec, Montreal y en todo lugar que fuera necesario y destinó fondos para estos consejos y para cubrir los costos de la cuarentena. Mientras unos 50.000 inmigrantes británicos navegaban a través del Océano Atlántico provenientes de puertos infestados de cólera y hacia el Puerto de Quebec, se volvió a invocar

2 Periódico de la Asamblea Legislativa del Bajo Canadá, marzo de 1823



Dalhousie Square, Halifax, NS, 1851

la ley de cuarentena del Bajo Canadá y una escuadrilla de soldados se dirigió a Grosse Isle, una pequeña isla situada a unos 50 kilómetros al este de la ciudad de Quebec, para construir una estación de cuarentena destinada a inspeccionar y asear a los inmigrantes que llegaban. Los primeros casos de cólera se informaron el 28 de abril de 1832 y la estación de cuarentena se vio rápidamente colapsada a medida que entraban inmigrantes aparentemente sanos, aunque infectados, y los desechos humanos provenientes de un sinnúmero de barcos que llegaban al puerto infectaban el río San Lorenzo. El cólera se expandió a Montreal y al Alto Canadá en junio y, para el momento en que la epidemia había pasado, el cólera había matado a aproximadamente 2.300 personas (un 10% de la población de la ciudad de Quebec) y a 4.000 personas o casi un 15% de la población de Montreal.³

A medida que el cólera se extendía por el Bajo Canadá, los gobiernos coloniales de Nuevo Brunswick, Nueva Escocia y Terranova y Labrador adoptaron medidas que incluían el establecimiento de consejos centrales de salud y la aprobación de una legislación temporal que consolidara las disposiciones de la cuarentena. Estos gobiernos centraron sus

3 P.H. Bryce, “History of Public Health in Canada”, *Canadian Therapist and Sanitary Engineer* 1 (junio de 1910): 287–88; J.D. Pagé, “Grosse Isle Quarantine Station”, *Canadian Public Health Journal* 22 (septiembre de 1931): 454–55



Biblioteca y archivos de Canadá, adquisición n.º R9266-42 Peter Winkworth

Cuatro figuras indígenas, hacia 1840

esfuerzos en limpiar las ciudades y los pueblos, especialmente en las áreas habitadas por las clases más pobres. Sea como consecuencia de estos esfuerzos o por coincidencia, no hubo brote alguno de cólera en las colonias marítimas en 1832. No obstante, el Alto Canadá no contaba con reglamentaciones de cuarentena para sus puertos y las administraciones municipales no tenían autoridad legal para detener e inspeccionar los barcos. A medida que el cólera se extendía, se designaron y financiaron consejos locales de salud para controlar la enfermedad. Al igual que en las otras colonias, se limpiaron de suciedad y basura las calles y los callejones, se eliminaron los charcos de agua estancada y se desatascaron los desagües obstruidos, principalmente en las zonas donde vivían inmigrantes pobres en paupérrimas condiciones de hacinamiento. Cuando la epidemia menguó en 1833, el gobierno del Alto Canadá aprobó una legislación gradual, aunque temporal, para la implementación de medidas preventivas en términos de salud pública. Mientras continuaba el aluvión de inmigrantes británicos, la epidemia de cólera golpeó nuevamente a las colonias en 1834, a pesar de las reglamentaciones más estrictas en materia de cuarentena y los esfuerzos locales de limpieza.⁴

4 Geoffrey Bilson, *A Darkened House: Cholera in Nineteenth-Century Canada* (Toronto: University of Toronto Press, 1980); Kenneth G. Pryke, "Poor Relief and Health Care in Halifax, 1827–1849", en *Essays in the History of Canadian Medicine* de Wendy Mitchinson y Janis Dickins McGinnis, (Toronto: McClelland and Stewart, 1988): 39–61

La consolidación de las infraestructuras

En 1849, el gobierno de Canadá Unido (Alto y Bajo Canadá) creó un Consejo Central de Salud que contaba con una nueva legislación, pero cuando concluyó la amenaza de la epidemia de cólera, este Consejo se disolvió. Sin embargo, hubo una consolidación de la legislación sobre salud pública a comienzos de la década de 1850 en Nueva Escocia y Canadá Unido con el establecimiento de consejos locales permanentes de salud y el fortalecimiento de las leyes de cuarentena. Cuando el cólera regresó en 1854, se restableció el Consejo Central de Salud de Canadá y el gobierno asumió pleno control de Grosse Isle.

En 1847, en camino a América del Norte Británica, unos 100.000 emigrantes irlandeses que huían del hambre en Europa murieron en grandes cantidades como víctimas del tifus. Según un informe elevado al Parlamento Británico, "6.100 fallecieron durante el viaje, 4.100 al llegar, 5.200 en los hospitales y 1.900



Biblioteca y archivos de Canadá

América: Hemisferio occidental

en las ciudades a las cuales se dirigieron. El nivel total de mortalidad alcanzó el 17 por ciento de los emigrantes”. Según estadísticas oficiales de Canadá, 5.424 murieron de tifus epidémico en Grosse Isle en 1847, mientras que otros miles murieron en la ciudad de Quebec, en Montreal, en Nuevo Brunswick y en el Alto Canadá.⁵

El movimiento de reforma sanitaria continuaba creciendo en Gran Bretaña, donde las tasas elevadas de enfermedades infecciosas y de mortalidad infantil estaban vinculadas a las condiciones manifiestamente antihigiénicas y al agua potable contaminada en el seno de las clases obreras. La Ley de Salud Pública (*Public Health Act*) de Gran Bretaña de 1848 dio como resultado medidas más preventivas para evitar las enfermedades y promover la salud, incluido el establecimiento de registradores de estadísticas vitales y asociaciones voluntarias que sirvieran de apoyo a las reformas de salud pública. Durante un brote de cólera que tuvo lugar en 1854 en Londres, Inglaterra, el médico británico John Snow descubrió que una bomba de agua de la vecindad de Broad Street había sido la causa de que cientos de personas se enfermaran y muchas de ellas fallecieran. El trabajo de Snow siguió al de Edwin Chadwick y de otros médicos de Gran Bretaña y de la ciudad de Nueva York, quienes habían iniciado investigaciones exhaustivas sobre las condiciones sanitarias de los trabajadores. Su trabajo se vio favorecido por la aplicación científica de la estadística. La investigación de Snow, en particular,

5 Pagé, “Grosse Isle Quarantine Station”, p. 455; Ruggles George, “When Typhus Raged in Canada”, *Public Health Journal* 11 (diciembre de 1920): 548–51; W.E. Swinton, “George Mellis Douglas: Typhus and Tragedy”, *Canadian Medical Association Journal* 125 (1 de diciembre de 1981): 1284–86; Bill Trent, “Grosse Ile: Island of the Dead”, *Canadian Medical Association Journal* 131 (15 de octubre de 1984): 960–68

marcó el comienzo de la ciencia moderna de la epidemiología y el alejamiento de la dependencia de la cuarentena.⁶

A principios de la década de 1860 se introdujeron en el Canadá Unido y en la Isla del Príncipe Eduardo, medidas de vacunación obligatoria para prevenir la viruela. La Compañía de la Bahía de Hudson, que ofició como agencia de salud pública *de facto* en el oeste desde fines del siglo XVIII hasta principios del siglo XIX, lanzó una campaña de vacunación que permitió mantener la enfermedad bajo cierto control en algunas comunidades indígenas, aunque la importación de la viruela en la Colombia Británica desde California durante la fiebre del oro de principios de la década de 1860 fue particularmente devastadora para las Primeras Naciones que vivían allí.⁷

A pesar de la clamorosa protesta pública, el gobierno de Canadá Unido legisló el retiro y el entierro rápido de las víctimas fallecidas por enfermedades infecciosas, aunque la legislación que exigía la inspección de alimentos y bebidas por parte de un químico calificado para identificar adulteraciones fue aplazada poco después de su introducción.⁸

Cuando los Padres de la Confederación elaboraron la Ley de América del Norte Británica (*British North America Act*), no prestaron atención a la salud pública, a pesar de haber

6 M.W. Flinn, “Introduction”, en *The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain, 1842 de Edwin Chadwick* (Edimburgo: Prensa de la Universidad de Edimburgo, 1965): p. 1

7 Paul Hackett, “Averting Disaster: The Hudson’s Bay Company and Smallpox in Western Canada During the Late Eighteenth and Early Nineteenth Centuries”, *Bulletin of the History of Medicine* 78 (2004): 575–609

8 “Bills Before Parliament”, *The British-American Journal* 1 (mayo de 1860): 237–38; *The British-American Journal* 2 (abril de 1861): 18

experimentado grandes epidemias desde la década de 1830, una nueva amenaza de cólera en 1866 y los avances que se habían logrado en cuanto a entender la importancia del agua no contaminada y del saneamiento adecuado. El liderazgo político del nuevo Dominio de Canadá y de las provincias se mantuvo ligado al enfoque de la cuarentena como medida de salud pública. De este modo, durante aquel período temprano de posconfederación, aquel grupo pequeño pero enérgico de reformadores sanitarios se planteó como meta integrar un concepto más amplio de protección y promoción de la salud pública dentro de la nueva estructura política provincial y federal de Canadá.

1867–1909

CAPÍTULO 1

Esto es salud pública: una historia canadiense

El concepto sanitario

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	1.4
La expansión de la salud pública municipal	1.6
Ontario toma la delantera	1.7
El ímpetu federal por el progreso	1.9
La epidemia de viruela de Montreal de 1885	1.11
La bacteriología y los laboratorios de salud pública	1.13
Impulsando el progreso	1.15

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

Representación de la muerte, 1878



John Henry Walker, ©McCord Museum M991X.5.795

1 Heather MacDougall, “Epidemics and the Environment: The Early Development of Public Health Activity in Toronto, 1832–1872” en *Critical Issues in the History of Canadian Science, Technology and Medicine* de R.A. Jarrell y A.E. Roos (eds.) (Ottawa: HSTC Publications, 1983), p. 145–151

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.

La higiene y la reforma sanitaria

Sanofi Pasteur Limited, Comaught Campus, Archives



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

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.

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

Sanofi Pasteur Limited, Connaught Campus, Archives

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

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

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 políticamente a nivel federal, especialmente los abogados y los médicos. La Confederación posibilitó la creación de estructuras políticas y económicas más grandes, y el crecimiento económico a su vez dio lugar a un aumento de la inmigración desde Europa continental, que se sumó a las fuentes norteamericanas y británicas habituales. Las élites sociales, políticas y económicas, sin embargo, siguieron siendo ampliamente angloamericanas.³

Si hubo alguna consideración de las necesidades de salud de la población



Zanjas para el alcantarillado y el agua, Dartmouth, 1900

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



Indígenas Pies-Negros, antiguo fuerte de Whoopup, 1881

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

2 Nancy Tomes, *The Gospel of Germs* (Boston: Harvard University Press, 1999); G. Desrosiers, “Le système de santé au Québec : Bilan historique et perspective d’avenir”, *Revue d’histoire de l’Amérique française*, 53 (1), 1991. p. 6

3 Desrosiers, p. 8; *Canadian Encyclopedia* (consultado en línea en www.thecanadianencyclopedia.com)

4 Moffat and Herring, 1999; *History of the Medical Services Branch*, abril de 1969

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.

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

5 Aleck Ostry, “Difference in the History of Public Health in 19th Century Canada and Britain”, *Canadian Journal of Public Health* 86 (1) (enero-febrero de 1995): 5



Jean Helder, adquisición n.º 1980-195, n.º 24 del Servicio de archivos y de gestión de registros de Nueva Escocia

Los reformadores sanitarios trabajaron incansablemente durante varias décadas intentando convencer

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

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

6 W.H. Brouse, “Report”, Periódico de la Cámara de los Comunes, 36 Victoria, 1873, Anexo No. 4

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.

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 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

7 Robert D. Defries, “Dr. Edward Playter: A Vision Fulfilled”, *Canadian Journal of Public Health* 50 (septiembre de 1959): 368–77; Paul A. Bator, “Playter, Edward”, *Dictionary of Canadian Biography: Volumen XIII: 1901–1910* (Toronto: University of Toronto Press, 2000) (consultado en línea en <http://www.biographi.ca>)

8 Defries, “Dr. Edward Playter: A Vision Fulfilled,” p. 368

9 Artículo, “Our Future Generations”, *The Sanitary Journal*, 1 (1) (julio de 1874): 29–31

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.



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.

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.



Mercado de Faders Bros, Halifax, Nueva Escocia, 1885

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

10 “A Few Words of Preface”, *Public Health Magazine* 1 (1) (julio de 1875): 1



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]

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

11 "Public Health", *Winnipeg Free Press* (24 de agosto de 1874): 1

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 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

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

12 Industrial Architecture of Montreal, "Living Conditions in Montreal's Industrial Neighbourhoods" (consultado en línea en <http://digital.library.mcgill.ca/industrial/livingconditions.html>); "Sanitary Reports: Public Meeting", *Public Health Magazine* 1 (1) (julio de 1875): 6–11; Georges Desroisiers y Benoît Gaumer, "Les debuts de l'éducation sanitaire au Quebec: 1880–1901", *Canadian Bulletin of Medical History* 23 (1) (2006): 186

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



Colegio de médicos
de Halifax, hacia 1890

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 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.

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

Ontario consolidó su ley de salud pública en 1884, exigiendo que se establezca un comité local de salud en cada ciudad, pueblo y municipio

13 “The Proposed Sanitary Legislation”, *The Sanitary Journal* 3 (7) (junio de 1878): 272–75; “Report of Select Committee on Public Health”, *Journal of the Legislative Assembly of Ontario, 1878, Anexo No. 2*; “Sanitary Reform’ This Year, And Why?” *The Sanitary Journal* 4 (4) (marzo de 1880): 225–26

Las condiciones de vida en Montreal

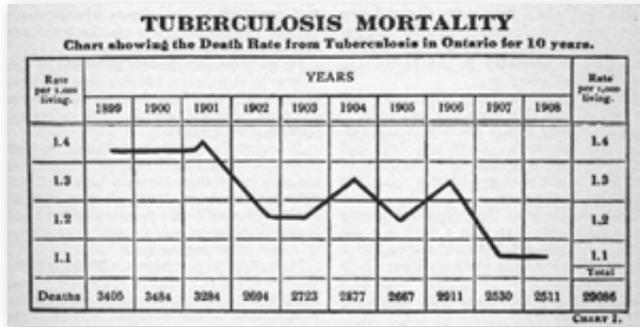
En 1888, la Comisión Real sobre las Relaciones entre el Capital y el Trabajo describió a las vecindades de clase obrera de Montreal como “nidos de contagio”. Las mujeres representaban el 20% de la mano de obra adulta de la ciudad, pero ganaban considerablemente menos que los hombres, quienes generalmente 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

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

Public Health Journal, 2 (marzo de 1911)



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



Peter Henderson Bryce

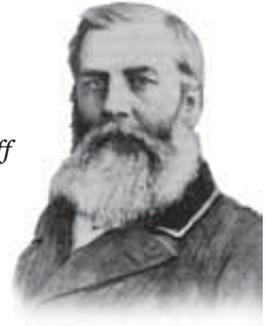
Pionero en salud pública y primer secretario del Consejo de Salud de Ontario

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

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

14 “Isolation Hospital”, *The Sanitary Journal* 6 (1) (octubre de 1883): 16–17



Dr. William Canniff

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 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

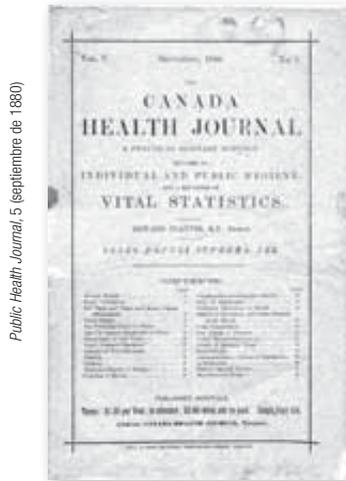
no se contó con la cantidad suficiente de miembros para formar quórum.¹⁵

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

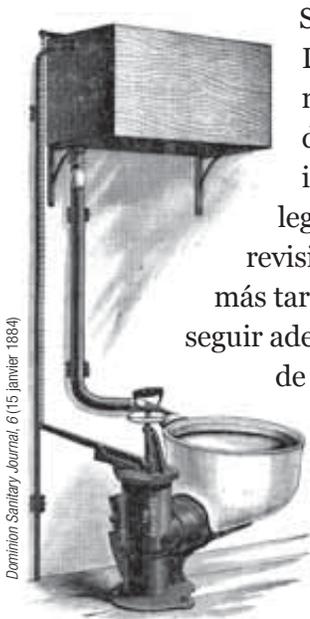


Public Health Journal, 5 (septiembre de 1880)

15 “The Public Health: How The Good Work Goes On”, *Canada Health Journal* 5 (7) (abril de 1881): 183

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



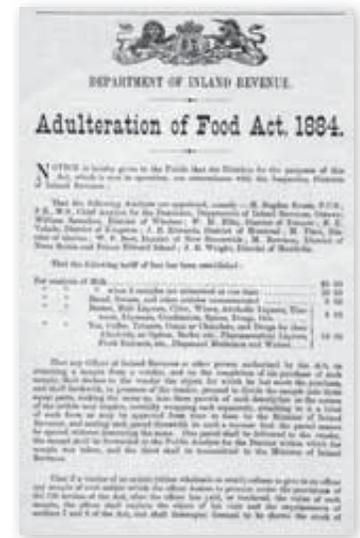
Dominion Sanitary Journal, 6 (15 janvier 1884)

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

Primera fontanería, 1884

¹⁶ “The Dominion Sanitary Association”, *The Sanitary Journal* 6 (4) (enero de 1884): 122; “Canadian Sanitary Association”, *The Sanitary Journal* 6 (11, 12) (agosto-septiembre de 1884): 310

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.



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

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

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

54 MORTUARY STATISTICS
NUMBER OF DEATHS WITH CAUSES AND SEX.—MONTHLY STATEMENT.
MONTH OF SEPTEMBER, YEAR 1885.

CAUSES OF DEATH.	MONTREAL.			TORONTO.			QUEBEC.			MONTREAL.		
	M.	F.	Total.	M.	F.	Total.	M.	F.	Total.	M.	F.	Total.
1. Small-pox.....	181	200	381	1	1	2
2. Measles.....
3. Scarlatina.....
4. Diphtheria.....
5. Whooping Cough.....
6. Typhoid, Enteric or Typhus and simple contagious fevers.....	9	6	15	2	2	4	3	3	6	2	2	4
7. Typhus.....
8. Pneumonia.....	25	20	45	10	11	21	9	15	24	1	1	2
9. Bronchitis.....
10. Consumption (Phthisis).....
11. Influenza (Pneumia).....
12. Tuberculosis (Pneumia).....
13. Malaria (Pneumia).....
14. Syphilis.....
15. Alcoholism.....
16. Wreny.....
17. Other Zoonotic Diseases.....
18. Constitutional.....
19. Local.....
20. Developmental.....
21. Violent Deaths.....
Total.....	202	200	402	10	11	21	10	15	25	1	1	2

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.

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 franco-canadienses se mostraron mucho más reticentes a la vacunación que los anglo-canadienses, 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

a R.M. Wolfe y L.K. Sharp, "Anti-vaccinationists past and present" *British Journal of Medicine* 325 (24 de agosto de 2002) p. 430-432; *Canadian Encyclopedia*, <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=A1ARTA0007462>

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

La bacteriología y los laboratorios de salud pública

En 1882, Louis Pasteur logró demostrar su vacuna anticarbuncosa en ovinos y Robert Koch anunció su descubrimiento del “germen de

17 “Recent Sanitary Proceedings”, *The Sanitary Journal* 6 (6) (marzo de 1884): 182–83

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



Dr. Alexander Stewart



Dr. J.J. Mackenzie

18 http://www.thecanadianencyclopedia.com/PrinterFriendly.cfm?Params=A1ARTFET_E103



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.

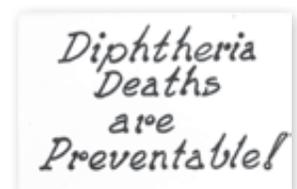
—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 25, 1934

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 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 el 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



“Las muertes por difteria son evitables”

Sancroff Pasteur Limited,
Connaught Campus, Archives

Sanofi Pasteur Limited, Comaught Campus, Archives



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

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

19 Peter H. Bryce, “History of Public Health in Canada”, *The Canadian Therapist and Sanitary Engineer* 1 (6) (junio de 1910): 290

20 “Discovery and Commercialism”, *Canada Lancet* 39 (5) (enero de 1906): 463–64.

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 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



Health, Disease and Medicine: Essays in Canadian History (Salud, enfermedad y medicina: ensayos sobre la historia de Canadá) (Toronto, 1962)

21 Edward Playter, “An Address to the Members of the Parliament of Canada”, *Man: A Public Health Magazine* 1 (6) (abril de 1886): 183–93; Edward Playter, “On the High Death Rate in Canada and its Prevention: An Address to the Members of the Parliament of Canada”, *Canada Health Journal* 9 (5) (mayo de 1887): 109–13

22 “Editorial Notes”, *Canada Health Journal* 13 (6) (junio de 1891): 105; “Playter, Edward”, en *The Canadian Men and Women of the Time: A Handbook of Canadian Biography*, H.J. Morgan (ed.) (Toronto: W. Briggs, 1898), p. 824

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 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

Dominion Sanitary Journal, 6 (May 15, 1884)



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.

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

23 Defries, “Twenty Years of Pioneer Effort to Establish a Canadian Health Association”, p. 365–66; Defries, “Dr. Edward Playter: A Vision Fulfilled”, p. 373–75



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.

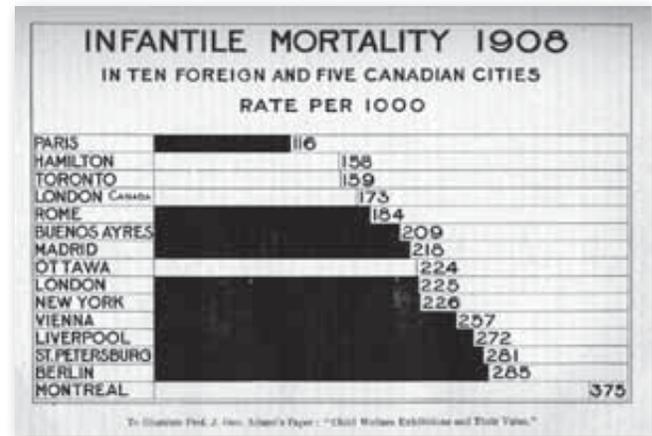
—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
enero de 1959

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

24 “Dominion Bureau of Health”, *Canada Lancet* 41 (7) (marzo de 1908): 549–50; “A Federal Department of Health”, *Canada Lancet* 41 (8) (abril de 1908): 652

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



Public Health Journal, 3 (julio de 1912)

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.

Esto es salud pública: una historia canadiense

La transformación y la Primera Guerra Mundial

La transformación y la Primera Guerra Mundial	2.1
Parálisis infantil: la nueva epidemia	2.3
La Asociación Canadiense de Salud Pública	2.5
La fiebre tifoidea	2.7
Las inspecciones en las escuelas	2.9
El crecimiento de la educación en salud pública	2.10
Las enfermedades venéreas y la higiene social	2.12
Las estructuras provinciales	2.13
Desafíos constantes	2.15
Las enfermedades venéreas	2.16
La gripe “española”	2.19
La coordinación nacional	2.20

En la primera reunión anual de la Comisión del Dominio para la Conservación de los Recursos Naturales de enero de 1910, Peter Bryce, Oficial Principal de Sanidad de los Departamentos del Interior y de Asuntos Indígenas, instó a la Comisión a incluir la salud pública en su enfoque de conservación y protección de los recursos naturales de la nación. Bryce acentuó la necesidad de vencer los desafíos que representaban la preservación de la vida de los niños y la salud de los estudiantes, la tuberculosis y las muertes debidas a causas industriales y la prevención de las enfermedades. La tuberculosis y las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua contaminada constituían grandes motivos de preocupación, por lo que se designó a un subcomité de la Comisión para que elabore un plan nacional para el tratamiento y la prevención de la tuberculosis y desarrolle una legislación junto con las provincias que permitiese prevenir la contaminación de ríos con aguas residuales.¹



Tubercle bacillus

¹ Charles A. Hodgetts, “The Canadian Commission of Conservation and Public Health”, *Journal of the American Public Health Association* 1 (junio de 1911): 400–05; P.J. Smith, “Commission of Conservation”, *The Canadian Encyclopedia* (Historica Foundation of Canada, 2009) (consultado en <http://www.canadianencyclopedia.com>)



Maurice Macdonald Seymour

Líder temprano de Salud Pública en Saskatchewan

El Dr. Maurice M. Seymour estuvo a cargo de la salud pública en la nueva provincia de Saskatchewan desde 1905 y en 1906 organizó la Saskatchewan Medical Association. Reaccionó rápidamente a las necesidades locales y provinciales al redactar legislación innovadora para médicos municipales, hospitales municipales y pruebas de tuberculina gratuitas para ganado vacuno. Organizó la Saskatchewan Anti-tuberculosis League, contrató al primero médico como director de la misma y eligió el sitio del primer sanatorio. Bajo el “Plan Seymour,” los médicos inmunizaron contra la difteria en septiembre y octubre, la viruela durante noviembre y diciembre y, fiebre tifoidea durante enero y febrero. Hizo que la salud pública fuese fácil de entender con lemas tales como “No escupa” y “Dele a la mosca.”

—Universidad de Regina y el Centro de investigación de la de las Llanuras canadienses, 2007

El subcomité tomó como modelo a Saskatchewan, que se había convertido en provincia en 1905 y había desarrollado políticas progresistas de salud pública bajo el liderazgo de su oficial de sanidad, Maurice Seymour. Como se mencionó en un artículo del diario *The Globe* de Toronto, *La Ley de Salud Pública* de Saskatchewan estaba “mucho más avanzada que las legislaciones similares en otras partes del Dominio” en cuanto a sus medidas para proteger el suministro de agua y proporcionar atención a los enfermos de tuberculosis. Saskatchewan poseía un suministro de agua relativamente endeble y su Ley exigió que las municipalidades sometieran todo plan

de mejora o construcción de alcantarillas a la aprobación de una Comisión de Salud Pública recientemente creada. En su rol de Comisario de Salud Pública, Seymour era directamente responsable de la administración de la Ley y de la Oficina de Salud Pública de Saskatchewan. En contraste, la mayoría de las provincias impartían sus leyes de salud pública a través de consejos provinciales de salud y de un secretario u oficial principal de sanidad, lo que representaba un sistema, como mencionara *The Globe*, cada vez más “incómodo e ineficaz, sobre todo en epidemias de fiebre tifoidea y viruela”.²

Además de una gestión más eficaz de las aguas residuales y de la designación de un ingeniero sanitario provincial, la Ley de Salud Pública de Saskatchewan exigía la notificación obligatoria de todos los casos de tuberculosis, de manera que “a los pacientes se les enseñara a adoptar las precauciones apropiadas para minimizar la propagación de la infección”.³ En respuesta al desafío creciente de la tuberculosis, algunas provincias comenzaron a abrir hospitales especializados llamados sanatorios para proporcionar tratamiento con financiamiento público. El primer sanatorio de Canadá abrió sus puertas en 1897 en Gravenhurst, Ontario, seguido por otros en Manitoba (1910), Nuevo Brunswick (1913) y Saskatchewan (1917). A pesar de las altas tasas de tuberculosis en la población aborigen, el tratamiento en sanatorios no se utilizó mucho para estos pacientes por décadas, en un esfuerzo equivocado por mantener bajos

2 G.D. Porter, “Pioneers in Public Health”, *Canadian Journal of Public Health* 40 (febrero de 1949): 85; “Saskatchewan In Lead”, *The Globe* (28 de enero de 1910): 5

3 G.D. Porter, “Pioneers in Public Health”, *Canadian Journal of Public Health* 40 (febrero de 1949): 85; M.M. Seymour, “Health Work in Saskatchewan”, *Public Health Journal* 16 (4) (abril de 1925): 151–53

Arthur Goss, fotógrafo, Archivos de la Ciudad de Toronto, RG 8-32-315



Patio trasero, 512 Front Street East, agosto de 1914

los gastos federales.⁴

La rabia y la poliomielitis emergieron como nuevas amenazas epidémicas a principios de década. En 1910, un brote de rabia en el sudoeste de Ontario encendió la alerta pública y generó presión de parte de la *Toronto Academy of Medicine* (Academia de

Medicina de Toronto) para que se estableciera en esta ciudad un Instituto Pasteur que fuera capaz de elaborar un suministro local de tratamiento antirrábico, que se había desarrollado en París en la década de 1880. La revista médica *The Canada Lancet* informaba que las víctimas de rabia debían viajar a la ciudad de Nueva York para someterse a tratamiento, que en total demoraba 21 días. Para resolver esta necesidad inminente, el Consejo Provincial de Salud ofreció el tratamiento antirrábico en clínicas especiales del *Toronto General Hospital* (Hospital General de Toronto) y del *Hospital for Sick Children* (Hospital de Niños) a una tarifa de 25 dólares por caso para cubrir el costo de la vacuna importada desde Nueva York. Este programa continuó hasta el verano de 1913, cuando el laboratorio provincial de Ontario comenzó a preparar su propia vacuna antirrábica.⁵

4 S. Grzybowski and E.A. Allen, "Tuberculosis: 2. History of the disease in Canada", *Canadian Medical Association Journal* 160 (6 de abril de 1999): 1025–28

5 "The Rabies Outbreak", *Canadian Journal of Medicine and Surgery* 27 (4) (abril de 1910): 222–26; "Rabies in Canada", *Dominion Medical Monthly* 35 (3) (marzo de 1910): 128; R.D. Defries y N.E. McKinnon, "The Rabies Problem and the Use of Rabies Vaccine (Semple) in Canada", *University of Toronto Medical Bulletin* 9 (1929): 8



Helen MacMurchy

Interés Pionero en Higiene Mental y el Bienestar Infantil

La Dra. Helen MacMurchy fue una de los pioneros en el desarrollo de la higiene mental y el bienestar infantil en Canadá. En 1906, la Dra. MacMurchy fue nombrada Inspectora de los débiles mentales en el Departamento del Secretario Provincial en Ontario y tonó un interés activo en la educación, las organizaciones benéficas y el bienestar infantil. En 1920, después de la organización del Departamento federal de Pensiones y Salud Nacional, la Dra. MacMurchy fue elegida como Directora de la División de Bienestar Infantil. Fue la primera mujer nombrada al Comité Permanente Internacional del Congreso de la Higiene. Cuando se jubiló de este cargo en 1934, dedicó su tiempo a la preparación de varios artículos y libros científicos que eran una contribución de gran valor en el adelanto de los campos especiales a los cuales había dedicado principalmente su interés.

—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 28, 1937

Parálisis infantil: la nueva epidemia

Poco después de que se atenuara el temor por la rabia, la primera aparición masiva en Canadá de una extraña (y en ocasiones mortal) enfermedad despertó una nueva ola de preocupación.⁶ En julio de 1910, una niña de la región de Hamilton, Ontario, ingresó al hospital con lo que se creía

6 C.J. Ruddy, "Do Something! Do Anything! Poliomyelitis in Canada, 1927–1962", Tesis de Doctorado, Departamento de Historia, Universidad de Toronto, 1995; C.J. Ruddy, L. Barreto, R. Van Exan, S. Gilchrist, "Conquering the Crippler: Canada and the Eradication of Polio", *Canadian Journal of Public Health* 93 (Mar-Abr 2005), encarte especial

era rabia, donde luego falleció. Más tarde se descubrió que había sido víctima de parálisis infantil (poliomielitis). Tanto la rabia como la poliomielitis son enfermedades virales que afectan el sistema nervioso central, por lo que sus síntomas solían confundirse. Según informó el *Toronto Star*: “Si bien la mayoría de los casos de aquí son niños menores de cuatro años, dos o tres de las víctimas son personas adultas... Hace algunos años la enfermedad se abatió sobre una parte de Estados Unidos, cobrándose víctimas por cientos”.⁷ Las autoridades de salud pública reconocieron que la parálisis infantil no era una enfermedad nueva, no obstante, un artículo de la revista *Maclean's* de 1912 se tituló “Parálisis: la nueva epidemia”. Redactado por una autoridad en salud materno-infantil, Helen MacMurchy, el artículo expresaba que “1910 fue, en un sentido terrible, ‘un año maravilloso’ para la poliomielitis epidémica. Ése fue el año en que apareció en todo el mundo, por así decirlo.”⁸

En efecto, en el *Congress of American Physicians and Surgeons* (Congreso de Médicos y Cirujanos Estadounidenses) de 1910, la poliomielitis recibió más atención que cualquier otro tema. Según MacMurchy, “el número de víctimas de tuberculosis disminuye año tras año”, mientras que la polio “ahora cuenta sus víctimas por miles cuando se solían contar en pares”. La polio no se parecía a otras enfermedades que azotaban “a los pobres o a los delicados” y su causa era desconocida. El artículo de MacMurchy sobre esta “pestilencia que anda en tinieblas” planteaba: “¿Cómo elige a sus víctimas y dónde las golpea, para que podamos protegerlas de



Charles John Colwell Orr Hastings

*Médico Higienista
Internacionalmente Reconocido*

El Dr. Charles Hastings fue el Médico Higienista de Toronto desde 1910 al 1929. Fue paladín dedicado a hacer que Toronto fuese la primera ciudad en Canadá que pasteurizara la leche. Introdujo un sistema de agua potable segura y estableció un sistema de enfermería de salud pública internacionalmente reconocido. El Dr. Hastings fue un destacado pionero en programas de educación para la salud, inspección médica y dental en las escuelas públicas y clínicas de barrio para los bebés en el Canadá. Bajo su mandato, el Departamento de Salud Pública de Toronto creció desde un equipo de 27 personas con una enfermera de salud pública en 1910, a un equipo de 500 personas con 114 enfermeras de salud pública en 1920. Toronto se convirtió en modelo de administración de la salud pública en Canadá y en todo el mundo. La clave de esta reputación fue por los registros exactos, creer que los registros dan tanto la dirección como la justificación de programas radicales de salud. Su objetivo para Toronto era crear un Departamento de Salud que “reduciría de todas las maneras posibles las enfermedades innecesarias y evitables con el sufrimiento y muerte prematuro resultantes.”

—Janice R. Sandomirsky, *Toronto's Public Health Photography [La fotografía de la salud pública en Toronto]*

7 “Children are Attacked by Strange Epidemic”, *Toronto Star* (17 de agosto de 1910): 1

8 H. MacMurchy, “Paralysis: The New Epidemic”, *Maclean's* (noviembre de 1912): 110.

su ataque asesino y cruelmente invalidante?” No había consenso sobre si la enfermedad era contagiosa o sobre lo que se podía hacer para controlarla, prevenirla y tratarla.⁹ Un célebre patólogo manifestó en una reunión de la *Chicago Neurological Society* (Sociedad Neurológica de Chicago): “No podemos siquiera diagnosticarla, ya que el primer síntoma certero es la parálisis del paciente”.¹⁰ Los oficiales de sanidad de Toronto decidieron aislar a los pacientes en un cuarto de sus casas, pero sin fijar carteles ni poner en cuarentena sus hogares. Por el contrario, en Hamilton se fijaron carteles de la provincia de Ontario. En Canadá, sólo Ontario y Colombia Británica habían designado a la parálisis infantil como una enfermedad de declaración obligatoria hacia 1911. Una investigación de la Comisión canadiense de la conservación solicitó a los médicos de todo el país que notifiquen los casos y las muertes por parálisis infantil y recibió informes de 658 casos y 46 muertes entre el 1 de noviembre de 1909 y el 31 de octubre de 1910.¹¹

La Comisión canadiense de la conservación organizó una conferencia especial sobre salud pública en Ottawa en octubre de 1910 para que los oficiales de sanidad provinciales y federales se reúnan con el nuevo asesor médico de la Comisión, Charles Hodgetts. Hodgetts se centró en la incidencia persistente de fiebre tifoidea debida al agua contaminada de las ciudades canadienses. Los índices de mortalidad por fiebre

tifoidea en Canadá superaban los de Estados Unidos, el Reino Unido y la mayoría de los países europeos y, según informó *The Globe* de Toronto, Hodgetts sostenía que era el momento de “asumir nuestras responsabilidades y darnos prisa por poner nuestra casa en condiciones sanitarias”.¹² Hodgetts recomendó una legislación más eficaz y de cumplimiento federal, que contara con la cooperación de los departamentos provinciales de salud. La conferencia abogó por la creación de un consejo federal de salud y de acciones gubernamentales orientadas a prevenir la contaminación de los suministros de agua pública, estableciendo sanatorios subsidiados para combatir la tuberculosis en el ámbito federal y provincial y financiando una campaña educativa contra la llamada “plaga blanca”. La conferencia también recomendó la creación de un laboratorio que realizara investigaciones y fabricara vacunas y antitoxinas.



Príncipe Arturo Guillermo Patricio Alberto, primer Duque de Connaught y Strathearn

Public Health Journal, 5 (septiembre de 1914)

La Asociación Canadiense de Salud Pública

El 12 de octubre de 1910, en un encuentro vespertino presidido por Peter Bryce, dos médicos de Toronto, Duncan MacKenzie Anderson y Lester McDonnell Coulter, se reunieron con 14 oficiales de salud pública que asistían a la conferencia para organizar formalmente la Asociación Canadiense de Salud

9 “New Disease A National Peril”, *Toronto Star* (3 de octubre de 1910): 7; R.W. Lovett, “The Occurrence of Infantile Paralysis in the United States and Canada in 1910”, *American Journal of Diseases of Children* 2 (agosto de 1911): 65–74

10 “Infantile Paralysis”, *The Globe* (12.11.10): 21

11 “Infantile Paralysis”, *The Globe* (29 de junio de 1911): 5; C.A. Hodgetts, “The Statistics of Infantile Paralysis”, *Canadian Medical Association Journal* 1 (noviembre de 1911): 1036–39

12 “Health Measures”, *The Globe* (13 de octubre de 1910): 4



George Dana Porter

Líder en el movimiento anti-tuberculosis en Canadá y Socio Fundador de CPHA

En 1908, el Dr. Porter dejó la consulta que había establecido en Toronto para dedicarse al control de tuberculosis en Canadá. ES conocido de costa a costa como líder del movimiento anti-tuberculosis, animando e inspirando a legos en todas partes a organizar sus propias sociedades anti-tuberculosis y de proveer plazas de sanatorio para todo paciente necesitado. Fue uno de los socios fundadores de CPHA y su primero tesorero honorario en servicio desde 1910 a 1914. Fue a través de su interés y participación financiera que la Asociación obtuvo la propiedad de la *Canadian Public Health Journal* (publicado originalmente como *The Public Health Journal*) y ayudo generosamente con su mantenimiento.

—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 33, 1942

Pública. Anderson y Coulter habían comenzado a publicar una nueva revista nacional de salud pública en enero de 1910, 18 años después de que Edward Playter dejara de publicar el *Canada Health Journal*. El *Public Health Journal* fue redactado y publicado mensualmente por la *York Publishing Company*, que había sido creada por Anderson y Coulter en 1909.

Los redactores de la nueva publicación orientaron sus esfuerzos a la creación de la nueva Asociación, que finalmente incorporaron a Ontario el 22 de septiembre de 1910, junto con el dentista de Toronto A.J. Harrington,

el Oficial de Sanidad de Toronto Charles J.O. Hastings y T. Aird Murray, quien había recibido recientemente el nombramiento de asesor en sistemas de alcantarillado de la Oficina de Salud de Saskatchewan. El objetivo de la Asociación era establecer normas profesionales de salud pública, llevar a cabo investigaciones y proporcionar información técnica y científica. El objetivo de la ACSP era “el desarrollo de la ciencia y del arte de la profilaxis general con la promoción de la asistencia social, a través de una conservación juiciosa de los recursos naturales, la popularización de la eugenesia y una cooperación nacional e internacional más eficaz en todas las líneas de la salud pública”.¹³

El primer presidente de la Asociación Canadiense de Salud Pública fue T.A. Starkey, Profesor de Higiene de la Universidad McGill, su secretario fue el Comandante Lorne Drum, Oficial Principal del Laboratorio Militar de Higiene (*Military Laboratory of Hygiene*), y su tesorero fue George Porter, Secretario de la Asociación Canadiense contra la Tuberculosis (*Canadian Anti-Tuberculosis Association*). El Gobernador General, el Duque de Connaught, ofició de patrocinador de la ACSP y a ésta se le concedió una carta federal en abril de 1912. El ingreso estaba abierto a todos, ya sea como miembros activos o asociados, y estaba sujeto a cuotas de membresía de 3 dólares o 2 dólares respectivamente, que incluían una suscripción de un año al *Public Health Journal*.¹⁴ Un editorial de la revista prometía que la Asociación ayudaría a vencer el aislamiento de los trabajadores de

13 “Inter Alia”, *Public Health Journal of Canada* 1 (9) (septiembre de 1910): 460–61

14 Minutas de la Reunión para la Organización de la Asociación Canadiense de Salud Pública, 12 de octubre de 1910, Asociación Canadiense de Salud Pública

La eugenesia

Este término, acuñado por Francis Galton, uno de los grandes hombres de ciencia del siglo XIX, describe la aplicación de los conocimientos científicos emergentes en genética para alentar la procreación de aquellos considerados dignos de reproducción, como eruditos excepcionales y refinados atletas, y desalentar la perpetuación en nuevas generaciones de otros juzgados como ‘incapaces’ debido a su baja inteligencia, trastornos mentales o ciertas clases de enfermedades crónicas y/o discapacidades como tuberculosis, alcoholismo y “propensiones criminales”. En muchas jurisdicciones ilustradas, entre las que se incluían Suecia, varios estados de Estados Unidos y algunas provincias canadienses, se promulgaron diversas leyes y reglamentaciones que validaban la

eugenesia, especialmente a través de la práctica de la “esterilización de los incapaces”. Algunas de estas leyes y reglamentaciones permanecieron en los estatutos mucho después de que la práctica de la eugenesia fuera desacreditada por completo por un estudio minucioso de los patrones de salud y enfermedad entre la aristocracia y las familias dirigentes de Europa, y por las infames políticas de purificación racial abogadas y practicadas por el partido Nazi en la Alemania de los años 30. Suecia y la provincia canadiense de Alberta fueron dos de las últimas jurisdicciones que eliminaron tales leyes de sus estatutos; ambas revocaron sus leyes en 1970, aunque se cree que habían dejado de aplicarse muchos años antes.

—John Last

la salud pública provincial. “A los funcionarios de salud se los solía considerar muy a menudo males tan necesarios como las dolencias que se suponía que combatían, en lugar de verlos como elementos vitales para la construcción del tejido social de un Estado moderno”.¹⁵

Public Health Journal, 5 (septiembre de 1914)



La fiebre tifoidea

Poco tiempo después de la reunión inicial de la ACSP, la ciudad de Ottawa ofreció una demostración

convinciente de que un control ineficiente de las aguas residuales podía dar como resultado

un gran brote de fiebre tifoidea. Durante varios años, la región había registrado casos de fiebre tifoidea que mayormente se habían circunscrito a las áreas más pobres de la ciudad y habían sido completamente ignorados por los funcionarios municipales. En enero de 1911, numerosos casos de fiebre tifoidea hicieron eclosión en todas las áreas de la ciudad, dejando 987 individuos afectados y 83 muertos hacia el mes de marzo. En medio de una alerta considerable y la crítica de la administración municipal, el oficial principal de sanidad de Ontario, J.W.S. McCullough, y el secretario del Consejo de Salud del Dominio, Charles Hodgetts, se unieron al comisario de salud local para investigar los casos, y comprobaron que el agua residual contaminada del río Ottawa accedía al suministro hídrico de la ciudad. Se habían tomado escasas medidas luego de la recomendación de comenzar un programa

15 “The Canadian Public Health Association Congress”, *Public Health Journal* 2 (noviembre de 1911): 504

“Debemos ocuparnos de la eliminación de las aguas residuales. Los retretes son un foco excelente para la cría de moscas. La basura se arroja al exterior del hogar, generando otro lugar de cría de estos insectos. Esta basura se podría colocar en un bote de basura y luego acopiarla para fabricar fertilizantes. Hoy se están instalando muchas fosas sépticas en las partes más avanzadas de nuestro país, pero aún hay miles de granjas que todavía no tienen otro modo de eliminar las aguas residuales que no sea arrojándolas al exterior.”

— W. Stephen, *Minutas del Consejo Federal de Higiene, 1919*

de tratamiento de aguas, ya que los planes de remediación de los concejales rivales de la ciudad con aspiraciones de alcaldía habían convertido la crisis de salud pública en una crisis política. Cuando una segunda epidemia enfermó a 1.378 personas y mató a otras 91 en julio de 1912, McCullough impuso a la ciudad una multa de 100 dólares por día.¹⁶

Las ciudades de América del Norte comenzaron a construir alcantarillas a fines del siglo XIX. Las alcantarillas se diseñaron originalmente para volcar aguas residuales sin tratar directamente en el cuerpo de agua más cercano. Por ello, los desechos no tratados eran arrastrados a las playas y contaminaban los lagos y las bahías de donde se extraía el agua potable. Si bien el manejo de los sistemas de agua y alcantarillado mejoraba gradualmente, la fiebre tifoidea ocasionada por suministros de leche

16 “Report of the Committee on Public Health of the Commission of Conservation on the Ottawa Typhoid Epidemic”, *Public Health Journal* 2 (agosto de 1911): 372–73; Major L. Dunn, “Typhoid Fever: Character of the Recent Epidemic at Ottawa, January 1st to March 18th, 1911”, *Public Health Journal* 2 (septiembre de 1911): 412–14; “Ottawa Must Act or Province will Impose Penalty”, *The Globe* (3 de agosto de 1912): 1

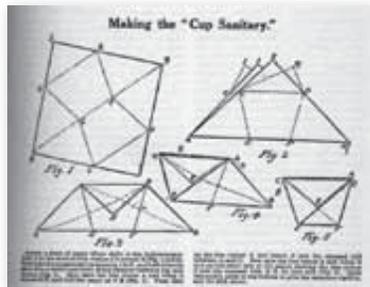
contaminada avivó la acción local, provincial y federal durante la década de 1910. Las ciudades fueron las primeras en organizar el control de las provisiones de leche (la ciudad de Quebec en 1884 y Winnipeg en 1885), seguidas más tarde por algunas provincias. La Asociación Médica Canadiense designó en 1908 a una Comisión de la Leche que trabajaría con comités locales y provinciales de salud para investigar el suministro de leche, especialmente en cuanto a la propagación de enfermedades de declaración obligatoria como la tuberculosis. Charles Hastings, oficial de sanidad de Toronto, emprendió un abordaje agresivo de la cuestión, logrando que Ontario aprobara una serie de enmiendas a su *Ley de Salud Pública* en 1911 y promulgara una Ley de la Leche (*Milk Act*) que

“Es cierto que en muchas granjas no valoran la leche como alimento: se la envía casi por completo a la lechería y se conserva muy poco en casa. Lo habitual es que la crema se obtenga de allí y el niño sólo reciba leche descremada. Debería haber un factor correctivo y ese factor es la educación. Se ha demostrado fehacientemente que ningún alimento infantil iguala a la leche. Yo diría que el 50% de los niños nacidos en el país no recibe la cantidad suficiente de leche para beber, en una nación donde la leche es abundante. Creo que no se ha prestado la atención debida al equilibrio en los alimentos que reciben los niños de las comunidades agrícolas. El agricultor presta atención al alimento de su ganado, pero no al de sus niños.”

— W. Stephen, *Minutas del Consejo Federal de Higiene, 1919*

otorgaría facultades a los comités locales de salud y reglamentaría estrictamente la producción y venta de este alimento en la provincia. El *Public Health Journal* mencionaba que “Ontario se ha dado cuenta por fin de la importancia de una acción rápida en la profilaxis por parte del Estado”.¹⁷ La reglamentación de la leche también fue una parte importante de la nueva *Ley de Salud Pública* integral de Manitoba de 1911.

Las inspecciones en las escuelas



Public Health Journal, 2 (julio de 1911)

Las inquietudes sobre el suministro de leche eran parte de un interés cada vez mayor en la salud física y mental de los

niños, que se aplicó gradualmente a través de la inspección médica en escuelas canadienses a partir de 1910. Estados Unidos había comenzado antes, empleando su primer médico escolar en Boston en 1894 y sus primeras enfermeras escolares en la ciudad de Nueva York en 1902. Las inspecciones escolares canadienses comenzaron en las ciudades de Hamilton (1907), Brantford (1908) y Toronto (1910) de la provincia de Ontario. Colombia Británica fue la primera provincia que contó con inspección médica en escuelas, la cual estaba a cargo de comités locales de educación. Lina L. Rogers fue convocada desde Nueva York para dirigir la iniciativa de inspección escolar de Toronto en abril de 1910. Este hecho marcó un crecimiento en la demanda y prominencia de las enfermeras de salud

17 “Hygiene and the Ontario Legislature”, *Public Health Journal* 2 (abril de 1911): 170–71

“El cuarenta por ciento de los establecimientos escolares rurales no era adecuado para criar cerdos. En lo que respecta a la calefacción, había que esperar hasta casi el mediodía para que la temperatura fuera adecuada para habitarlos. No había áreas de juegos. El evangelio de la Salud Pública se debería predicar en los distritos rurales.”

— Dr. W.H. Hattie, *Minutas del Consejo Federal de Higiene*, 1919

pública. Rogers contó pronto con el apoyo de varias auxiliares de enfermería, dos inspectores médicos y un inspector dental. El estado de la salud dental de los escolares era particularmente alarmante durante esta época y las inspecciones iniciales en Toronto revelaron que sólo 1.864 de los 5.850 niños inspeccionados habían usado alguna vez un cepillo de dientes.¹⁸

La salud de los niños en las escuelas aborígenes de internado era aún más inquietante. Peter Bryce informó en 1907 que las escuelas no tenían el financiamiento suficiente y no contaban con instalaciones médicas apropiadas, por lo que cundían en ellas las enfermedades. A través de su evaluación de datos de encuestas realizadas durante 15 años, Bryce confirmó que entre el 25 y el 35% de los estudiantes había muerto, principalmente de tuberculosis, pero también de otras enfermedades como el sarampión.¹⁹

18 “Inter Alia”, *Canadian Therapeutist and Sanitary Engineer* 1 (julio de 1910): 365

19 M. Sproule-Jones, “Crusading for the Forgotten: Dr. Peter Bryce, Public Health, and Prairie Native Residential Schools”, *Canadian Bulletin of Medical History* 13(1) 1996

El crecimiento de la educación en salud pública

Los descubrimientos científicos y la medicina preventiva se convirtieron en elementos centrales de las estrategias locales y provinciales de salud pública para el control de las enfermedades. Inspiradas por importantes exposiciones en Estados Unidos y Europa, las exhibiciones provinciales se volvieron cada vez más elaboradas y una parte clave de las estrategias de educación en salud pública.

Eran de interés particular para la educación en salud pública algunas amenazas de enfermedades específicas que se habían identificado recientemente a través de la investigación bacteriológica. Las moscas domésticas, las tazas de uso público y los besos eran motivo de especial preocupación. A través de la observación microscópica de insectos comunes, se identificó a las moscas como “gérmenes con patas” que podían contaminar alimentos y artículos de uso doméstico, dejando un rastro de suciedad y bacterias.²⁰ Para prevenir una “masacre de inocentes”, a las personas se les aconsejaba, por tanto: “Proteja sus puertas, sus ventanas y sus alimentos de este agente de contaminación. Aplaste a la *Musca domestica* y bárrala de los confines de su casa”.²¹

20 N. Rogers, “Germs With Legs: Flies, Disease, and the New Public Health”, *Bulletin of the History of Medicine* 63 (1989): 599–617; F.W. Waugh, “Some Household Insects and Their Neighbours”, *Canadian Therapist and Sanitary Engineer* 1 (7) (julio de 1910): 337–42

21 “Swat the Fly”, *Canadian Therapist and Sanitary Engineer* 1 (6) (junio de 1910): 312; “That Fly”, *Canadian Therapist and Sanitary Engineer* 1 (8) (agosto de 1910): 363; Rene Bache, “Massacre of the Innocents”, *Canadian Therapist and Sanitary Engineer* 1 (8) (agosto de 1910): 405–06; “The Fly War”, *Public Health Journal of Canada* 1 (9) (septiembre de 1910): 454–56; “Fly, Breeder of Disease, is to be Exterminated”, *The Globe* (17 de octubre de 1910): 8

Es una pena que la anticuada taza o cucharón de donde bebía toda la humanidad de manera despreocupada y democrática deba pasar a la historia. Pero hoy, quienquiera cuelgue tal recipiente estará invitando a los gérmenes a una fiesta casera. Si cada organismo público, en particular las escuelas, los hoteles, las estaciones de ferrocarril y los trenes, suprimiera la taza de bebida pública, el porcentaje de tuberculosis y de otras enfermedades de declaración obligatoria disminuiría de manera sorprendente.

— W. Stephen, *Minutas del Consejo Federal de Higiene, 1919*

La taza “común”, que se usaba masivamente para beber en las plazas públicas, escuelas y estaciones de ferrocarril, era considerada por las autoridades de salud pública como antihigiénica y como “un transportador de gérmenes de enfermedades, a veces del tipo más grave”.²² La ciencia también había revelado los peligros asociados al beso. En un congreso internacional sobre tuberculosis en París, un experimento demostró que las muestras tomadas de labios, en particular de labios barbados, estaban infestadas de microorganismos, incluidos los microbios responsables de la tuberculosis y la difteria. Una mujer joven se ofreció a ser besada en tal experimento y sobrevivió, “pero si sus labios no hubieran sido esterilizados con sumo cuidado, podría haber sido víctima de una de varias



Newark Evening News, junio de 1916

22 “Inter Alia”, *Canadian Therapist and Sanitary Engineer* 1 (6) (junio de 1910): 315



John W.S. McCullough

Médico-Jefe Higienista de Ontario con Largos Años de Servicio

Como higienista jefe de largos años de servicio en Ontario, el Dr. McCullough reforzó la educación e infraestructuras para la salud pública y contribuyó a la provisión de productos biológicos esenciales a precios al alcance de todo el mundo en Canadá. Promocionó la educación pública y estableció exposiciones itinerantes de salud pública en un vagón de tren que paraba en las estaciones de tren alrededor de la provincia, promocionando las vacunas, el control de las enfermedades venéreas, y otros temas de salud pública. El Dr. McCullough presionó para legislación de salud pública más global, juntas de salud más transparentes y más eficaces, una revisión global de la Ley de Salud Pública de Ontario en 1912 y una Ley de vacuna con más fuerza. Desarrolló un conjunto de reglamentos en 1917 para la Junta de Salud Provincial para que controlasen las enfermedades venéreas. En 1923, el Dr. McCullough inició una campaña para avanzar la Salud Pública en América del Norte, empezando con el establecimiento de departamentos de salud más competentes y con una organización eficaz supervisados por un médico higienista a tiempo completo.

—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 27, 1936

enfermedades que probablemente le habrían costado la vida o la habrían dejado inválida... Los besos pueden ser agradables. Los besos pueden o no ser malos – las autoridades discrepaban. Pero son peligrosos en más de un sentido”.²³

Charles Hodgetts, oficial principal de sanidad de Ontario y Secretario del Consejo Provincial de Salud entre 1903 y 1910, demostró su creencia en la educación pública realizando una exposición itinerante sobre tuberculosis que incluía tablas, mapas, fotografías, modelos de sanatorios y demostraciones sobre el valor del aire libre. Esta exposición solía formar parte de las ferias de otoño y fue la base para que el sucesor de Hodgett, John W.S. McCullough, adoptara literalmente la idea de una exposición itinerante sobre salud pública. Hizo montar la exposición en un vagón de tren que se detenía en estaciones de ferrocarril de toda la provincia, donde se exhibían los materiales y se realizaban demostraciones y conferencias públicas.

Las exposiciones de salud pública de Ontario marcaron la pauta nacional de la época y las exhibiciones más grandes se presentaron en la Exposición Nacional Canadiense de Toronto. En 1911, las exhibiciones incluyeron “tablas para la conservación de la visión y para la prevención de la mortalidad infantil y modelos para la ventilación”, así como charlas de salud ofrecidas por líderes de salud pública. Un elaborado objeto prestado por el Departamento de Salud de Chicago (*Chicago Health*



Carrito itinerante y seguridad alimentaria

Public Health Journal (enero de 1916)

23 “The Costly Salute”, *Public Health Journal of Canada* 1 (9) (septiembre de 1910): 452–54

Department) ilustraba “por medio de muñecas durmientes y de humo el efecto nocivo de dormir en un cuarto mal ventilado”. La publicación *Canada Lancet* afirmaba que “esperamos que este gran despliegue realizado en Toronto se pueda repetir en los próximos años. El conocimiento es poder, y en ningún ámbito este poder tiene más valor que en la lucha contra las enfermedades”.²⁴

Las enfermedades venéreas y la higiene social

Las enfermedades venéreas eran un tema raramente discutido en esta época, aunque el *Canadian Medical Association Journal* mencionó que, en 1916, del 50 al 60% de los adultos tendría gonorrea en algún momento de su vida.²⁵ En 1912, el *Public Health Journal* propuso que esta grave amenaza a la salud pública se podría prevenir a través de la educación sobre higiene sexual dirigida a los alumnos de las escuelas públicas. Según un informe aparecido en esta publicación un año antes, varias escuelas privadas de Estados Unidos habían demostrado la utilidad de la instrucción sexual y el estado de Washington la había hecho obligatoria. Del mismo modo, las conferencias sobre higiene sexual en universidades canadienses habían “permitido



“Estos niños son ciegos porque sus madres padecieron gonorrea que, en la mayoría de los casos, contrajeron del padre”

Sanofi Pasteur Limited, Comnaught Campus, Archives

una reducción notable de la inmoralidad de los estudiantes universitarios masculinos en los últimos cinco años... Se trata de la educación en el hogar o la educación en las calles”.²⁶ El *Public Health Journal* celebraba la noticia de que Oakland, California, había abierto escuelas públicas en el otoño de 1911 en las que se impartían conferencias y clases sobre higiene sexual:

Algunos puritanos reaccionarios e ignorantes de Oakland se sonrojan de manera violenta y ruidosa y esta “destrucción de la modestia y del sentido de la propiedad”... La locura y el barbarismo de los padres puritanos son responsables del 50 al 60 por ciento de los reclusos en internados de dementes, de la mitad de los “especialistas” en medicina; de niños, niñas, hombres y mujeres que mueren, algunos de ellos

lunáticos, ciegos, sordos, mudos o sumidos en el cretinismo... La ignorancia en materia sexual ha desolado más hogares y ha arruinado más vidas que cualquier flojedad inherente de moral, y esto desacredita por completo la mojigatería crónica que ya ha causado tal estrago en la nueva generación.²⁷

El *Public Health Journal* definió a la legislación de 1912 de Ohio para la educación de los jóvenes en asuntos sexuales como “el paso más radical hacia la higiene social que han tomado hasta la fecha los funcionarios de salud pública, y el esfuerzo inicial para poner en práctica una

24 “The Public Health Exhibit”, *Canada Lancet* 45 (2) (octubre de 1911): 148; “The Public Health Exhibit of the Ontario Board of Health at the Canadian National Exhibition”, *Public Health Journal* 2 (octubre de 1911): 492–934

25 “Legislation for the Protection Against Venereal Disease”, *Canadian Medical Association Journal* 8 (abril de 1918): 355–58; Jay Cassel, *The Secret Plague: Venereal Disease in Canada, 1838–1939* (Toronto: University of Toronto Press, 1987), p. 18

26 “Inter Alia”, *Public Health Journal* 2 (marzo de 1911): 135–36

27 “Sense and the Sex Question”, *Public Health Journal* 2 (octubre de 1911): 495–96



Public Health Journal, 4 (octubre de 1913)

Exposición

venéreas y su relación con la tarea de las escuelas, afirmando que “si a los niños se los ilustra en cuanto a las causas y los resultados de las enfermedades venéreas, ellos sabrán a qué se enfrentarán y estarán en guardia”. La visión de Barrow reflejaba una conciencia cada vez mayor de que la política tradicional de silencio y represión en materia de higiene sexual debía llegar a su fin. Como “los padres son muy reacios a hacer algo al respecto”, las autoridades escolares eran quienes debían asumir la responsabilidad.²⁹

Un editorial del *Journal of the American Medical Association* reimpresso en el *Public Health Journal* declaraba que era “una responsabilidad inherente y única” de la profesión médica impulsar esta tarea educativa, “y que todo médico puede participar, sea en público o en privado”. Un sentimiento social moderno exigía pues “un nuevo estilo

teoría que tiende a considerarse como de importancia suprema desde el punto de vista de la salud y la moral”.²⁸

En una presentación a la convención anual de fideicomisarios de escuelas de Alberta, L. Barrow había suscitado la cuestión de las enfermedades

de tratamiento y un nuevo punto de vista al considerar la enfermedad venérea, y compete al médico ser el líder en esta gran tarea”.³⁰

Sin embargo, comenzaba a suscitarse un debate público sobre si se debía o no enseñar a los escolares sobre el tema del sexo. Alegando la incapacidad de aumentar la carga de trabajo de los docentes, el Consejo de Educación de Toronto decidió no introducir la instrucción sexual en las escuelas en 1913. “Sigue siendo la opinión generalizada de las autoridades escolares que la instrucción sexual es, cuanto menos, un deber escolar dudoso”.³¹

Las estructuras provinciales

En el otoño de 1911, el recientemente designado oficial principal de sanidad de Ontario, John McCullough, exigió una legislación de salud pública más abarcativa y focalizada en la formación de organizaciones de salud locales y en la asignación de responsabilidades. Así pues, en 1912, el gobierno de Ontario emprendió una revisión completa de su Ley de Salud Pública, creando 10 distritos de salud (aunque tres del norte de Ontario “quedaron en suspenso”). Cada distrito tendría oficiales de sanidad de jornada completa, quienes recibirían “un sueldo razonable fijado por ley” y serían independientes del control municipal, a condición de que aprobaran un curso de posgrado del Departamento de Higiene de la Universidad de

28 “Ohio State Board of Health and Sex Hygiene”, *Public Health Journal* 3 (febrero de 1912): 95

29 “Alberta Health Act and Its Relation to Medical Inspection”, *Public Health Journal* 3 (marzo de 1912): 153–54

30 “Education in Sex Hygiene and Prophylaxis”, *Public Health Journal* 4 (mayo de 1913): 340–41. See also “Sex Hygiene to be Discussed by Distinguished Speakers at the International School Congress in Buffalo”, *Public Health Journal* 4 (junio de 1913): 380–82; “Venereal Diseases and the Public Health”, *Public Health Journal* 4 (septiembre de 1913): 530–32

31 “Sex Hygiene Not For Toronto Schools”, *The Globe* (14 de noviembre de 1913): 9

Prohibición

En 1901, la Isla del Príncipe Eduardo se convirtió en la primera provincia en prohibir bebidas alcohólicas, y el resto del país siguió el ejemplo durante la Primera Guerra Mundial. El alcohol se podía comprar a través de dispensarios del gobierno para casos excepcionales, como usos científicos, industriales, artísticos, sacramentales y medicinales. La prohibición puso fin a décadas de esfuerzo de parte del movimiento antialcohólico y, antes de la guerra, la mayor parte de Canadá ya era “seca” por un plebiscito local. Sin embargo, el alcohol ilegal estaba ampliamente difundido, y la fabricación se reanudó después de la guerra a medida que proliferaron el contrabando de licores y las tabernas clandestinas. Quebec fue la primera provincia en abolir la prohibición en 1919 y el resto del país gradualmente siguió el ejemplo en los años 20, excepto la Isla del Príncipe Eduardo —“el último bastión” — que lo hizo recién en 1948.

— *Canadian Encyclopedia Online*

Toronto. Se crearon distritos de salud similares en Quebec y Saskatchewan, mientras que Manitoba reforzó su control de enfermedades infecciosas y suministró provisiones gratuitas de vacuna antivariólica y antitoxina diftérica.³²

En la primavera de 1913, John A. Amyot, Director de los Laboratorios Provinciales de Ontario y Profesor de Higiene de la Universidad de Toronto,

32 “Twenty-Ninth Annual Report of the Ontario Board of Health”, *Public Health Journal* 2 (octubre de 1911): 491; “The Amended Ontario Act”, *The Public Health Journal* 3 (abril de 1912): 218–19; “Ontario Health Districts”, *Public Health Journal* 3 (junio de 1912): 349; “Regulations Regarding Health Districts in the Province of Saskatchewan”, *Public Health Journal* 3 (mayo de 1912): 291–92; E.M. Wood, “The New Public Health Act as it Affects Provincial Municipalities”, *Public Health Journal* 2 (noviembre de 1911): 520–22

invitó a John G. FitzGerald a asumir el cargo de Profesor Asociado de Higiene de media jornada y a producir el primer suministro de tratamiento antirrábico preparado en Canadá. FitzGerald construyó un pequeño establo y laboratorio en un patio trasero para poder fabricar la antitoxina a un precio mucho menor del que se estaba pagando por la antitoxina importada. Luego de que McCullough expresara el interés de Ontario en comprar la antitoxina, FitzGerald convenció al Consejo de Gobernadores de la Universidad de Toronto de crear el Laboratorio de Antitoxinas dentro del Departamento de Higiene con la ayuda de Robert D. Defries, quien fuera el primer graduado de la Escuela de Higiene con un Diploma en Salud Pública en 1914. FitzGerald continuó dirigiendo el laboratorio después de enrolarse en la milicia en 1915, donde pasó a estar a cargo de la Unidad de Bacteriología de Camp Niagara. En febrero de 1916, el Consejo de Salud de Ontario comenzó a distribuir gratuitamente los productos del Laboratorio de Antitoxinas e hizo de éste la fuente oficial de productos biológicos de salud pública en Ontario, eliminando prácticamente a las empresas comerciales competidoras de la provincia. Ya con nuevas instalaciones construidas gracias al dinero donado a la universidad por el empresario de la destilación de Toronto, el Coronel Albert E. Gooderham, los laboratorios recibieron el nombre de Connaught Antitoxin Laboratories en honor a su amigo y luego primer Gobernador General y patrocinador de la ACSP, el Duque de Connaught.³³

33 James FitzGerald, *What Disturbs Our Blood* (Toronto: Random House, 2010); Christopher J. Ruttly, “Personality, Politics and Public Health: The Origins of Connaught Medical Research Laboratories, 1888–1917”, en E.A. Heaman, A. Li, S. McKellar (eds.) *Figuring the Social: Essays in Honour of Michael Bliss* (Toronto: University of Toronto Press, 2008), p. 273–303



John Gerald FitzGerald

Fundador de los Laboratorios Connaught y de la Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto

Nacido en Drayton, Ontario, el 9 de diciembre de 1882, el Dr. John Gerald FitzGerald se graduó de la Universidad de Toronto en 1903. Mientras estudiaba en los Institutos Pasteur en París, Bruselas y Freiburg, vislumbró la posibilidad de un centro de antitoxinas en Canadá y luego desarrolló los Laboratorios Connaught, los cuales sirvieron como uno de los laboratorios de investigación más activos del país. Otro gran logro que se le atribuye es la Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto. Cumplió funciones en calidad de miembro del Comité de Salud de la Liga de Naciones entre 1930 y 1936 y dedicó tiempo a un gran número de organizaciones nacionales, provinciales y locales. Fue miembro colegiado del Consejo de Salud del Dominio y se desempeñó como miembro ejecutivo de la Asociación canadiense de salud pública y de la Asociación médica de Canadá. Durante muchos años, el Dr. FitzGerald asistió regularmente a las reuniones del Consejo de Salud del Dominio y sus contribuciones a las actas de dichas reuniones fueron de gran valor.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 31, No. 8, agosto de 1940

Desafíos constantes

Tras el inicio de la Primera Guerra Mundial en agosto de 1914, se cancelaron las reuniones anuales de la Asociación Canadiense de Salud

Pública.³⁴ Grandes cantidades de médicos y enfermeros fueron convocados al servicio militar mientras el sector de la salud pública luchaba con su cantidad limitada de personal para afrontar los desafíos de la época, que incluían la polio, las enfermedades venéreas y la gripe. Persistía la incertidumbre sobre la estabilidad financiera de la ACSP y del *Public Health Journal*. Las reuniones anuales de la ACSP se reanudaron en 1915, pero resultó evidente que la base de suscriptores de la publicación había disminuido y el esfuerzo por ampliar el número de lectores a través de la inclusión de artículos literarios, poesías y perfiles de artistas canadienses había sido un fracaso. En 1916, Anderson y Coulter renunciaron a sus puestos de editores y dejaron la *York Publishing Company*. Gordon Bates se ofreció para asumir la labor editorial, pero resultaba imperioso contar con una ayuda económica significativa para que la publicación pudiera sobrevivir. En la reunión anual de la ACSP de septiembre de 1917, diez miembros liderados por FitzGerald ofrecieron ayuda económica personal para mantener a flote tanto la publicación como la editorial *York Publishing*.

En julio de 1916 en el nordeste de Estados Unidos comenzó una de las epidemias de polio más graves que se habían visto hasta entonces. Esta epidemia provocó alrededor de 27.000 casos y 6.000 muertes. Enseguida se notificaron casos al norte de la frontera, lo que suscitó una alerta considerable en las autoridades canadienses de salud pública. McCullough y FitzGerald viajaron a Windsor, Ontario, para investigar un brote significativo que había causado 38 casos y una

34 “Lest We Forget”, *Public Health Journal* 5 (septiembre de 1914): 586; “Our Annual Congress”, *Public Health Journal* 5 (octubre de 1914): 634; “Ourselves” y “An Explanation”, *Public Health Journal* 5 (noviembre de 1914): 682–83

Public Health Journal, 6 (julio de 1915)



Well Baby Clinic,
St. Christopher House,
1915

muerte. Si bien se pensaba que la epidemia de polio de Windsor era de “naturaleza bastante leve”, un informe presentado a una conferencia de oficiales de sanidad de Ontario la describió como “una de las peores calamidades que han acaecido en nuestra ciudad hasta el momento”. Se impuso una cuarentena estricta, “aislando de este modo al trabajador asalariado. Al poner en cuarentena a estas familias con una medida tan drástica, nos vimos obligados a alimentar a todas estas personas, lo que representó una inmensa suma de dinero para nuestra ciudad, pero dinero, me atrevo a decir, bien gastado para proteger a nuestra gente”.³⁵

El Director General de Salud Pública del Dominio, Frederick Montizambert, supervisó la situación de la polio desde su oficina del Departamento de Agricultura, recibiendo actualizaciones regulares de parte del Superintendente de Inmigración, de los oficiales provinciales y locales de sanidad, y de médicos y funcionarios de salud estadounidenses. A mediados de julio, las reglamentaciones canadienses sobre cuarentena se enmendaron y se incluyó la polio.

Se ejerció presión sobre el gobierno federal para que éste haga algo más que “proteger al Dominio de la invasión de la enfermedad”. Los inspectores federales fronterizos de Kingston,

Ontario, comenzaron a controlar los certificados médicos de los niños que entraban a Canadá desde Estados Unidos. Pese a que la crisis estadounidense disminuyó en octubre, un alarmante brote de polio en Montreal impulsó a Ontario a aplicar restricciones fronterizas provinciales contra Quebec. A principios de noviembre, Montizambert consideró que “todas estas cuestiones mantienen los sentimientos y los miedos de nuestra gente tan agudamente vivos que no creo que sea prudente recomendar modificación alguna en nuestras reglamentaciones por el momento”.³⁶ Sin embargo, todas las restricciones fronterizas se levantaron al fin del mes.

Las enfermedades venéreas

La amenaza de las enfermedades venéreas se volvió una cuestión preponderante a medida que avanzaba la guerra. Aproximadamente el 28,5% de las tropas canadienses estaba infectado por enfermedades venéreas en 1915. El interés público aumentó luego de un informe de la *British Royal Commission on Venereal Diseases* (Comisión Real Británica sobre Enfermedades Venéreas) de febrero de 1916 que afirmaba que aproximadamente el 13% de los pacientes de pabellones públicos del Hospital General de Toronto daban pruebas positivas para sífilis. En mayo de 1916, el *Public Health Journal* comenzó a dedicar una atención considerable al tema de las enfermedades venéreas, incluido un artículo que detallaba las medidas médicas adoptadas por la Marina Real para prevenir la sífilis y la gonorrea, basado en un documento presentado

35 E.J. Durocher, “Clinical Studies of Infantile Paralysis”, *Public Health Journal* 8 (junio de 1917): 141–2

36 F. Montizambert to W.D. Scott, 9 de noviembre de 1916, Archivos Nacionales de Canadá, RG29, Vol. 300, archivo 416-2-13



Gordon Bates

Fundador y Director de la Liga de Salud de Canadá

Por largo tiempo, el Dr. Gordon Bates ocupó el cargo de Director Fundador de la Liga Canadiense de Salud y fue un defensor acérrimo de la salud pública. Alarmado por los índices de sífilis y gonorrea en Canadá durante la Primera Guerra Mundial, el Dr. Bates se convirtió en el primer médico canadiense que usó los términos sífilis y gonorrea en los discursos públicos. Sus actividades condujeron a una legislación pionera en Ontario para el control de enfermedades venéreas (EV), como asimismo el establecimiento de cientos de clínicas. La insistencia persistente del Dr. Bates ante las autoridades de salud condujeron a la pasteurización obligatoria de la leche en Ontario y Saskatchewan, como asimismo en cientos de municipios. En 1930, creó un Comité sobre el Toxoide de la Difteria en Toronto para demostrar que la difteria podía ser erradicada mediante el uso eficaz de la inmunización. Además, el Dr. Bates tuvo éxito en lograr que el tema de la fluorización del agua atrajera la atención a nivel nacional.

—*MacLeans*, 26 de noviembre de 1955

al Inspector de Sanidad de la *Association of Western Canada*.³⁷

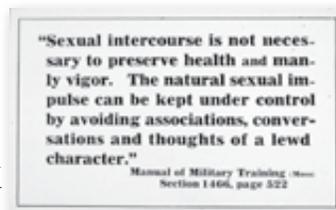
En su nuevo cargo de editor del *Public Health Journal*, Gordon Bates, quien en aquel entonces también era el oficial responsable del Departamento de Enfermedades Venéreas del Hospital Base del Distrito Militar Número

2 de Toronto, usó esta plataforma para emprender una campaña canadiense contra las enfermedades venéreas y las amenazas que se consideraban relacionadas, como el retraso mental, el alcoholismo y la prostitución.³⁸

La alta incidencia de sífilis impulsó a una delegación de médicos de Toronto a llevar sus inquietudes a la Comisión canadiense de la conservación en enero de 1917, con la esperanza de promover acciones federales. Los miembros de la Comisión estaban impresionados por lo que, según habían oído, hacían otros países, en especial la detallada legislación de Australia sobre enfermedades venéreas de 1915. La Comisión pidió a la Academia de Medicina de Toronto que demostrara que la profesión médica canadiense apoyaba la acción legislativa, por lo que Bates presidió una reunión y publicó un informe exhaustivo en el *Public Health Journal*. Las recomendaciones incluían la aplicación a la comunidad general del mismo tipo de metodologías que usaban los militares para diagnosticar, tratar y prevenir las enfermedades venéreas, además de servicios de diagnóstico y tratamiento gratuitos y una amplia campaña de educación pública. En el Hospital Base, Bates se abocó a una evaluación cada vez más detallada de exámenes e historias clínicas de tropas tratadas en Toronto, rastreando cuándo, dónde y de quién – sean prostitutas o mujeres ocasionales – los individuos habían contraído la enfermedad venérea. Este trabajo de investigación llevó a obtener “algunas conclusiones sobre las condiciones sociales de las infecciones circundantes en Toronto, Hamilton”

37 H. MacDougall, “Sexually Transmitted Diseases in Canada, 1800–1992”, *Genitourinary Medicine* 70 (1994): 58; H.B. Weston, “Prevention of Venereal Diseases”, *Public Health Journal* 7 (mayo de 1916): 285

38 “Obituaries: Gordon Bates,” *Canadian Journal of Public Health* 67 (enero-febrero de 1976): 74–75; “Dr. Gordon A. Bates: Founder of Health League Made Preventive Medicine His Career”, *Globe and Mail* (8 de noviembre de 1975): 5



y en particular en Montreal,

donde “tenemos un recital de detalles de una prostitución flagrante y viciosa de un carácter tan degradante que no puedo describir en este documento”. Bates “no encontró prueba alguna de lo que se podría llamar vicio organizado en Toronto”, y esto se debía “en gran parte a nuestro enérgico departamento de policía”.³⁹

Bates estaba decidido a difundir en detalle el problema de las enfermedades venéreas al público en general, a través de periódicos, conferencias públicas, películas y todo otro medio posible. Como mencionara su obituario en el *Globe and Mail*, “Bates fue el primer médico canadiense que usó las palabras sífilis y gonorrea en los discursos públicos. Él hostigó a los editores de periódicos hasta lograr que incluyeran estas palabras en sus noticias y columnas editoriales”.⁴⁰ El periódico *The Globe* de Toronto, por ejemplo, relató con lujo de detalles la presentación de Bates sobre enfermedades venéreas ante la Reunión Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública en Ottawa en 1917. Uno de los aliados más importantes de Bates fue John McCullough de Ontario, quien en 1917 ideó un conjunto de reglamentaciones para el Consejo Provincial de Salud a fin de controlar enfermedades venéreas, adoptando acciones similares a las de Manitoba de 1910 y Saskatchewan de 1914. En enero de

1918, Bates proporcionó a McCullough una plataforma en el *Public Health Journal* para que el Consejo Provincial de Salud “colabore cada mes con algunas páginas de material de interés particular para los oficiales de sanidad”, y las enfermedades venéreas fueron el tema excluyente de los informes durante el primer año.⁴¹

En 1918, tras deliberaciones de la *Ontario Royal Commission on the Care and Control of the Mentally Defective and Feeble-Minded and the Prevalence of Venereal Disease* (Comisión Real de Ontario sobre el Cuidado y el Control del Deficiente Mental y sobre la Prevalencia de las Enfermedades Venéreas), McCullough facilitó la aprobación de la ley provincial integral *Venereal Disease Prevention Act* (Ley de Prevención de las Enfermedad Venéreas), modelada según la legislación de Australia Occidental de 1915. La higiene social se basaba en teorías psiquiátricas y médicas que vinculaban la sexualidad amoral “anormal” con medidas cuestionables de inteligencia. Charles Clarke popularizó su investigación en la *Toronto Psychiatric Clinic* (Clínica Psiquiátrica de Toronto), que revelaba que más del 75% de las prostitutas eran “retrasadas mentales” y que la “inmoralidad” de las jóvenes operarias sexualmente activas estaba vinculada a su “escasa capacidad mental”.⁴² La legislación provincial sobre enfermedades venéreas se enfocaba en la sífilis, la gonorrea y el chancro y otorgaba a la salud pública el poder de detener a mujeres con una presunta enfermedad venérea. Las infectadas debían procurar tratamiento médico profesional a través

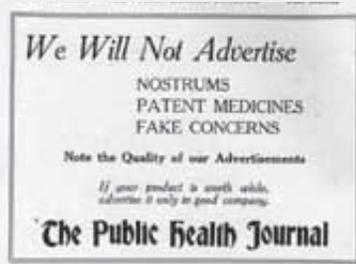
39 Cassel, *The Secret Plague*, p. 147–50; “Section of State Medicine”, *Public Health Journal* 8 (2) (febrero de 1917): 35–51; G. Bates, “The Venereal Disease Problem From the Military Standpoint”, *Public Health Journal* 8 (2) (febrero de 1917): 43–45; “The Control of Venereal Diseases”, *Public Health Journal* 8 (8) (agosto de 1917): 187–89; G. Bates, “Social Aspects of the Venereal Disease Problem”, *Public Health Journal* 8 (noviembre de 1917): 287–91

40 “Dr. Gordon A. Bates: Founder of Health League Made Preventive Medicine His Career”, p. 5, *Globe and Mail* (8 de noviembre de 1975): 5

41 “J.W.S. McCullough, “The Provincial Board of Health of Ontario”, *Public Health Journal* 9 (enero de 1918): 35

42 J. Sangster, *Regulating Girls and Women: Sexuality, Family and the Law in Ontario 1920–1960* (Toronto: Oxford University Press, 2001), pp. 87–88

Public Health Journal, 6 (noviembre de 1911)



de hospitales
financiados
del orden
provincial

y el gobierno provincial o sus agentes debían ser la única fuente de literatura educativa, una medida con miras a combatir a los vendedores de medicamentos patentados y a los curanderos.⁴³

Mientras tanto, Bates y FitzGerald habían facilitado la formación de un Comité Asesor sobre Enfermedades Venéreas para el Distrito Militar N° 2 en agosto de 1917. Con las actividades de sus diversos subcomités ampliamente publicadas en el *Public Health Journal*, este comité congregaba a médicos interesados, al Consejo Nacional de Mujeres (*National Council of Women*), a la Asociación Cristiana de Jóvenes (*Young Men's Christian Association, YMCA*), a la Asociación Cristiana Femenina (*Young Women's Christian Association, YWCA*) y al sector militar a fin de abordar tareas educativas, publicitarias y legislativas. Hacia fines de 1918, este comité asesor había lanzado una “campana de alcance nacional contra el vicio”, aunque no fue sino hasta mayo de 1919 que logró establecerse un Comité Nacional canadiense oficial para el control de enfermedades venéreas (*Canadian National Committee for the Control of Venereal Diseases*).⁴⁴

43 McCullough, “The Provincial Board of Health of Ontario”, p. 35; McDougall, “Sexually Transmitted Diseases in Canada, 1800–1992”, p. 58; “Regulations of The Provincial Board of Health, Ontario, Respecting Venereal Diseases”, *Public Health Journal* 9 (julio de 1918): 335–41

44 J.G. FitzGerald, “The Advisory Committee on Venereal Diseases for Military District No. 2”, *Public Health Journal* 9 (febrero de 1918): 49–52; “Conference on Social Hygiene”, *Public Health Journal* 9 (diciembre de 1918): 551–59; “A Conference on Social Hygiene”, *Public Health Journal* 10 (agosto de 1919): 371–78

La gripe “española”

La tardanza en establecer una organización nacional de enfermedades venéreas se debió en parte a la crisis de salud pública nacional sin precedentes provocada por la epidemia de gripe española que asotó rápidamente a Canadá en el otoño de 1918. La pandemia de gripe española de 1918-1919 tuvo poco que ver con España, pero se la llamó así porque fue en este país donde se conoció masivamente por primera vez. Esta cepa nueva y excepcionalmente mortal de gripe se originó en China en febrero y posiblemente se propagó primero a Francia a través de un grupo de trabajadores transitorios. La guerra ofreció un entorno ideal para que la gripe infectara, se multiplicara y se extendiera a través del globo con notable rapidez. La infección llegó a

Estados Unidos en marzo de 1918, apareciendo en un campo militar de Kansas. Los buques de armada, de hospital y civiles que navegaban desde Inglaterra hacia Isla Grosse, Montreal y Halifax fueron las rutas principales de infección en

Canadá entre fines de junio y principios de julio, para luego expandirse en el verano por todo el país a través del ferrocarril. Al momento en que la pandemia cedió, al menos un sexto de la población canadiense, predominantemente adultos jóvenes, había contraído la gripe y 50.000 personas habían muerto en forma acelerada por



Public Health Journal, 2 (junio de 1911)

complicaciones infecciosas como la neumonía. Quebec y Alberta fueron las provincias más afectadas. Las comunidades aborígenes se vieron especialmente golpeadas por la epidemia. El Ministerio de Asuntos Indígenas informó 3.694 muertes de una población aborígen nacional de 106.000 personas – una tasa de mortalidad cinco veces superior al promedio nacional. La gripe fue tan grave entre los Haida que vivían en islas situadas cerca de la costa norte de Colombia Británica que arrasó con asentamientos enteros.⁴⁵

La gripe no era una enfermedad de declaración obligatoria en Canadá y la mayoría de las provincias reconocían la imposibilidad y falta de aplicabilidad de medidas estrictas de cuarentena. Con escaso conocimiento de su origen viral — el virus de la gripe se aisló recién en 1933 — la gravedad de la epidemia no se reconoció en Canadá hasta fines de septiembre, cuando los principales brotes habían ocurrido en la mayor parte del país y más allá de éste. Las autoridades sanitarias locales y provinciales, ya obstaculizadas por la escasez significativa de médicos y enfermeros, vieron cómo muchos de sus trabajadores de salud se enfermaban de gripe. Poco se podía hacer para prevenir, controlar o tratar la enfermedad, a pesar de algunos esfuerzos desafortunados de usar máscaras quirúrgicas en la comunidad. A los torontonianos, por ejemplo, el oficial local de sanidad les aconsejaba “no hacer nada que disminuyera su vitalidad. Las personas deben procurarse una alimentación apropiada, un descanso adecuado y un ejercicio suficiente como acciones preventivas”.⁴⁶ Como se mencionó

en una reunión de la *American Public Health Association*, durante el momento álgido de la epidemia, “ante la mayor pestilencia que ha golpeado a este país hasta el momento, somos tan ignorantes como lo eran los florentinos ante la plaga descrita por la historia”.⁴⁷

La coordinación nacional

En 1918, el final de la guerra, aunado a la pandemia de influenza y la amenaza de enfermedades venéreas permanentes, produjo una presión creciente de parte de las organizaciones nacionales interesadas en la salud para que se estableciera un ministerio federal. Tomando en cuenta la sugerencia de autoridades militares, el Primer Ministro Robert Borden convocó a una conferencia nacional en Ottawa el 3 de febrero de 1919 para organizar un programa nacional de Higiene Social orientado a controlar las enfermedades venéreas. Esta conferencia puso en marcha el proceso político que condujo a la elaboración de la legislación que a la postre establecería un ministerio federal de salud. A la conferencia asistieron la mayoría de los oficiales provinciales de sanidad, así como varios ministros y funcionarios de gabinetes provinciales y federales, junto con líderes clave del movimiento de higiene social. La resolución principal de la conferencia estipuló que “En interés de la salud y la vida futuras de la Ciudadanía de Canadá, debe establecerse inmediatamente un Ministerio Federal de Salud”. “La conferencia llamó a un acuerdo de financiamiento compartido federal-provincial 3:1 para el tratamiento de enfermedades venéreas, “complementado con el desarrollo de

45 M. Humphries, “Lessons From the 1918 Pandemic: Focus on Treatment, Not Prevention”, *Globe and Mail* (24 de julio de 2009), theglobeandmail.com, artículo 1230854; K. Patterson, “Influenza Has a Cure: Affluence”, *Globe and Mail* (4 de septiembre de 2009), theglobeandmail.com, artículo 1276838

46 “Sunshine to Combat Flu”, *The Globe* (10 de octubre de 1918): 6

47 “Influenza”, *Public Health Journal* 10 (enero de 1919): 30

Colegio victoriano de enfermeras,
Halifax, 1917



La explosión de Halifax

Poco después de las 9 de la mañana del 6 de diciembre de 1917, un barco francés cargado de municiones y TNT explotó en los estrechos de entrada (*The Narrows*) del ajetreado puerto de Halifax. Halifax tenía una población de 50.000 habitantes que bullía en su actividad en tiempos de guerra, cuando la mayor explosión jamás vista lanzó escombros y destruyó todo a dos kilómetros cuadrados. Unas 1.500 personas murieron antes del final del día, muchas atrapadas en edificios, por los incendios consecuentes o ahogadas por el tsunami creado por la explosión. Alrededor de 9.000 personas resultaron heridas y el personal de emergencia trabajó sin descanso hasta que llegó el alivio de la mano de recursos civiles y militares próximos al área. La Cruz Roja, el Ejército de Salvación y *Saint John Ambulance* desplazaron recursos desde el extranjero para cubrir la emergencia en el lugar, mientras que los médicos locales practicaron cirugías en las mesas de las cocinas de sus hogares.

—www.cbc.ca/halifaxexplosion

la maquinaria necesaria para hacerlo cumplir”.⁴⁸ El 20 de febrero de 1919, el Discurso del Trono comprometió formalmente al gobierno federal a crear un Ministerio de Salud Pública.

48 “Important Conference of Public Health Officers, February 3rd, 1919”, *Public Health Journal* 10 (febrero de 1919): 85–87

A principios de abril de 1919, este proyecto fue presentado por primera vez ante la Cámara de los Comunes por N.W. Rowell, quien más tarde recibiría el primer nombramiento de Ministro de Salud una vez que se aprobó el proyecto de ley a fines de mayo. El mismo incluía disposiciones para “la conservación de la vida de los niños y del bienestar infantil”, la inspección médica y el cuidado de los inmigrantes, la supervisión médica de todas las vías de transporte bajo jurisdicción federal (como el ferrocarril) y “la recopilación, publicación y distribución de información que promueva la buena salud y la mejora del saneamiento”. El proyecto también creó el Consejo Federal de Higiene, formado por el viceministro federal de salud, los oficiales provinciales principales de sanidad y cinco miembros designados, incluidos representantes de movimientos sindicales, grupos de mujeres, agencias de servicio social, de la agricultura y de universidades. El nuevo viceministro federal de salud, John A. Amyot, fue nombrado presidente del Consejo Federal de Higiene y comenzó a construir un nuevo ministerio del que se excluyó a altos funcionarios que habían supervisado asuntos de salud en otros ministerios federales, como Frederick Montizambert y Peter Bryce.⁴⁹

La reunión anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública de 1919 en Toronto se caracterizó como el impulso que necesitaba el nuevo Ministerio de Salud para pasar a la acción, cuando se invitó a algunas autoridades de Ottawa a conocer la visión de la ACSP sobre la manera de enfrentar las enfermedades venéreas. Una conferencia sobre Higiene Social realizada en Ottawa en mayo impulsó al

49 G. Bilson, “Dr Frederick Montizambert (1843–1929): Canada’s First Director General of Public Health”, *Medical History* 29 (1985): 399–400

gobierno federal a proporcionar subvenciones provinciales para luchar contra las enfermedades venéreas y a quitar todas las restricciones contra la importación, la fabricación y la venta de productos utilizados para el tratamiento de la sífilis. Estas resoluciones se pusieron rápidamente en práctica y el gobierno federal permitió al Consejo de Salud de Ontario fabricar productos arsenicales para tratar la sífilis y asignó un presupuesto de 200.000 dólares para combatir las enfermedades venéreas. De este monto, el Consejo Federal de Higiene recomendó que se mantuvieran 10.000 dólares en poder del Ministerio de Salud para tareas de supervisión de las enfermedades venéreas y que se otorgaran 10.000 dólares al nuevo Consejo Nacional Canadiense de Lucha contra las Enfermedades Venéreas (*Canadian National Council for Combating Venereal Diseases*) “para fines educativos y de propaganda”. El saldo se debería dividir entre las nueve provincias en una base *per capita*, “a condición de que cada provincia

votara la asignación de un monto similar a una determinada tarea”.⁵⁰

El nuevo financiamiento compartido federal-provincial y el entusiasmo por implementar un amplio programa de higiene social para el control de enfermedades venéreas dominarían la agenda canadiense de salud pública durante buena parte de los comienzos de la década de 1920. Al mismo tiempo, alimentadas por la devastación de la guerra, las prioridades de la comunidad canadiense de salud pública eran impulsadas por las demandas urgentes de mejoras en la salud materno-infantil. Después de una década dominada por la guerra y las plagas, los líderes de salud pública entraron en un nuevo decenio procurando mejorar la salud y educación de las madres, las condiciones sanitarias en el hogar y en la escuela, y la inocuidad de los alimentos, con el apoyo de nuevas herramientas de salud pública y con el financiamiento del gobierno.



Sanofi Pasteur Limited, Comnaught Campus, Archivos

“En algún lugar, la joven que puede convertirse en su esposa mantiene su limpieza para usted. Usted espera que permanezca pura. ¿Le brindará usted una vida igual de limpia?”

⁵⁰ “News Items”, *Public Health Journal* 10 (noviembre de 1919): 53

1920–1929

CAPÍTULO 3

sto es salud pública: una historia canadiense

La modernización y el crecimiento

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 ...	3.6
Los servicios para las comunidades aborígenes	3.7
Las enfermedades venéreas	3.8
Las instituciones filantrópicas	3.10
Las fallas en la supervisión: viruela y fiebre tifoidea	3.12
La Escuela de Higiene de Toronto y los Laboratorios Connaught	3.15
La poliomielitis	3.17
La Gran Depresión y el fin de la expansión	3.17

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.

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 de la depresión económica de 1921. Los recursos rurales de salud pública eran limitados o inexistentes y tanto las

De Austria a Alberta, familia Ruthenian, 1911



Miriam Elston, Archivos provinciales de Alberta, A19485

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, Connaught Campus, Archivos

Consejo Federal de Salud, 1919

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

1 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 19–21 de junio de 1923

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 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



Archivos provinciales de Alberta, 1924, A11807 (izquierda), A11808 (derecha)



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

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

2 Wendy Mitchison, *Giving Birth in Canada, 1900–1950*, (2002) Toronto: University of Toronto Press

3 “News Items”, *Public Health Journal* 11 (mayo de 1920): 233

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

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

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.

4 J.W.S. McCullough, “An Era of Public Health Progress”, *Public Health Journal* 11 (julio de 1920): 293–300

5 “Child Welfare in Ontario”, *Public Health Journal* 11 (julio de 1920): 336; J.J. Middleton, “Health Promotion and Disease Prevention”, *Public Health Journal* 12 (enero de 1921): 15–23

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

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



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

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.

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

6 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 25 y 26 de octubre de 1920

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

7 Elizabeth Russell, “Public Health Nursing in Manitoba”, *Public Health Journal* 16 (diciembre de 1925): 589–92; F.C. Middleton, “The Nursing Medical and Hospital Problem in the Rural West”, *Public Health Journal* 10 (julio de 1919): 297–308

8 E. Kathleen Russell, “Special Training For Public Health Nurses”, *Public Health Journal* 12 (diciembre de 1921): 543–45; Susan M. Duncan, Beverly D. Leipter y Judy E. Mill, “Nurses as Health Evangelists? The Evolution of Public Health Nursing in Canada, 1918–1939”, *Advances in Nursing Science* 22 (1) (1999): 40–51; “University Course in Public Health Nursing Established in Ontario”, *Public Health Journal* 11 (septiembre de 1920): 431–32

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 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

9 “Every Doctor a Health Officer”, *Public Health Journal* 16 (julio de 1925): 348–49; J.W.S. McCullough “Progress in Public Health”, *Public Health Journal* 16 (agosto de 1925): 367–70

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.

La división de asistencia pública de Quebec era responsable de administrar las subvenciones provinciales para hospitales y establecimientos

10 J.W.S. McCullough, “Full Time Health Officers”, *Public Health Journal* 15 (marzo de 1924): 106; J.W.S. McCullough, “Full-Time Health Officers”, *American Journal of Public Health* 14 (marzo de 1924): 188–92; Minutas del Consejo Federal de Higiene, 11–13 de diciembre de 1923; J.W.S. McCullough, “The Greatest Public Health Need of Canada”, *Public Health Journal* 16 (abril de 1925): 171–74



Archivos provinciales de Alberta, A11813

Sobre la seguridad en el trabajo, 1924

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

11 G. Desrosiers, “Le système de santé au Québec : Bilan historique et perspective d'avenir” *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53 (1), 1991. pp. 6–9

12 F.C. Middleton, “Full-Time Health Districts in Saskatchewan”, *Canadian Public Health Journal* 20 (marzo de 1929): 140–47; M.R. Bow y F.T. Cook, “The History of the Department of Public Health of Alberta”, *Canadian Public Health Journal* 26 (agosto de 1935): 395; Ross Mitchell, “The Development of Public Health in Manitoba”, *Canadian Public Health Journal* 26 (febrero de 1935): 68; Norman MacL. Harris, “Some Thought on the Organization and Progress of Public Health in Canada”, *Canadian Public Health Journal* 20 (agosto de 1929): 381–8

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

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

Glenbow Museum, PD-341122b



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

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 aborigen 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 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

13 Megan Sproule-Jones, “Crusading for the Forgotten: Dr. Peter Bryce, Public Health, and Prairie Native Residential Schools”, *Canadian Bulletin of Medical History* 13 (1996): 199–224; “Tuberculosis Study Among the Indians”, *Canadian Public Health Journal* 19 (mayo de 1928): 241–42

14 G. Graham-Cumming, “Northern Health Services”, *Canadian Medical Association Journal* 100 (15 de marzo de 1949): 526–31

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 seriedad 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

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 aborigen 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



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

15 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 17–19 de mayo de 1920; Pat Sandiford Grygier, *A Long Way From Home: The Tuberculosis Epidemic Among the Inuit* (Montreal y Kingston: McGill University Press, 1994), pp. 55–65

16 “Social Hygiene”, *Public Health Journal* 12 (septiembre de 1921): 427–8; “The Campaign Against Venereal Diseases”, *Public Health Journal* 11 (marzo de 1920): 146; R.R. McClenahan, “Syphilis and Gonorrhoea from the Public Health Point of View”, *Public Health Journal* 11 (abril de 1920): 177–80

17 “Ottawa Social Hygiene Council”, *Public Health Journal* 14 (noviembre de 1923): 506–09; “Report of Annual Meeting Ottawa Social Hygiene Council”, *Public Health Journal* 15 (marzo de 1924): 115–16

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

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

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

18 “Report Adopted and Presented to the Conference by the Section on Venereal Diseases”, *Public Health Journal* 11 (abril de 1920): 158–59; Gordon Bates, “Essential Factors in a Campaign Against Venereal Diseases”, *Public Health Journal* 12 (septiembre de 1921): 385–96; Rachele S. Yarros, “The Prostitute as a Health and Social Problem”, *Public Health Journal* 10 (enero de 1920): 607; “Pernicious Literature”, *Public Health Journal* 14 (noviembre de 1923): 529–30

19 R.H. Mullin, “The Role of the Laboratory in the Control of Venereal Diseases”, *Public Health Journal* 11 (septiembre de 1920): 389–95; J.W. McFadden, “Law and Morality”, *Public Health Journal* 13 (marzo de 1922): 97–105

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

a <http://www.thecanadianencyclopedia.com>

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 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*).



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

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 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 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

20 “Canadian Public Health Association: Annual Meeting, St. John, N.B., June 7, 1922”, *Public Health Journal* 13 (julio de 1922): 303–08; “Canadian Public Health Congress”, *Public Health Journal* 14 (julio de 1923): 334–36; “Report of the Fourteenth Annual Conference of the Canadian Public Health Association”, *Public Health Journal* 16 (junio de 1925): 287; R.D. Defries, “The Canadian Public Health Association, 1910–1956”, *Canadian Journal of Public Health* 48 (enero de 1957): 39



Historia de Ontario (Diciembre de 1983)

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

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.

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 contra 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.

21 Consejo Provincial de Salud de Ontario: “Lessons From the Windsor Outbreak of Smallpox”, *Public Health Journal* 15 (marzo de 1924): 134-36; R.R. McClenahan, “Comments on the Recent Smallpox Epidemic in Windsor and Vicinity”, *Public Health Journal* 15 (junio de 1924): 263-66

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

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

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 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

22 “Typhoid in Montreal”, *Public Health Journal* 18 (marzo de 1927): 149–50

23 “News Notes”, *Public Health Journal* 18 (junio de 1927): 297; “Montreal’s Typhoid Epidemic”, *Public Health Journal* 18 (agosto de 1927): 399–400



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

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

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

24 “The Montreal Health Survey”, *Public Health Journal* 19 (noviembre de 1928): 532–33; “The Recommendations of the Montreal Health Survey Report”, *Canadian Public Health Journal* 20 (abril de 1929): 179–85; “The Montreal Health Survey”, *Canadian Public Health Journal* 20 (abril de 1929): 196–97; Montreal Sets and Example”, *Public Health Journal* 19 (junio de 1928): 278; Eugene Gagnon, “Notes on the Early History and Evolution of the Department of Health of Montreal”, *Canadian Public Health Journal* 29 (5) (mayo de 1938): 221

25 “The Menace of Unsafeguarded Milk Supplies”, p. 257

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



Instalaciones de los laboratorios Connaught de Antitóxicos, Universidad de Toronto

Neil E. McKinnon

Estableció la eficacia del toxoide de difteria

El Dr. Neil E. McKinnon fue nombrado en 1925 al personal del Departamento de Epidemiología y Biométrica y como un investigador asociado en Connaught Laboratories. Con la Dra. Mary Ross, llevó adelante estudios de la eficacia del toxoide de difteria, utilizando principalmente los archivos de inmunización de 36.000 niños en Toronto y estableció inequívocamente la eficacia del toxoide 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

satisfacer la demanda creciente de un personal de salud pública calificado. Hacia el fin de 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 toxoide 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 toxoide 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 toxoide diftérico y proporcionó la primera demostración estadística del valor de una vacuna no viva en la prevención de una enfermedad específica. El toxoide 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.^{26a}



Archivos provinciales de Alberta, A11764

Ejercicios musculares, 1928

26 "News Notes", *Public Health Journal* 15 (septiembre de 1924): 434; Claude E. Dolman, "Landmarks and Pioneers in the Control of Diphtheria", *Canadian Journal of Public Health* 64 (julio-agosto de 1973): 317–36; Jane Lewis, "The Prevention of Diphtheria in Canada and Britain", *Journal of Social History* 20 (1986): 163–76; Nan B.D. Hendrie, "Diphtheria Prevention Campaign (City of Calgary)", *Canadian Nurse* 22 (mayo de 1926): 252–53

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.

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

27 A.R. Foley, “The Present Outbreak of Poliomyelitis in Quebec”, *Canadian Public Health Journal* 23 (octubre de 1932), 494–7; A.R. Foley, “The 1932 Epidemic of Poliomyelitis in Quebec”, *Canadian Public Health Journal* 25 (junio de 1934), 260–74

28 R.B. Jenkins, “Some Findings in the Epidemic of Poliomyelitis in Alberta, 1927”, *Canadian Public Health Journal* 20 (mayo de 1929): 219–24

29 29 Ministerio de Salud y Bienestar Social de Manitoba, *Report on the Poliomyelitis Epidemic in Manitoba, 1928* (Winnipeg, febrero de 1929), p. 71

30 Day, “oliomyelitis in Manitoba in 1928”, p. 555; MDHPW, *Report on the Poliomyelitis Epidemic in Manitoba, 1928*, pp. 71–2; M.M. Seymour y W.J. Bell, “Convalescent Serum in Epidemic Poliomyelitis”, *Canadian Public Health Journal* 19 (octubre de 1928): 480–3

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.

1930-1939

CAPÍTULO 4

Esto es salud pública: una historia canadiense

Un período de decadencia

Un período de decadencia.....	4.1
El bienestar materno-infantil.....	4.3
Nutrición, inocuidad alimentaria y pasteurización.....	4.4
Tuberculosis y asuntos indígenas.....	4.6
Las enfermedades infecciosas.....	4.8
La polio se propaga.....	4.9
El automóvil y los accidentes.....	4.10
La profesionalización de la salud pública canadiense.....	4.11
El rol federal.....	4.13



Medicine Hat and District Historical Society,
Archivos provinciales de Alberta, A5150

Caminata hacia Ottawa, Medicine Hat, Alberta, 1935

La caída de la bolsa de Nueva York en octubre de 1929 y la Gran Depresión que sobrevino luego tuvieron un impacto devastador sobre la economía canadiense. El gasto nacional bruto disminuyó en un 42% entre 1929 y 1933, y una proporción significativa de la población necesitó auxilio gubernamental para sobrevivir. Las exigencias sobre el gobierno federal y los gobiernos provinciales superaban ampliamente los recursos disponibles, mientras que los organismos voluntarios, que tradicionalmente habían proporcionado servicios sociales y de salud, también se veían apremiados.

A medida que el gobierno federal reducía los gastos en salud, las provincias y las municipalidades se vieron obligadas a llenar los vacíos, y en el proceso algunas áreas del país salieron mejor paradas que otras. Quebec recurrió a la ayuda de sus sólidas organizaciones religiosas y Ontario negoció un sistema de atención con sus médicos. A pesar del alto nivel



© McCord Museum, MP-1980.32.1.233

Niños de la zona rural en Gaspé, 1930

de desempleo, a estas dos provincias les fue mejor que al resto del país debido a que sus economías eran más diversificadas e industrializadas. Las economías de las provincias marítimas vieron profundizar la decadencia que habían comenzado a padecer en los años 20, pero las cuatro provincias occidentales fueron las más golpeadas. Sus economías agrícolas y basadas en los recursos se vieron devastadas por el colapso de los mercados mundiales y la grave sequía en las praderas. Las ciudades y los pueblos luchaban por proporcionar los servicios más elementales de salud pública, mientras el gobierno federal abría campos de “subsidios de paro” donde los hombres solteros desempleados ganaban 20 centavos al día. Cientos de personas emprendieron la travesía desde Colombia Británica hacia Ottawa para protestar por las malas condiciones de vida, pero el Primer Ministro R.B. Bennett les negó el acceso a los vagones de los trenes. Dos personas murieron en 1935 cuando una protesta del 1 de julio en Regina se convirtió en un motín. Entretanto, los partidos políticos y los sindicatos de izquierda comenzaban a organizar las clases obreras. Miles de inmigrantes desempleados fueron deportados, y la entrada a Canadá de los nuevos inmigrantes se limitó esencialmente a británicos y estadounidenses.

A medida que se profundizaba la crisis económica, el *Canadian Public Health Journal* reclamaba asignaciones adecuadas para los departamentos de salud pública, alegando que cualquier ahorro de costos a corto plazo se pagaría en última instancia con más enfermedad y más muerte. Se establecieron nuevas unidades de salud, incluidas las de North Vancouver (1930) y las de High River y Red Deer (1931), pero el ritmo del crecimiento se aminoró. La *Health Unit Act* de 1933 de Quebec dispuso que



John M. Uhrich

Primer Ministro de Salud Pública de Saskatchewan

El Dr. Uhrich fue el primer Ministro de Salud Pública en Saskatchewan. En 1921, fue elegido a la Legislatura Provincial y nombrado Secretario Provincial y Ministro a Cargo de la Oficina de Salud Pública. Más tarde fue nombrado Ministro de Obras Públicas y Salud Pública. Durante casi 20 años, bajo la dirección del Dr. Uhrich, el trabajo de salud pública se marcó por una gran expansión de servicios de salud en toda la provincia, a pesar de preocupaciones económicas urgentes. Se introdujo bajo su administración el tratamiento gratuito de todos los que sufrieron de tuberculosis, con el resultado que Saskatchewan tuvo la tasa de mortalidad por tuberculosis más baja del Canadá. Además, había un incremento en hospitales rurales, servicios médicos y de salud, y Saskatchewan llegó a ser líder en el control del cáncer. El Dr. Uhrich fue nombrado Teniente-Gobernador de la Provincia en 1948.

—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 31, 1940

todas las unidades de salud existentes fueran permanentes y autorizó otras en los condados restantes, logrando un progreso significativo en el control de las enfermedades infecciosas, la salud infantil y la ingeniería en salud pública. Ontario reorganizó su Departamento de Salud en 1934, dividiendo a la provincia en distritos de salud y enmendando su *Ley de Salud Pública* para permitir la unión de condados, municipalidades o distritos con el fin de suministrar servicios de salud de jornada completa. Su primera unidad de salud a nivel de condado de jornada completa se estableció

al este de Ontario en 1934, con ayuda de una subvención de 33.000 dólares por cinco años de la Fundación Rockefeller.¹

El campo de la salud pública se amplió en términos de especialidades, profesionalismo, recopilación de datos estadísticos y normas de capacitación. Se consolidaron las normas de educación, certificación y capacitación en el campo de la salud pública, especialmente para enfermeras e inspectores. A medida que la economía comenzaba a recuperarse paulatinamente en la segunda mitad de la década, el gobierno del Dominio, el Consejo Federal de Higiene y la Asociación Canadiense de Salud Pública también empezaron a ampliar la especialización de intereses y actividades.

El bienestar materno-infantil

Los desafíos del bienestar materno fueron objeto de amplios debates por parte del Consejo Federal de Higiene en los años 30, a la vez que la tasa nacional de nacimientos y matrimonios disminuía y muchos intentaban evitar que sus familias crecieran durante la Gran Depresión. El control de la natalidad era ilegal y los defensores de la planificación familiar abogaban sin éxito por una atenuación de las limitaciones a la anticoncepción.

Más mujeres daban a luz en hospitales en vez de hacerlo en el hogar, y la especialización médica de la obstetricia empezó a crecer. Tal como señalara el médico de Toronto H.B. Van Wych: “La obstetricia ya no es la práctica despreciada de la

¹ “County Health Units,” *Canadian Public Health Journal* 22 (marzo de 1931): 151–52; “Quebec Moves Forward,” *Canadian Public Health Journal* 24 (mayo de 1933): 242–43; “Recent Health Legislation in Canada,” *Canadian Public Health Journal* 25 (noviembre de 1934): 526; “News From the Field,” *Canadian Public Health Journal* 26 (marzo de 1935): 154



William Warwick

Desarrolló el Departamento de Salud Pública Department del Nuevo Brunswick

El Dr. Warwick entró en el Departamento Salud en Nuevo Brunswick en 1920 después de amplia experiencia de salud pública en trabajos de salud federales y servicio en Francia durante la Primera Guerra Mundial. El Dr. Warwick llegó a ser el Médico-Jefe Higienista de la provincia en 1932. Bajo su mandato, había un apoyo incrementado para la salud pública, lo que llevó a la división de la provincia en 10 distritos de salud, cada uno de los cuales estaba bajo el control de un Oficial médico a tiempo completo. La inspección médica de las escuelas se ofreció y los esfuerzos para controlar la tuberculosis se incrementaron mucho al proveer hospitales adicionales y por el nombramiento de médicos con formación especial en tuberculosis como médicos higienistas de distrito. El Dr. Warwick también sirvió como Registrador General del Estado Civil.

—*Canadian Public Health Journal* [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 33, 1942



Archivos provinciales de Alberta, A4615

partería, sino que toma su lugar como una rama completamente científica de la práctica médica, un campo en el cual los conceptos modernos de medicina y cirugía tienen una aplicación más beneficiosa para

Enfermera Olga Freifeld, 19—

la función de la reproducción.² Sin embargo, en comparación con los nacimientos en el hospital, la mortalidad materna era bastante inferior cuando los bebés nacían en el hogar, aun cuando no hubiera ningún médico presente en el alumbramiento. En 1937, una comparación internacional de la mortalidad materna clasificó a Canadá en el vigésimo primer puesto y las estadísticas canadienses mostraron amplias variaciones a nivel de regiones y etnicidades. Por ejemplo, las tasas de mortalidad materna en 1927 por cada 1.000 nacimientos vivos eran de 4,9 para francocanadienses, de 6,1 para anglocanadienses y de 11,0 para canadienses aborígenes.³ Se han debatido los motivos que explican las altas tasas de muerte materna durante el parto, pero éstos parecían estar ligados a una capacitación médica inadecuada en obstetricia y a la insuficiencia de prácticas para la prevención de la sepsis tales como la esterilización de los instrumentos y el uso de guantes durante el parto.⁴

Según el Dr. John Robb, Miembro del Parlamento Provincial de Ontario, la alta tasa de mortalidad materna de la provincia en 1930 se podía atribuir a la disponibilidad de media jornada de la mayor parte de los oficiales de salud con formación médica. De este modo, como informó el *Canadian Public Health Journal*, era su opinión que “la supervisión de un condado o de parte del mismo por un oficial de jornada completa, asistido por enfermeras e inspectores de salud, no sólo sería un factor muy favorable para la reducción de la tasa de mortalidad

materna, sino también de valor vital en el campo más amplio de la medicina preventiva”.⁵

A pesar de verse gravemente afectadas por la Depresión, Saskatchewan y Manitoba lograron bajar sus tasas de mortalidad materna en los años 30. La tasa de mortalidad materna de Manitoba por cada mil nacimientos vivos disminuyó de 6,8 en 1929 a 3,8 en 1934, mientras que Saskatchewan vio disminuir su tasa de 7,1 en 1926 a 4,4 en 1934. Una encuesta de 1938 reveló que las muertes maternas comenzaban a disminuir en 1937, probablemente debido a las mejoras en materia de nutrición y educación materna.⁶

Nutrición, inocuidad alimentaria y pasteurización

Sarcoti Pasteur Limited, Comaught Campus, Archivos



Departamento de salud de Hamilton, principios de los años treinta

El *National Nutrition Committee* (Comité Nacional de Nutrición), más tarde llamado *Canada Council on Nutrition* (Consejo Canadiense de Nutrición),

se estableció durante la Depresión para desarrollar una norma nutricional científica que contribuyera a asegurar una alimentación adecuada a las familias socorridas utilizando el escaso dinero que recibían. Antes de que

2 Wendy Mitchison, *Giving Birth in Canada, 1900–1950*, (2002) Toronto: University of Toronto Press, p. 49

3 Wendy Mitchison, *Giving Birth in Canada, 1900–1950*, (2002) Toronto: University of Toronto Press, p. 262

4 Wendy Mitchison, *Giving Birth in Canada, 1900–1950*, (2002) Toronto: University of Toronto Press, pp. 277–283

5 “News and Comments”, *Canadian Public Health Journal* 21 (enero de 1930): 48

6 Enid Charles, “Canadian Vital Statistics During the War Years”, *Canadian Journal of Public Health* 35 (noviembre de 1944): 439–51; Ernest Couture, “Maternal Hygiene in Wartime”, *Canadian Journal of Public Health* 35 (mayo de 1944): 175–80; J.J. Heagerty y J.T. Marshall, “State of Health of the People of Canada in 1943”, *Canadian Journal of Public Health* 36 (enero de 1945): 6–17



Edna Lena Moore

*Distinguida Líder en la
Profesión de la Enfermería*

Edna Moore tuvo una carrera profesional larga y variada en la profesión de la enfermería. Sirvió en el extranjero con el Cuerpo Médico del Real Ejército del Canadá durante cuatro años durante la Primera Guerra Mundial y estaba en Francia, Malta, Salónica e Inglaterra. Pasó varios años como enfermera de servicio social con el Reintegración Civil de los Soldados y con la División de Enfermedades Evitables del Departamento de Salud de Ontario. Llegó a ser la primera trabajadora de campo con la Canadian Tuberculosis Association en Ottawa y en 1931, fue nombrada Enfermera-Jefe de la Salud Pública en la División de Salud Materno-Infantil de Ontario. Cuando la enfermería de la Salud Pública se transformó en una división separada en 1944, la señora Moore fue nombrada Directora. Sirvió en muchos comités y fue presidente del Comité de Salud Pública del Consejo Internacional de Enfermeras durante siete años.

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

el Consejo elaborara las primeras normas alimentarias de Canadá en 1939, el Consejo Federal de Higiene advirtió en 1937 que, “actualmente están llenos de resentimiento y alegan que no pueden vivir debido al aumento de los precios, por lo que veríamos con buenos ojos la realización de una encuesta científica que evalúe estos factores y permita a nuestros

grupos gubernamentales llegar a una base de determinación”.⁷

La leche de la vaca se consideraba cada vez más un nutriente fundamental, así como un vehículo ideal para la propagación de enfermedades infecciosas si no era pasteurizada. Había una amplia variación en el país en términos de legislación sobre el control de la leche y, en lo que se refiere específicamente al cumplimiento de la pasteurización, éste había quedado en manos de los comités de salud locales, aunque los gobiernos provinciales ejercieran un cierto control a través de la concesión de licencias a proveedores y vendedores de leche.⁸



Glenbow Museum, NA-3258-3v

*Automóviles sanitarios de la
línea de la Compañía de la
Bahía de Hudson recogiendo a
enfermos de fiebre tifoidea,
1929*

La fiebre tifoidea y otros brotes de enfermedades entéricas similares expusieron las flaquezas de los controles sanitarios, especialmente en los suministros de leche, y la tuberculosis

causada por la leche generó pedidos cada vez más numerosos de la pasteurización obligatoria. En 1932, una gran epidemia de fiebre tifoidea ocasionada por un queso fabricado con leche cruda (no pasteurizada) en la región de St. Maurice Valley de Quebec dio como resultado 527 casos y 45 muertes — la peor epidemia causada

7 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 15–16 de octubre de 1937

8 “Report of the Committee on Milk Control: Reports from the 24th Annual Meeting, Canadian Public Health Association, June 3–5, 1935”, *Canadian Public Health Journal* 26 (julio de 1935): 358–61; “Progress in Securing Adequate Milk Control”, *Canadian Public Health Journal* 27 (octubre de 1936): 512–13

por la leche desde la crisis de Montreal en 1927. Los defensores de la leche cruda eran señalados por los oficiales de salud pública como detractores semejantes a los opositores a la vacunación, a la asistencia escolar obligatoria y a las leyes contra el trabajo infantil. Como mencionara 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 destinadas a limitar el derecho a la elección personal”.⁹

En 1936, 12 de 32 ciudades con más de 20.000 habitantes estaban pasteurizando el 95% o más de su suministro local de leche, mientras que seis de ellas protegían el 50% de la leche o menos. En casi todas las comunidades más pequeñas de la nación, el grueso del suministro de leche seguía siendo no pasteurizado.¹⁰ Cerca de 8.000 casos de fiebre tifoidea, escarlatina, dolor de garganta séptico y brucelosis se habían atribuido a la leche desde 1912, incluidos 688 casos que resultaron fatales. La Asociación Canadiense de Salud Pública y la Asociación Médica Canadiense respaldaron enérgicamente la pasteurización obligatoria de la leche y, en 1938, el gobierno de Ontario tomó el paso pionero de poner en práctica la pasteurización obligatoria en toda la provincia.¹¹

- 9 “The Menace of Unsafeguarded Milk Supplies”, p. 257
- 10 “Only Properly Pasteurized Milk is Safe Milk”, *Canadian Public Health Journal* 27 (noviembre de 1936): 571
- 11 “Compulsory Pasteurization of Milk Supplies”, *Canadian Public Health Journal* 29 (febrero de 1938): 89–91; “The Value of Pasteurization”, *Canadian Public Health Journal* 29 (junio de 1938): 318–19; A.E. Berry, “A Survey of Milk Control in Cities and Towns in Canada”, *Canadian Public Health Journal* 29 (junio de 1938): 305–09; R.D. Defries, “Survey of Milk-borne Diseases in Canada”, *Canadian Public Health Journal* 29 (junio de 1938): 255–61; A.E. Berry, “Milk Control Legislation in Canada”, *Canadian Public Health Journal* 29 (junio de 1938): 301–03

Tuberculosis y asuntos indígenas

Las autoridades sanitarias provinciales continuaron expresando su preocupación sobre la amenaza de la tuberculosis que se extendía a poblaciones no aborígenes ante un gobierno federal que permanecía impasible. Estudios recientes habían mostrado que la mortalidad por tuberculosis entre las Primeras Naciones de Colombia Británica superaba en unas 10 veces la tasa nacional, mientras que, en Saskatchewan, la mortalidad de los aborígenes por tuberculosis era de casi 20 veces la tasa nacional. Saskatchewan había estado ofreciendo tratamientos gratuitos desde 1929, por lo que el viceministro de salud de la provincia expresó al Consejo Federal de Higiene en 1934 que las poblaciones de las reservas bajo jurisdicción federal eran “una amenaza para la salud de los ciudadanos blancos de la provincia”.¹²

El Consejo Federal de Higiene recomendó al gobierno federal que adquiriera servicios de salud de las provincias para las Primeras Naciones. El Dr. John Heagerty, oficial principal federal de salud, manifestó al Consejo que, con

las numerosas reservas esparcidas a lo largo del país, “siempre he tenido la impresión de que es completamente imposible para el Ministerio de Asuntos Indígenas, desde una

Hermanas de la Asunción con estudiantes indígenas en el lago Onion, Saskatchewan



Sœurs de l'Assomption de la Sainte-Vierge. Archivos provinciales de Alberta, A17205

- 12 J.B. Waldram, A. Herring y T.K. Young, *Aboriginal Health in Canada* (2006), University of Toronto Press: Toronto, Ontario

oficina central, mantener un servicio adecuado de salud a través de enfermeras itinerantes y médicos de media jornada y brindar un servicio medianamente eficaz para el control de las enfermedades infecciosas”.¹³

En 1935, la Rama Médica de Asuntos Indígenas contaba con 11 oficiales de salud de jornada completa y ocho agentes indígenas con formación médica. Unos 250 médicos estaban empleados a tiempo parcial o según la demanda y había 11 enfermeras de campo que trabajaban en estaciones de enfermería remotas como la de Fisher River, Manitoba, inaugurada en 1930. En 1936, el Servicio de Salud de los Indígenas quedó bajo la administración del Departamento de Minas y Recursos y comenzó a ampliar sus servicios e instalaciones bajo el mando del Dr. Percy E. Moore, quien fue su director entre 1939 y 1965, mientras que el Dr. Stone quedó como superintendente médico.¹⁴

Varias provincias expresaron su interés en proporcionar servicios de salud al Ministerio de Asuntos Indígenas y algunas se ofrecieron a hacerlo “gratuitamente para su propia protección”. Pero Heagerty señaló que el gobierno federal “no quiere perder el control sobre los indígenas” y no permitiría a las autoridades provinciales de salud entrar en sus reservas, dejando “la salud pública de los indígenas... bastante descuidada”. Los oficiales de salud de Saskatchewan hicieron lo que pudieron dentro de su jurisdicción para dar a las comunidades de la

13 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 29 de noviembre – 1 de diciembre de 1934; “Saskatchewan’s Achievement in Tuberculosis Control”, *Canadian Public Health Journal* 24 (noviembre de 1933): 543; F.C. Middleton, “Evolution of Tuberculosis Control in Saskatchewan”, *Canadian Public Health Journal* 24 (noviembre de 1933): 505–13; “News From the Field”, *Canadian Public Health Journal* 25 (marzo de 1934): 151

14 Waldram, Herring y Young, *Aboriginal Health in Canada*

M. Stuart Fraser

Destacado profesional de la salud pública, luchó por aliviar el sufrimiento de los niños en Manitoba

El Dr. Fraser se graduó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manitoba en 1890 y cursó estudios de postgrado en Edimburgo. Durante algunos años se dedicó al ejercicio general de la profesión en Brandon para luego convertirse en el Epidemiólogo Provincial. En 1917, creó el primer servicio provincial de enfermería de salud pública y en 1928, fue nombrado Inspector Jefe de Salud. El Dr. Fraser fue uno de un pequeño grupo de destacados profesionales de la salud pública que ayudó a sentar las bases para una organización eficaz de salud pública. Luchó por aliviar el sufrimiento de niños. En la plataforma pública y en los artículos publicados en la prensa, resaltó cuánto de este sufrimiento era innecesario, instando a la supervisión continua de los niños por parte de sus médicos de familia, la organización de clínicas de salud infantil, y el suministro de enfermeras de salud pública para atender a la totalidad de la provincia.

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

reserva “al menos algunas de las migajas que caen de la mesa provincial” y los fondos recaudados por la campaña de estampillas de Navidad de la Liga Antituberculosis de Saskatchewan sirvieron de sustento a clínicas itinerantes de tuberculosis a las cuales pudieron acceder algunas comunidades de las Primeras Naciones, aunque la tuberculosis siguió impactando a estas poblaciones. El



Armand Frappier

Jugó un rol decisivo en la lucha contra la tuberculosis en Canadá

El Dr. Frappier fundó el Instituto de Microbiología e Higiene de Montreal en 1938, y ejerció como director hasta 1975, fecha en que el instituto cambió de nombre a *Institut Armand-Frappier*. El Dr. Frappier jugó un rol decisivo en la lucha contra la tuberculosis en Canadá y fue uno de los primeros investigadores que confirmó la inocuidad y utilidad de la vacuna del bacilo de Calmette-Guérin (BCG). Además de investigar acerca de la vacuna BCG, el Dr. Frappier contribuyó de manera extraordinaria al estudio de las transfusiones de sangre y sustitutos sanguíneos, vacunas virales, y aspectos fundamentales en materia de infección e inmunidad. En 1945, fundó la primera escuela de higiene francófona en el mundo en la Universidad de Montreal y fue su decano por 20 años.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 64, marzo/abril de 1974

Ministerio de Asuntos Indígenas indicó que, debido al limitado presupuesto, “es imposible ingresar al sanatorio más que una muy pequeña proporción de los indígenas para quienes se recomienda tal atención”.¹⁵

15 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 29 de noviembre – 1 de diciembre de 1934; “Saskatchewan’s Achievement in Tuberculosis Control”, *Canadian Public Health Journal* 24 (noviembre de 1933): 543; F.C. Middleton, “Evolution of Tuberculosis Control in Saskatchewan”, *Canadian Public Health Journal* 24 (noviembre de 1933): 505–13; “News From the Field”, *Canadian Public Health Journal* 25 (marzo de 1934): 151

Las enfermedades infecciosas

Los brotes de difteria persistían en áreas rurales debido a la aplicación limitada y desigual del toxoide diftérico.

En 1930, Quebec

lanzó un esfuerzo concertado para proveer masivamente el toxoide a nivel de las unidades de salud de los condados y el viceministro de salud Lessard expresó al Consejo Federal de Higiene que “esperemos que en algunos años no estemos avergonzados, como estamos ahora, del índice de mortalidad por difteria”.¹⁶ En Ontario, la incidencia de la difteria disminuyó drásticamente donde se había usado sistemáticamente el toxoide, aunque esto excluyó a muchas áreas rurales.

Los brotes de viruela produjeron frustración en los oficiales de salud pública. En 1932, un brote leve de viruela en Vancouver se convirtió rápidamente en una emergencia significativa, notificándose 56 casos y 17 muertes. Al menos la mitad de la población de las escuelas públicas y una gran proporción de la población general de Vancouver no había sido vacunada.

Mientras tanto, Gordon Bates continuó toda esta década insistiendo sobre la cuestión de las enfermedades venéreas, recordando a sus colegas de salud pública la historia del dinámico programa nacional de control de las enfermedades venéreas de los años 20 y lamentando su cancelación. Bates realizó



Sanofi Pasteur Limited, Comaught Campus, Archivos

16 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 10–12 de diciembre de 1930

Alexander Joseph Douglas

Cuatro décadas de servicio a la salud pública en Winnipeg

En 1939, el Dr. Douglas cumplió casi 40 años de servicio destacado como Médico Higienista de Salud de la ciudad de Winnipeg. En este cargo, aportó energía, versatilidad, un pensamiento claro, diplomacia, y una memoria extraordinaria para los detalles. Su labor en nombre del Departamento de Salud de Winnipeg le hizo merecedor de un reconocimiento a través de todo el continente. El Dr. Douglas estuvo estrechamente vinculado con el Colegio Médico de la Universidad de Manitoba por un período casi tan prolongado como el antes mencionado. Como Profesor de Salud Pública, hizo grandes contribuciones, no sólo en Manitoba, sino más allá de los límites de la provincia.

—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 30, 1939

encuestas sobre la incidencia de enfermedades venéreas, especialmente en Toronto, donde parecía que entre 1929 y 1937 había habido una disminución de la incidencia de sífilis y un mejor diagnóstico de la enfermedad. En la primavera de 1936, Bates creó la Liga Canadiense de Salud como organización sucesora del Consejo Canadiense de Higiene Social, la cual se centraría

en el control de la difteria y de la leche pasteurizada y en la aplicación de la medicina preventiva.

DIPHTHERIA TOXOID



Sanofi Pasteur Limited, Connaught Campus, Archivos

La polio se propaga



Archivos del Hospital de Niños, Toronto

Uno de los 27 pulmones de acero elaborados en el sótano del Hospital de Niños de Toronto durante una de las epidemias más graves de polio vividas en Canadá, 1937

La polio mantuvo su patrón de infección de oeste a este, con epidemias significativas que golpearon a Ontario en 1930, a Montreal en 1931 y a la ciudad de Quebec en 1932. La epidemia de polio se propagó y, en 1937, había un número alarmante de infecciones ocasionadas por la forma más grave de la enfermedad, caracterizada por el ataque del poliovirus a las motoneuronas del tallo cerebral. Si no se colocaba al paciente en un pulmón de acero (ventilador de presión negativa), la muerte era casi siempre inevitable. Había sólo un pulmón de acero en Canadá al comienzo de la epidemia, el cual se había traído en 1930 desde Boston para el Hospital de Niños de Toronto. Ante el aumento de los casos de parálisis respiratoria grave, los técnicos ensamblaron apresuradamente un total de 27 pulmones de acero en el sótano del hospital en un plazo de seis semanas. Cada pulmón de acero era subvencionado por el gobierno de Ontario y se lo enviaba rápidamente a donde más se lo necesitara, tanto dentro de la provincia como a otras partes del país.

El suero de convaleciente siguió siendo la principal herramienta de salud pública en los años 30, pero no había pruebas científicas de su utilidad, lo que suscitaba el debate sobre la conveniencia de su uso continuo. Los científicos sabían poco de la enfermedad y afrontaban la presión de tener que responder a ella de cualquier modo posible. En 1937, el

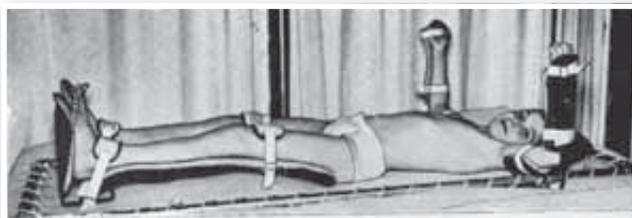
John J. MacRitchie

Desarrolló la Salud Pública en Nueva Escocia

El Dr. John MacRitchie nació en 1883 en Englishtown, Cabo Bretón. Después de su graduación en medicina de la Universidad Dalhousie en 1911, tenía consulta privada en el Condado de Guysboro durante 20 años. Comentaba que probablemente fue el único hombre en la profesión médica que llegó a sus pacientes a pie, con raquetas de nieve, carruaje tirado por caballos o caballo con trineo, por lancha motora, velero, bote a remo, y, últimamente, por automóvil. En 1931, el Dr. MacRitchie entró en el Departamento de Salud Pública de Nueva Escocia, donde se quedó durante casi un cuarto de siglo. Llevó a cabo clínicas de tuberculosis a lo largo de la provincia y también fue responsable de inspeccionar las instituciones penales y humanitarias.

—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 47, 1956

Departamento de Salud de Ontario aprobó un plan junto con la Escuela de Higiene y el Hospital de Niños para probar un aerosol nasal profiláctico en 5.000 niños de Toronto. Después de dos rondas de tratamientos con el aerosol, los resultados eran alarmantes. El aerosol no parecía prevenir la enfermedad, y muchos de los niños que participaban en el estudio perdieron su sentido del olfato, en algunos casos, permanentemente.



The Provincial Department of Health supplied all Poliomyelitis patients suffering from paralysis with splints and frames designed and built in our workshop.

Informe anual, 1937, Hospital de Niños, Toronto

Ante la situación, los gobiernos provinciales adoptaron un enfoque cada vez más generoso y universal con respecto al tratamiento hospitalario y poshospitalario de las víctimas de polio. Los padres recibieron instrucciones sobre cómo cuidar a sus niños afectados de polio en el hogar después de su hospitalización. En Ontario, el gobierno provincial trabajó mancomunadamente con la *Society for Crippled Children* (Sociedad para Niños Lisiados) y con varias organizaciones de enfermeras a domicilio para proporcionar atención a víctimas convalecientes de toda la provincia. En Alberta, una *Poliomyelitis Sufferers Act* (Ley para las Víctimas de Poliomiéltis) integral entró en vigor en marzo de 1938, a pesar de que el gobierno era “amargamente atacado por muchos de nuestros opositores políticos por ofrecer algo a cambio de nada”.¹⁷

El automóvil y los accidentes

Paulatinamente se empezaba a recopilar información estadística detallada sobre el número alarmante de accidentes evitables en la industria y provocados por automóviles. No obstante, a pesar de las acaloradas discusiones al respecto, no se hizo nada. En 1933, más del 5% de todas las muertes obedecía a causas accidentales y más de un cuarto de éstas se relacionaba con el transporte terrestre. Los accidentes por ahogamiento y por transporte marítimo también eran significativos y las muertes accidentales eran la causa principal de fallecimiento entre los niños de 5 a 14 años.

Si bien había normas de tráfico en los años 30, la reglamentación de los conductores en Canadá era

17 “An Act to Provide Facilities for the Rehabilitation and Assistance of Persons who have been Afflicted by Poliomyelitis”, 1938, Capítulo 70, Estatutos de la Provincia de Alberta, 31 de marzo de 1938; Canadá, *House of Commons Debates* 1952–53, Volumen 5, 8 de mayo de 1953, (Ottawa, 1953), 4986–8



Lynn Blair

Enfermera peripatética de salud pública, prestó servicios en Manitoba durante 41 años

Lynn Blair fue una de las primeras enfermeras contratada para prestar servicios en el nuevo Departamento de Salud y Bienestar de Manitoba en 1929. Fue asignada al Puesto de Enfermería de la División Fisher en el área centro-norte de Manitoba en 1937, donde además de ejercer la enfermería, se vio obligada a servir de médico reemplazante y veterinaria. Describe este período como uno de los más felices y gratificantes de su carrera como enfermera de salud pública. La Sra. Blair y una colega recorrieron un promedio de 1.000 millas a la semana, en busca de familias idóneas que estuvieran dispuestas a abrir sus casas a niños evacuados de Gran Bretaña, país arrasado por la guerra, viajando por caminos que apenas eran senderos en algunas áreas. Trabajó como voluntaria en el Cuerpo Médico del Ejército de Canadá como enfermera militar en Sudáfrica por tres años antes de ser asignada a diversos cargos importantes de enfermería de salud pública en Manitoba, incluyendo el trabajo con niños lisiados en áreas sin cobertura por parte de unidades organizadas de salud y como enfermera consultora en enfermedades venéreas para la provincia.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
marzo/abril de 1975

mínima, a diferencia de Gran Bretaña y Europa, donde se exigían exámenes de conducir antes de conceder una licencia. Se formó un comité especial de la ACSP para examinar las normas que debían cumplir los conductores, así como para analizar los complejos factores psicológicos escondidos detrás de los hábitos de conducir imprudentes e irresponsables, sobre todo entre los jóvenes. Los departamentos provinciales de salud no tenían jurisdicción directa en asuntos relacionados con el control de los accidentes automovilísticos y el problema crecía más rápidamente que las medidas preventivas que se aplicaban ante el mismo.

Como mencionara un editorial de 1936 del *Canadian Public Health Journal*, “se permite a individuos irresponsables conducir camiones de cinco toneladas a una velocidad descomunal en carreteras estrechas. Se ponen coches que circulan a 70 millas por hora en manos de jóvenes que hace apenas diez años dejaron el cochecillo; y unas pocas personas ‘con sensibilidad social’ intentan controlar a este Frankenstein que ellas mismas ayudaron a crear”. Ciertos grupos voluntarios habían intentado hacer algo al respecto, pero persistía “una actitud de no intervención entre quienes estaban, o deberían estar, más preocupados, esto es, la población misma”.¹⁸

La profesionalización de la salud pública canadiense

En 1930, el Dr. James Roberts, oficial de salud de Hamilton, advirtió en una reunión de la *British Medical Association* (Asociación Médica Británica) en Winnipeg sobre sus preocupaciones por la capacitación y la reglamentación de

18 “Accidental Deaths”, *Canadian Public Health Journal* 25 (agosto de 1934): 402

Stéphanie Gravelle, CIPH



Uno de los primeros inspectores sanitarios

los inspectores de salud. “En todo el Dominio se observan demasiados casos en que el inspector de salud es la ‘Cenicienta’ del departamento de salud, que ‘añora las cenizas del pasado’. Muy a menudo lo encontramos atado, al igual que Sísifo de antaño, al desempeño superficial de una tarea

sin sentido e improductiva y, debido a las limitaciones en su educación y capacitación, lo vemos incapaz de convertirse en el factor integral que debería ser dentro la maquinaria de prevención de la enfermedad”.¹⁹ En un esfuerzo por fomentar el conocimiento, la capacitación y la solvencia profesional de sus miembros, se creó en 1913 la *Sanitary Inspectors Association of Western Canada* (Asociación de Inspectores de Sanidad del Oeste de Canadá), que se convirtió en asociación nacional en 1920. En sus primeros años, la asociación adoptó el *Public Health Journal* como su órgano oficial y otorgó a cada miembro una suscripción para que éstos pudieran ampliar su conocimiento y su capacitación, incluyéndose una columna regular en cada número para dicho objetivo. En los años 30 empezaron a establecerse a lo largo del país las ramas activas de la asociación y, gracias al esfuerzo de sus miembros, la asociación se constituyó en sociedad bajo el nombre de *Canadian Institute of Sanitary Inspectors* (Instituto Canadiense de Inspectores de Sanidad) en 1934 y la ACSP asumió la responsabilidad de la evaluación y certificación de los inspectores en 1935. Con la cooperación de los

19 James Russell Roberts, “Training of the Sanitary Inspector”, *British Medical Journal* (18 de octubre de 1930) p. 636

Mac Harvey McCrady

Destacado Científico de la Salud Pública

En 1910, el trabajo de Mac Harvey McCrady fue de reorganizar el laboratorio de la salud pública de la Junta Superior de Salud de la provincia de Quebec. Durante sus 43 años de servicio, estableció los fundamentos de un servicio global de servicios de diagnóstico y llegó a ser una de las autoridades más importantes en la bacteriología de la salud pública en todo el continente. Tomó parte activa en el desarrollo de *Standard Methods for the Examination of Water, Sewage and Dairy Products* [Métodos Estándares para la Examinación de Agua, Aguas Fecales y Productos Lácteos] para la Asociación Estadounidense para la Salud Pública y fue co-autor, en 1946, de *Water Bacteriology* [Bacteriología del Agua]. Aunque fue especialmente interesado por la bacteriología sanitaria relacionada con los problemas municipales con el agua, aguas fecales y leche, siempre mantuvo en mente los médicos en ejercicio, adaptando los procedimientos bacteriológicos e inmunológicos a sus necesidades. El Sr. McCrady se considera uno de los científicos destacados en su campo de salud pública.

—Canadian Public Health Journal [Revista canadiense de salud pública], Vol. 47, 1956

departamentos provinciales de salud, se impartió en las provincias un curso de capacitación y se brindaron exámenes de certificación. Bajo la dirección del Comité de la ACSP, se preparó un manual de instrucción relativo a la Certificación de Inspectores de Sanidad.²⁰

20 C. Lyons y M. Malowany, “Who’s a Public Health Professional? The Struggle for Recognition by Sanitary Inspectors in Early 20th Century Canada”, *Canadian Journal of Public Health* (nov./dic. de 2009), pp. 409–410

La “Higía” de la ACSP

En 1935, la Asociación Canadiense de Salud Pública introdujo una nueva estampilla que retrataba a Higía, la diosa griega de la salud, la limpieza y el saneamiento, cuyo nombre daba origen a la palabra higiene. El padre de Higía, Esculapio, estaba más directamente relacionado con la curación y la medicina, mientras que Higía se asociaba a la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud. Una serpiente enrollada alrededor de su brazo simbolizaba al paciente encarnado en sabiduría.



La Asociación Canadiense de Salud Pública continuó ampliando el número de secciones dedicadas a áreas especiales de la salud pública con la ayuda de voluntarios interesados en promover e impulsar el campo de la salud pública. La sección de laboratorio que se creó en 1917 se convirtió luego en la *Canadian Society of Bacteriologists* (Sociedad Canadiense de Bacteriólogos) y comenzó a celebrar reuniones anuales por su cuenta. Los departamentos de bienestar infantil, control de las enfermedades venéreas y salud mental que se habían establecido en su primera década continuaron existiendo y, en los años 20, se agregaron departamentos de higiene industrial, enfermería de salud pública y estadísticas vitales. En la década de 1930 vieron la luz nuevas secciones sobre ingeniería de salud pública, epidemiología y educación en salud pública. Los comités formados por voluntarios colaboraron en varios estudios y presentaron sus conclusiones en el *Canadian Public Health Journal*. El comité de estadísticas vitales realizó varios

estudios, incluidas la revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la fraseología de los certificados de defunción emitidos por los médicos y la educación de médicos y estudiantes de medicina en cuanto a los fundamentos de las estadísticas vitales.

El rol federal

Si bien el 3 de marzo de 1930 se aprobó una resolución en la Cámara de los Comunes que solicitaba se dieran a las provincias subvenciones federales que cubrieran un tercio del costo de las unidades de salud de jornada completa, el gobierno no tomó medidas en este sentido. Entre 1932 y 1935 – los peores años de la Depresión – el gobierno federal anuló sus subvenciones a las provincias para el control de enfermedades venéreas y cerró la División de Control de Enfermedades Venéreas. La División de Bienestar Infantil también se cerró tras la jubilación en 1934 de su jefa fundadora, la Dra. Helen MacMurchy.

En la segunda mitad de la década de 1930, sin embargo, las condiciones económicas mejoraron. El Primer Ministro R.B. Bennett quedó impresionado por el nuevo arreglo de Estados Unidos en materia de seguridad social y atención materno-infantil en áreas rurales insuficientemente atendidas. El *Canadian Public Health Journal* afirmaba que “la acción federal estadounidense es muy significativa y es la primera vez que el gobierno federal participa en un programa a nivel de condado de ayuda a departamentos estatales en el área de salud pública”.²¹

21 “The Annual Meeting of the American Public Health Association”, *Canadian Public Health Journal* 26 (noviembre de 1935): 566a

Bennett presentó los planes de su gobierno en una serie de discursos a la nación en enero de 1935. Los ministros provinciales de salud discutieron luego estos planes con su colega federal, D.M. Sutherland. Los planes incluían el restablecimiento de subvenciones para enfermedades venéreas y financiamiento para salud mental, cáncer, tuberculosis y unidades de salud de jornada completa. En 1937, el *Department of Pensions and National Health* (Departamento de Pensiones y Salud Nacional, hoy Ministerio de Salud de Canadá) creó nuevas divisiones de epidemiología e higiene industrial y reinstauró las divisiones de publicidad, educación sanitaria y bienestar materno-infantil. El Consejo Federal de Higiene también estableció nuevos comités, incluido un comité que sería responsable del prolongado desafío de reducir la mortalidad materna.

La Depresión cambió algunas creencias existentes desde hacía mucho tiempo acerca del libre mercado y del rol del gobierno. Cuando Alemania invadió Polonia el 1 de septiembre de 1939, Canadá siguió a Gran Bretaña y a Francia y entró en la Segunda Guerra Mundial una semana más tarde. La guerra puso fin a la depresión económica de Canadá y la próxima década vería un nuevo enfoque de los programas gubernamentales sociales y de salud en Canadá que traerían aparejados enormes costos humanos y económicos.



Arthur Edward Chegwin

Uno de los primeros promotores de la educación en materia de salud dental

El Dr. Chegwin nació en Lacombe, Alberta, en 1895 y en 1919 estableció una clínica dental en Moose Jaw, Saskatchewan y trabajó a tiempo parcial como odontólogo en las escuelas. Al observar la precaria salud dental de los niños en edad escolar, muy pronto se dio cuenta de que se necesitaba educación en materia de salud dental si es que se pretendía mantener o mejorar la salud dental en general. A partir de ese momento, el Dr. Chegwin dedicó gran parte de su tiempo y esfuerzos a impartir educación en salud dental en las escuelas, en su consulta, y entre sus colegas profesionales. Durante la Segunda Guerra Mundial, el Dr. Chegwin se alistó en el Cuerpo Dental del Ejército y cumplió funciones como dentista jefe en diversos centros de capacitación para la Fuerza Aérea Real de Canadá. Más tarde, ocupó el cargo de Director de Salud Dental del Departamento de Salud Pública de Saskatchewan y asumió un rol de liderazgo en la organización de la División de la Asociación canadiense de salud pública en Saskatchewan y como presidente de la sección de odontología de la CPHA.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 52, agosto de 1961

La Segunda Guerra Mundial y la Expansión

La Segunda Guerra Mundial y la Expansión	5.1
Nutrición e inocuidad alimentaria	5.2
La buena forma física	5.4
El uso del tabaco	5.5
Las enfermedades venéreas y la penicilina	5.6
Inmunización y enfermedades infecciosas	5.7
Servicios de salud para los pueblos aborígenes	5.8
La expansión federal y la promesa de posguerra	5.11
Una bendición mixta para la salud pública	5.14
La Organización Mundial de la Salud	5.15

La Segunda Guerra Mundial trajo un crecimiento sin precedentes en la mano de obra y la tasa de industrialización de Canadá. Para hacer frente a la guerra, era necesario contar con materias primas, productos agrícolas y productos semiacabados. A la par del aumento significativo en la inversión de capitales y de las mejoras tecnológicas, un país predominantemente rural se convirtió en urbano durante los años 40. Las mujeres fueron esenciales para mantener las granjas y la economía en marcha durante la guerra, y su tasa de participación como mano de obra de jornada completa se duplicó entre 1939 y 1944, cuando muchas mujeres asumieron tareas que se consideraban tradicionalmente “trabajo masculino”. Los avances tecnológicos pusieron a los hospitales y a los especialistas médicos en el centro de la escena a medida que la industrialización continuaba transformando la sociedad canadiense y las fuerzas políticas laboristas y de izquierda pedían una mayor equidad social. El final de la Segunda Guerra Mundial trajo promesas de cambio, crecimiento y prosperidad para Canadá, aunque también hubo una ansiedad cada vez mayor por el ritmo acelerado del cambio mientras la sombra atómica de la Guerra Fría se cernía amenazadoramente sobre la nación.¹

¹ http://www.warmuseum.ca/cwm/exhibitions/newspapers/canadawar/homefront_e.shtml



Elizabeth L. Smellie

Servicio a la VON y la primera mujer Coronel Militar

Elizabeth Laurie Smellie nació en 1884 en Port Arthur, Ontario. Después de asistir a la Escuela de Formación de Enfermeras de Johns Hopkins en Baltimore, se enroló como Enfermera Militar durante la Primera Guerra Mundial con el Real Cuerpo Médico Canadiense. En 1924, entro en la *Victorian Order of Nurses* y fue nombrada Superintendente Jefe poco después, ayudando a extender la *Victorian Order of Nurses* a lo largo del Canadá. En 1940, la señora Smellie volvió a enrolarse en el ejército canadiense durante la Segunda Guerra Mundial y ayudó a organizar el *Canadian Women's Army Corps (CWACs)* [Servicio femenino del ejército canadiense]. Las CWACs realizaron una variedad de tareas durante la guerra, desde tareas de oficina y administrativas hasta conducir, fabricar velas, actuar como ayudantes de suministros y operadoras de teletipo. La señora Smellie estaba al mando de la división CWAC en 1942 y ascendió a Coronel en 1944, la primera mujer que llegara a tal grado en el ejército canadiense.

—suite101.com

Durante la Segunda Guerra Mundial, buena parte del personal médico y de salud pública más valioso del país se alistó en las fuerzas armadas.

Un editorial del *Canadian Public Health Journal* sobre salud pública en tiempos de guerra advirtió que, si bien no podía conocerse aún el alcance y el costo que finalmente tendría la guerra, quedaba claro que las demandas ya habían “hecho menguar los gastos públicos y exigieron una reformulación de los esfuerzos... Es necesario consolidar las ganancias. La última guerra nos dejó algunas lecciones. No puede haber reducción del gasto público ni del esfuerzo público si se quiere salvaguardar la salud”.² La ACSP continuó exigiendo fondos federales para unidades de salud de jornada completa y programas provinciales de control de la tuberculosis. En todas las provincias, los gastos públicos para el control de la tuberculosis y la asistencia en sanatorios “se acerca o incluso supera el gasto

del Departamento de Salud para todos los otros servicios”, dejando muy poco dinero para el apoyo a los servicios preventivos.³



Suministro de leche segura

Cockfield, Brown & Company Limited

Nutrición e inocuidad alimentaria

Durante y después de la guerra, muchos canadienses tenían problemas para acceder a alimentos de buena calidad. La guerra propuso un nuevo enfoque sobre la nutrición para las poblaciones civiles y militares, ya que las encuestas recientes ponían en evidencia la desnutrición en una parte significativa de la población. El pan era un alimento de interés particular para ayudar a mejorar los niveles de nutrición. Se buscó llevar la preferencia popular lejos del pan blanco y orientarla a panes integrales más nutritivos, aunque se consideró como una

2 “Public Health in Wartime”, *Canadian Public Health Journal* 31 (enero de 1940): 35–36

3 “The Need for Federal Government Assistance in Public Health”, *Canadian Public Health Journal* 32 (septiembre de 1941): 478–79



Josephine DeBrincat

Desarrolló la enfermería en salud pública en Manitoba

La carrera de Josephine DeBrincat está estrechamente vinculada con el desarrollo de los servicios de enfermería de salud pública en Manitoba. Nació en la isla de Malta y se graduó del curso de capacitación en enfermería impartido por el Hospital General de Winnipeg en 1925. Luego cursó estudios para obtener el Certificado Real de Inspector Sanitario y el diploma de Enfermería en Salud Pública. La Sra. DeBrincat se especializó en enfermería industrial y tanto durante como después de la Segunda Guerra Mundial, se desempeñó como Enfermera Supervisora de Salud Pública para la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas en Italia. A su regreso a Manitoba en 1946, asumió nuevamente sus responsabilidades como Consultora en Enfermería Industrial, Consultora en Enfermería de Salud Pública, y Consultora en Defensa Civil del Departamento de Salud y Bienestar Público.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 61, 1970

mejora la adición al pan blanco de una vitamina derivada sintéticamente de la vitamina B₁. Las encuestas nutricionales revelaban deficiencias de calcio en niños de familias con escasos recursos que recibían sólo la mitad del calcio que necesitaban: sus dietas carecían de leche y queso debido a la privación económica o a la falta de apreciación del valor nutritivo de la leche. Como destacara un editorial del *Canadian Public Health Journal*, “en un país predominantemente agrícola, con frecuencia abochornado por excedentes en los cultivos, a una gran cantidad

de nuestros niños no se le garantiza el acceso a comidas saludables”.⁴

Se consideraba que una mejor nutrición era necesaria tanto para el joven como para el adulto, y en particular para los individuos que estaban empleados en la industria bélica. En 1941, se creó una División de Nutrición dentro del *Department of Pensions and National Health* con el fin de mejorar las normas canadienses de nutrición y trabajar con comités nutricionales establecidos en cada provincia. La primera guía alimentaria nacional de Canadá, llamada entonces *Official Food Rules* (Reglas de Alimentos Oficiales) se introdujo en 1942 para ayudar a prevenir las deficiencias nutricionales ocasionadas por el racionamiento alimentario durante la guerra. La División lanzó un programa nacional integral de nutrición con la ayuda del *Wartime Information Board* (Comisión de Información en Tiempos de Guerra) y la *Association of Canadian Advertisers* (Asociación Canadiense de Anunciantes)

“para despertar a los canadienses a la necesidad de una nutrición adecuada para el mantenimiento de la salud y la aptitud física”.⁵



Ministerio de Salud de Canadá

Primera guía alimentaria de Canadá

4 E.W. McHenry, “Nutrition in Canada”, *Canadian Public Health Journal* 30 (septiembre de 1939): 431–34; “Improving the Staff of Life”, *Canadian Public Health Journal* 31 (septiembre de 1940): 441; Dietary Calcium Deficiencies in Canada”, *Canadian Public Health Journal* 32 (abril de 1941): 227–28

5 “The Canadian Nutrition Program”, *Canadian Journal of Public Health* 34 (enero de 1943): 38–39



Chester B. Stewart

*Investigador, Administrador
y Decano de Medicina,
Universidad Dalhousie*

Chester Bryant Stewart nació en la Isla del Príncipe Eduardo. Después de graduarse como Medallista de Oro en Medicina en 1938, fue nombrado Vice-Secretario del Comité Asociado sobre Investigación Médica del Consejo Nacional de Investigaciones del Canadá en Ottawa, bajo la presidencia del sir Frederick Banting. Estaba involucrada en el primer programa de actividades de investigación acerca de aviación y desde 1940 a mediados de 1945, realizó actividades de investigación acerca de la aviación dentro de las Fuerzas Armadas Canadienses, jubilandose con el grado de Comandante de Escuadrón. Después de una formación de pos-gradó en salud pública y epidemiología, fue nombrado Profesor de Epidemiología en la Facultad de Medicina, Universidad Dalhousie en 1946 y más tarde, Decano de Medicina.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 67, mayo/junio de 1976

La recuperación de la escasez de alimentos durante el período temprano de posguerra fue lenta. Las restricciones a la importación y el alto precio de las frutas y las verduras frescas eran significativos y, en 1948, el Consejo Federal de Higiene manifestó que “las amas de casa expresan su preocupación de que sus familias están privadas de los nutrientes necesarios”. El Consejo aconsejó al departamento federal de salud que brindara asesoramiento sobre sustitutos

adecuados para los artículos que escaseaban y sobre cómo estirar el dinero para la compra de alimentos. El Consejo Federal de Higiene también contempló la reglamentación de los proveedores de sal, ya que se estaba presionando a los departamentos provinciales de salud para que trataran las carencias de iodo que causaban bocio. La falta de vitamina D en los niños impulsó al Comité Provincial de Nutrición del Dominio a exigir que se prepare un material educativo nuevo y actualizado en materia de nutrición.⁶

Para las familias obligadas a buscar sustitutos de las grasas, la prohibición de 1886 sobre la fabricación de margarina era una norma difícil de entender. La industria láctea no lograba satisfacer la demanda de mantequilla, y esta escasez dio como resultado el levantamiento de la prohibición en 1948. Muchos pensaban que el valor nutritivo de la margarina era escaso, pero el jefe de la División Federal de Nutrición consideraba que “desde el punto de vista económico y nutricional, la buena margarina es superior a la mantequilla”.⁷

La buena forma física

Junto con las iniciativas nutricionales, una amplia iniciativa nacional de educación sanitaria y buena forma física se lanzó en la mitad de la guerra. Al igual que en



Soldados haciendo ejercicio, Real Fuerza Aérea de Canadá, Ontario, 1944

Ministerio de Defensa Nacional, Biblioteca y Archivos de Canadá, PA-066376

6 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 14-16 de mayo de 1947, 15-17 de octubre de 1947, 10-12 de mayo de 1948
7 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 15-17 de octubre de 1947; “Margarine”, *Canadian Journal of Public Health* 40 (junio de 1949): 275-7

Canadian Public Health Journal, 34 (noviembre de 1943)



la Primera Guerra Mundial, grandes cantidades de hombres jóvenes llamados al servicio militar debieron ser rechazados debido a su falta de aptitud física. La Cámara de los Comunes informó que, en 1941, se había rechazado el 43% de los nuevos reclutas, una cifra que se elevó a más del 50% en 1944, pese a que muchos fueron aceptados aun teniendo defectos correctivos en ojos y dientes, además de hernias y afecciones ortopédicas, entre otros males. En 1943, el gobierno federal puso en práctica la *National Physical Fitness Act* (Ley Nacional de Aptitud



June Lawson

La primera mujer Inspectora Sanitaria del Canadá

June Lawson fue la primera mujer a recibir el Certificado en Inspección de Salud (Canadá). Nacida en Escocia en 1907, la señora Wilson se trasladó a Winnipeg y se graduó del Success Business College en 1930. Trabajó como empleada administrativa para la T. Eaton Company y, más tarde, para la Oficina de Impuestos de la Ciudad de Winnipeg y, posteriormente para la División de Alimentos y Productos Lácteos del Departamento de Salud de la Ciudad además de la División de Sanidad y Vivienda. Mientras trabajaba para el Departamento de Salud de la Ciudad, la señora Lawson estudió para convertirse en Inspectora Sanitaria y recibió el Certificado # 254 en 1942.

—Tim Roark, Historiador, Canadian Institute of Public Health Inspectors, 2009

*“Lucho contra estas cifras
Participo en la semana de sensibilización sobre la salud laboral, del 15 al 20 de febrero.
Hago de su forma física una victoria”*

Física), estableció el *National Council on Physical Fitness* (Consejo Nacional sobre Aptitud Física) y proporcionó subvenciones a las provincias para las iniciativas locales de educación sanitaria. Como destacó un editorial del *Canadian Public Health Journal*, “la guerra enseña lecciones valiosas, pero no debería ser necesario tener una guerra para que nos demos cuenta de que la salud y la buena forma física de los niños y jóvenes son de importancia suprema para el país”.⁸

El uso del tabaco

A pesar de la oposición permanente de parte de la *Women’s Christian Temperance Union* desde la Primera Guerra Mundial, el uso del tabaco siguió ganando adeptos en Canadá. En un número de *Science* del año 1938, Raymond Pearl publicó tablas actuariales de esperanza de vida que mostraban claramente la muerte más temprana en fumadores con respecto a no fumadores, pero ésta y otras evidencias de los efectos nocivos del uso del tabaco no parecían tener impacto alguno en la población. El hábito tabáquico era exaltado en las películas de Hollywood de la década, lo cual aumentaba su popularidad, incluso en un número cada vez mayor de mujeres. Los cigarrillos se envasaban a medida para los soldados y eran provistos en las raciones por las



Public Health Journal, 15 (junio de 1924)

8 “Health Training in Schools”, *Canadian Public Health Journal* 33 (abril de 1942): 178–79; “Military Rejections and the Public Health”, *Canadian Public Health Journal* 35 (septiembre de 1944): 367–68

empresas tabaqueras. Entre 1921 y 1949, el número de cigarrillos consumidos anualmente en Canadá aumentó diez veces y alcanzó los 28 mil millones. Una encuesta de 1947 mostró que fumaba el 49% de las mujeres de Montreal, mientras que otras encuestas revelaron que aproximadamente tres cuartos de los hombres y el 50% de las mujeres que tenían entre 20 y 30 años eran fumadores.⁹

Las enfermedades venéreas y la penicilina

La guerra aceleró el desarrollo y suministro a gran escala de penicilina, uno de los tratamientos médicos más rotundamente exitosos desde el hallazgo de la insulina. Descubiertos en Londres por Alexander Fleming en 1929, los efectos antibióticos de la penicilina impulsaron tenaces esfuerzos de investigación a principios de los años 40 por parte de Howard Florey, Ernst Chain y otros científicos de Oxford para lograr su producción a gran escala. Quedaba cada vez más claro que la penicilina tendría un impacto significativo sobre el tratamiento y el manejo de la neumonía, la meningitis, la gonorrea y la sífilis. En efecto, las Fuerzas Canadienses la usaron con provisiones suministradas en gran medida por los Laboratorios Connaught.

El gobierno federal reinstauró su División de Control de Enfermedades Venéreas en 1943 bajo la autoridad conjunta del Departamento de Pensiones y Salud Nacional y el Ministerio de Defensa Nacional. Hubo una incidencia de enfermedades venéreas menor de lo esperado entre el personal militar y esto se atribuía a la educación en salud, el tratamiento, el rastreo

9 N. Collishaw, *History of Tobacco Control in Canada* (2009), Ottawa, Ontario.



Claude Ernest Dolman

Distinguido microbiólogo, investigador y reconocido experto en botulismo

El Dr. Claude Ernest Dolman fue un distinguido microbiólogo, reconocido por sus contribuciones, tanto con respecto a los aspectos de salud pública como académicos de la bacteriología. Nació en Inglaterra en 1906 y se trasladó a Canadá en 1931 como Asistente de Investigación de los Laboratorios Connaught. Posteriormente, se desempeñó como Profesor y Jefe del Departamento de Bacteriología y Medicina Preventiva de la Universidad de Colombia Británica. El Dr. Dolman hizo más de 100 contribuciones a la literatura médica, incluyendo 36 a la *Revista canadiense de salud pública*. Estos documentos abarcan una amplia gama de temas, tales como brucelosis, gonorrea, fiebre tifoidea, vacuna contra el cólera, difteria, influenza y fiebre por mordedura de rata. Logró una reputación a nivel mundial por su labor en relación con el botulismo y planteó la hipótesis de importancia epidemiológica de que el *Clostridium botulinum* tipo E no es un organismo marino, sino que más bien es de origen terrestre.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 64, marzo/abril de 1973

de contactos y los paquetes de condones y otros profilácticos provistos a los soldados antes de su partida. En el ámbito interno, las subvenciones federales de salud permitían a las provincias proporcionar tratamiento antibiótico gratuito, lo

que contribuyó a un 72,2% de reducción de las tasas de sífilis y del 35,6% para la gonorrea entre 1944 y 1951.¹⁰

Inmunización y enfermedades infecciosas

El sarampión, la hepatitis, el resurgimiento de la rabia y la importación de la malaria a través de los soldados que volvían de Corea se agregaron a las preocupaciones de salud pública que representaban ciertas enfermedades como la fiebre tifoidea, que entraban al país a través de los nuevos inmigrantes. Los esfuerzos de inmunización se veían obstaculizados por la apatía y la complacencia de los padres y de muchos actores involucrados en la profesión médica. Las fallas en la inmunización contra la difteria en niños preescolares y la escasa administración del toxoide en enfermeras, médicos, estudiantes de medicina y empleados de hospitales provocaron una incidencia persistente de esta enfermedad. Canadá, que había sido un líder mundial a la hora de mantener la difteria bajo control, se había quedado atrás de Estados

Unidos, Inglaterra y Gales a mediados de los años 40.

Los departamentos provinciales de salud renovaron sus esfuerzos por fomentar la conciencia



“Peligro de infección de difteria dentro”

10 Gordon Bates, “Venereal Disease Control”, *Canadian Public Health Journal* 32 (julio de 1941): 339–49; “The Importance of the Moral Factor in the Control of Venereal Diseases”, *Canadian Public Health Journal* 32 (julio de 1941): 366–67; “An Essential Consideration in Venereal Disease Control”, *Canadian Public Health Journal* 33 (octubre de 1942): 502–03; “A Coordinated Program for Venereal Disease Control in Canada”, *Canadian Journal of Public Health* 34 (mayo de 1943): 246–47



Allan Reid Morton

Desarrollador capaz y trabajador de la Salud Pública en Halifax

El Dr. Allan Reid Morton llegó a ser el primer Médico Higienista a tiempo completo para Halifax en 1940. También aceptó el nombramiento como Profesor Asociado de Medicina Preventiva en la Universidad Dalhousie. La difteria fue una preocupación muy importante a principios de los años 40, especialmente porque Halifax fue un punto de embarcación y asamblea de tropas durante la Segunda Guerra Mundial. Durante la guerra, el Dr. Morton sirvió como Presidente del Comité Médico para las fuerzas armadas en la zona y, después de la guerra, ayudó en el desarrollo de un programa de salud mental, y de salud materno-infantil. Supervisó el programa de Prueba de la Vacuna Salk de Poliomieltitis en Halifax en 1954, la primera zona en Canadá a utilizar la vacuna. El Dr. Morton luchó en batalla personal contra la tuberculosis, que interrumpió su carrera profesional en varias ocasiones, pero cada vez que volvió, lo hizo con un vigor renovado.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 55, junio de 1964

de las inoculaciones gratuitas del toxoide, pero las dosis de seguimiento a menudo no se realizaban. Nueva Escocia padeció una epidemia de difteria entre su población civil y militar, y los escasos antecedentes de gestión de salud pública de Halifax impulsaron el gobierno de la ciudad a lanzar una encuesta independiente de las condiciones de salud, realizada por la División de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller. La encuesta criticaba la actitud de no

intervención del gobierno de la ciudad hacia sus responsabilidades en materia de salud pública, que se hacía evidente por la alta incidencia de enfermedades evitables y tuberculosis y por las tasas de mortalidad infantil.¹¹

Cuando en 1946, un brote virulento de viruela en Seattle, Washington, causó 51 casos y 16 muertes, el oficial provincial de salud de Colombia Británica emitió una enérgica declaración a través de la prensa, aconsejando la vacunación de todos los ciudadanos. El público respondió rápidamente, realizando llamadas de urgencia a los Laboratorios Connaught para pedir provisiones de la vacuna, mientras los departamentos de salud de Vancouver y Victoria instalaban clínicas de vacunación que estaban abiertas de 12 a 14 horas por día para atender a las filas permanentes de personas. Una vez que el suministro de vacuna fue suficiente, se establecieron clínicas de vacunación en toda la provincia y se exigió una prueba de vacunación para cruzar la frontera entre Canadá y Estados Unidos. Para el momento en que la crisis había pasado, un total de 300.000 personas habían recibido vacunación en Vancouver y las áreas costeras de la provincia, sin informarse complicaciones significativas ni campañas antivacunación ostensibles. Una vez más se hizo énfasis en la importancia de la vacunación rutinaria de los niños durante su

11 "National Immunization Week, November 14–21", *Canadian Journal of Public Health* 34 (octubre de 1943): 476–77; "The Halifax Health Survey", *Canadian Journal of Public Health* 34 (marzo de 1943): 140–41; "The Occurrence of Diphtheria in Halifax from October 1, 1940 to January 31, 1941: An Interim Report to the Dominion Council of Health", *Canadian Public Health Journal* 32 (agosto de 1941): 404–09

Sanofi Pasteur Limited, Connaught Campus, Archivos



Caso grave de viruela



Tres hermanos, dos vacunados; el del medio, sin vacunar

J.J. Heagerty, Viruela y vacuna, Ottawa, 1925

primer año de vida, mientras que en la Reunión Anual de la ACSP de 1946 se aprobó una resolución que instaba a "la adopción de una política más vigorosa de los departamentos de salud con respecto a la reinmunización".¹²



Canadian Medical Association Journal, octubre de 1949

Polio en el norte de Canadá, década de los años cuarenta

Servicios de salud para los pueblos aborígenes

A medida que las partes involucradas continuaban solicitando mejores respuestas federales a la tuberculosis en las comunidades aborígenes, el Dr. J.D. Galbraith redactó en 1940 una carta de siete páginas describiendo la tuberculosis en Bella Coola e instando al secretario provincial de Colombia Británica a adoptar acciones para abordar

"la falta completa de medidas para manejar el tratamiento de casos existentes o la prevención de la propagación de esta enfermedad".¹³ Galbraith destacó que "el indígena canadiense es la única persona en Canadá que es excluida completamente de la organización nacional de tratamiento de la tuberculosis". Los índices de mortalidad en los años 40 se mantuvieron por encima de las 700 muertes por cada 100.000 aborígenes canadienses – entre los más altos

12 "Resolutions Adopted at the 34th Annual Meeting of the Canadian Public Health Association, Toronto, May 6–8, 1946", *Canadian Journal of Public Health* 37 (junio de 1946): 254

13 J.D. Galbraith. Letter to G.M. Weir, 15 de febrero de 1940.



Andrew J. Rhodes

Aplicó la Microscopía de Electrónica a la Identificación de Virus

Nacido en 1911, el Dr. Andrew Rhodes fue científico de investigación durante casi cuatro décadas en el campo que había elegido, la microbiología, en particular, virología. Lideró en la aplicación de la microscopía electrónica a la identificación de virus, en el cultivo *in vitro* de poliovirus en un cultivo de tejido y en estudios de otros virus. Aceptaron publicar más de 140 artículos suyos y, en colaboración con C.E. Van Rooyen, fue autor de dos de los libros de texto definitivos en cuanto a enfermedades víricas, ambos pasando por múltiples ediciones. En distintos momentos fue Director del Instituto de Investigación, Hospital for Sick Children, Director de la Facultad de Higiene, y Director Médico de la División de Servicios de Laboratorio del Ministerio de Salud de Ontario.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 66, marzo/abril de 1975

jamás informados en una población humana – y esto se debía a la pobreza, la desnutrición, el hacinamiento y la comorbilidad con otras enfermedades. En contraste, la tasa nacional de mortalidad por tuberculosis comenzó un declive rápido en los años 40, que hoy se cree se debió principalmente a un efecto de cohorte derivado de la muerte y el envejecimiento de una generación vulnerable.

Un fallo de la Corte Suprema de Canadá de 1939 determinó que la salud de los pueblos aborígenes del Norte era una responsabilidad

federal. En términos de jurisdicción federal, los inuits (generalmente llamados esquimales en esa época) debían incluirse con los indios para su asistencia médica, aunque no al grado de las disposiciones de la *Ley relativa a los indígenas*. Un servicio médico unificado indígena y esquimal se creó en 1945 bajo la órbita del nuevo Departamento de Salud y Bienestar. La actividad militar durante y después de la guerra y el desarrollo económico subsiguiente en los territorios trajeron amenazas de enfermedades infecciosas que demostraron ser especialmente peligrosas para las comunidades inuits, incluidas la polio, la gripe y varias otras enfermedades virales.

Ante la falta de una vacuna eficaz, la polio siguió extendiéndose en toda la población en los años 40. El programa federal de subvenciones para investigación en salud sirvió de apoyo a un programa integral de investigación del virus de la polio en los Laboratorios de Investigación Médica de Connaught, lanzado en 1947 bajo la dirección del Dr. Andrew J. Rhodes. Durante el invierno de 1948-49, Rhodes se enteró de un brote entre la población inuit de la costa occidental de la Bahía de Hudson a través de un informe del Dr. J.P. Moody, oficial de salud para el este de la región Ártica. Moody era uno de los 27 oficiales de salud de jornada completa de la división de Servicios de Salud

Aborígen del Departamento de Salud y Bienestar Nacional, siete de los cuales habían sido asignados al área este del Ártico. Había también unos



“Vacuna contra la gripe: Los científicos esperan que la inmunización contra esta misteriosa enfermedad llegue lo antes posible”

Globe and Mail, 12 de febrero de 1946



Joseph Henry Gilbert Page

Desarrollo del Estado Civil y la Salud Pública en Canadá

Joseph Henry Gilbert Page nació en Chalk River, Ontario en 1909. En 1942, aceptó el nombramiento en el Departamento de Estadística de la División de Salud y Bienestar y tomó un papel de líder en el desarrollo, conjuntamente con las provincias, del Índice Nacional de Nacimientos -- piedra angular del Programa Nacional de Subsidio Familiar. Fue nombrado Jefe de la Sección Estado Civil en 1947—cargo que ocupó con distinción hasta su jubilación en 1974. Participó en la planificación de cinco censos canadienses y en construir las bases para las Revisiones 8ª y 9ª de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*. A través del diálogo y comunicación con las provincias, el Sr. Page construyó la confianza y entendimiento que llevó a la evolución del sistema de estado civil del Canadá.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 65, marzo/abril de 1974

700 médicos que proporcionan servicios de salud a media jornada a las comunidades aborígenes, además de 24 enfermeras de campo distribuidas a lo largo del país y un grupo médico ubicado en la Patrulla Ártica del Este, a bordo del *HMS Nascopie*.¹⁴ Hacia fines de febrero, habían ocurrido aproximadamente 25 casos y cuatro muertes, por lo que un equipo de seis médicos voló al área a

14 P.E. Moore, "Indian Health Services", *Canadian Journal of Public Health* 37 (abril de 1946): 140–42



John Thornton Marshall

Estadístico Distinguido que realizó Contribuciones Significativas a la Salud Pública

John Thornton Marshall nació en Buckingham, Inglaterra y vino al Canadá de joven, asentándose en Victoria. Aceptó un empleo de la División del Registro de Estado Civil de la Junta de Salud de Columbia Británica y desde 1916 hasta 1941, ascendió de empleado administrativo a director de la División del Registro de Estado Civil y supervisor de Archivos Médicos. Inventó e introdujo varios sistemas para el registro de nacimientos, matrimonios y defunciones y estableció Registros para adopciones y divorcios. Además, estableció un sistema de registro para hospitales, agencias de bienestar y los servicios de enfermería de salud pública. En 1941, el Sr. Marshall se trasladó a Ottawa y trabajó como Vice-Estadístico del Dominio. Su trabajo pionero resultó en el establecimiento del Consejo de Registros de Estado Civil del Canadá, dedicado a estandarizar y mejorar.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 56, 1965

través de la Fuerza Aérea para diagnosticar y tratar el brote. El 20 de febrero, Moody impuso una cuarentena regional sin precedentes que cubría aproximadamente 40.000 millas cuadradas.¹⁵

Aproximadamente al mismo tiempo de la epidemia de polio en el este del Ártico, un brote excepcionalmente virulento de gripe golpeó a

15 A.F.W. Peart, "An Outbreak of Poliomyelitis in Canadian Eskimos in Wintertime: Epidemiological Features", *Canadian Journal of Public Health* 40 (oct. 1949), 406; J.D. Adamson, J.P. Moody, A.F.W. Peart, R.A. Smillie, J.C. Wilt y W.J. Wood, "Poliomyelitis in the Arctic", *Canadian Medical Association Journal* 61 (octubre de 1949), 339

la población inuit de 90 personas que vivían en las regiones sur de Victoria Island al norte de los Territorios del Noroeste, cerca de la Bahía de Cambridge, causando 18 muertes. Entre la población no inuit de aproximadamente 50 hombres que vivían en el área, muy pocos se vieron afectados y fue necesaria la atención médica en sólo un caso. Se realizaron esfuerzos concertados para identificar las cepas responsables de los brotes y quedó claro que era necesario “inmunizar a los esquimales contra la infección introducida desde el exterior con una inoculación similar a la de las personas blancas que entraban a estos Territorios Árticos”.¹⁶ La gripe fue un factor significativo en muchas áreas de Canadá ese invierno, sobre todo en partes de Ontario, Quebec, Nuevo Brunswick, Saskatchewan y Alberta, pero sus efectos en la población no aborigen por lo general fueron leves.



Familia Laurence. Archivos provinciales de Alberta, A21089

Esquimales Mackenzie Delta, Aklavick, Círculo ártico, 19—?

16 C.E. Van Rooyen, L. McClelland y E.K. Campbell, “Influenza in Canada During 1949, Including Studies on Eskimos”, *Canadian Journal of Public Health* 40 (noviembre de 1949): 447–56; F.P. Naglet, C.E. Van Rooyen y J.H. Sturdy, “An Influenza Virus Epidemic at Victoria Island, N.W.T., Canada”, *Canadian Journal of Public Health* 40 (noviembre de 1949): 457–65

La expansión federal y la promesa de posguerra



Dr. George Donald West Cameron

Una conferencia federal-provincial se celebró en 1941 para discutir las recomendaciones de la Comisión Rowell-Sirois, aunque la mayoría de éstas, incluida la propuesta de un plan de seguro de salud, no prosperaron debido a la oposición de las provincias ante lo que consideraban una intrusión federal en las esferas provinciales. Sin embargo, se transfirieron prestaciones de pensiones y bienestar social desde la jurisdicción provincial y el gobierno federal dirigió su atención al mejoramiento del nivel de vida del país. Un nuevo Departamento de Salud y Bienestar Nacional había reemplazado al Departamento de Pensiones y Salud Nacional en 1944.



Paul Martin Sr.

En agosto de 1945, se anunció un programa federal de subvenciones de salud, pero éste quedó en la nada cuando Ontario y Quebec no se pusieron de acuerdo con los términos financieros del mismo. En 1946 se puso en marcha un enfoque federal renovado para ampliar los servicios nacionales de salud pública con la designación del Dr. George Donald West Cameron como viceministro de Salud Nacional y de Paul Martin (padre) como Ministro de Salud y Bienestar Nacional. Martin tenía un gran interés en cuestiones de salud, buena parte del cual provenía de su experiencia personal. Unos meses antes de su designación, un grave brote de polio en el área de Windsor, Ontario, afectó al hijo



John J. Heagerty

*Desarrolló la Legislación
Federal de Seguro de Salud*

El Dr. John J. Heagerty fue el primer Médico-Jefe Higienista del Departamento de Salud federal del Canadá. En 1928, el Dr. Heagerty escribió: “Hemos visto nuestros departamentos de salud desarrollarse de un médico a tiempo parcial, que fue el único empleado, a ejércitos de trabajadores y un gasto de muchos miles de dólares. Hemos visto la tasa de mortalidad caer del 40 por mil hasta un mínimo de 7,5 por mil en determinadas partes del país. Para todos los que se han involucrado en luchar contra enfermedades, generación a generación, ha sido un viaje largo y tedioso.” Su exhaustivo *Report on Public Health in Canada* [Informe sobre la Salud Pública en Canadá] formó la base del borrador de proyecto de ley de seguro de salud presentado al comité parlamentario en 1943. Fue el líder de un esfuerzo federal global para desarrollar el proyecto de ley, presentado en 1945. Creó su propio memorial en su obra *Four Centuries of Medical History in Canada* [Cuatro Siglos de historia médica en Canadá].

—*Canadian Medical Association Journal*,
10 de agosto de 1968

de ocho años de Martin, Paul Jr., entre muchos otros niños. En ese entonces, Martin padre era Secretario de Estado y se hallaba en una reunión de gabinete cuando recibió una llamada desesperada de su esposa quien le pedía que regresara urgentemente a casa (en 1907, Martin padre había sufrido también un ataque de polio que le había dejado varias cicatrices físicas). Se le facilitó un avión del gobierno para que viajara y al llegar encontró a su hijo en una sala de

aislamiento, con la garganta paralizada e incapaz de hablar. Afortunadamente, la crisis pasó y Paul Jr. se recuperó, aunque después de casi un año.¹⁷

En 1947, la división de higiene materno-infantil llenó el vacío creado por el cierre de la división de bienestar infantil en 1943. Una nueva división de epidemiología y nuevas instalaciones para el Laboratorio de Higiene, el Laboratorio de Alimentos y Drogas y un Laboratorio de Higiene Industrial, modelados según los *National Institutes of Health* (Institutos Nacionales de Salud) de Washington, eran otros de los signos de la expansión federal de la salud pública.

Frederick W. Jackson

*Desarrolló e introdujo el afamado Plan de
Salud de Manitoba*

El Dr. Jackson entró en el Departamento de Salud y Bienestar de Manitoba como Director de la División de Prevención de Enfermedades en 1928 y desde 1931 a 1948 trabajó como Vice-Ministro de Salud y Bienestar Público de Manitoba. En este cargo, desarrolló el afamado Plan de Salud de Manitoba que se introdujo en 1945. Debido a su visión y esfuerzo sin descanso, Manitoba desarrolló un programa único y altamente eficaz de salud, integrando los servicios hospitalarios, la salud pública, servicios de laboratorio y diagnósticos. Más adelante, ayudó al Departamento de Salud y Bienestar Nacional al establecer estudios de seguros de salud.

—*Canadian Public Health Journal* [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 48, 1957

17 Paul Martin, *A Very Public Life: Volume I, Far From Home*, (Ottawa: Deneau Publishers, 1983), pp. 459–60

Martin anunció su programa nacional de salud en mayo de 1948 en la reunión anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública en Vancouver. El funcionario hizo hincapié en el “progreso notablemente acelerado” que ahora era posible gracias al “gran aumento del gasto” de parte del gobierno federal para “poner en práctica este plan de amplio alcance para la salud nacional”. El programa se enfocó en tres tipos de programas de subvenciones para los servicios provinciales de salud: 625.000 dólares en planificación provincial para evaluar las necesidades existentes en materia de salud; 13 millones de dólares por año durante cinco años para construir hospitales y; ocho subvenciones nacionales de salud que sumaban 17 millones de dólares en el primer año y que se esperaba se elevarían a 22 millones de dólares por año durante un período indefinido y se distribuirían a cada provincia sobre una base per cápita. Las subvenciones de salud se centraron en el control de la tuberculosis, del cáncer y de las enfermedades venéreas, el cuidado de la salud mental, el apoyo a los niños lisiados, la capacitación profesional, la salud general de la población y la investigación en salud pública.

Se crearon nuevas asignaciones de bienestar federal para ayudar a las familias, los ancianos y los ciegos y proporcionar seguro para los desempleados, apoyo financiero para la vivienda y ayuda para agricultores y pescadores. La nueva filosofía federal era que “el bienestar social es una consideración esencial y básica de la vida sana”, y esto marcó la fundación del Departamento de Salud y Bienestar Nacional. Según Martin, “Canadá está entre los países donde la salud pública está modificando su tónica y ampliando su perspectiva para abarcar todo lo que afecte la vida humana”.¹⁸

18 Paul Martin, “A National Health Program for Canada”, *Canadian Journal of Public Health* 39 (junio de 1948): 219–26



Gregoire Fere Amyot

Contribuciones en materia de salud pública a Canadá y Estados Unidos

Luego de recibir su título de médico de la Universidad de Toronto, el Dr. Amyot se incorporó al Departamento de Salud Pública en Saskatchewan y trabajó en las regiones del norte de la provincia, a menudo viajando en canoa. Más tarde, pasó a ocupar el cargo de Administrador Provincial Adjunto de Salud y Asesor en Servicios Hospitalarios de la Provincia de Colombia Británica, como asimismo Profesor de Administración de Salud Pública en el Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva de la Universidad de Minnesota. En 1946, el Dr. Amyot se convirtió en el primer Viceministro de Salud del Departamento de Salud y Bienestar de la provincia de Colombia Británica.

—*Canadian Journal of Public Health*,
[*Revista canadiense de salud pública*],
junio de 1963

Martin y Cameron decidieron no permitir que la resistencia provincial fuera un obstáculo a sus medidas, por lo que se planificó un esquema nacional de seguros de salud. En 1947, la provincia de Saskatchewan promovió el primer plan de pago anticipado por hospitalización de América del Norte, basado en una tarifa anual per cápita de cinco dólares. Colombia Británica, Alberta y Terranova (que se unió a la Confederación en 1949) también ofrecieron una cobertura parcial.



G. Brock Chisholm

Primer Director General de la Organización Mundial de la Salud

Cuando el Dr. Chisholm se retiró de la Organización Mundial de la Salud, un editorial publicado en una revista internacional de esa época señaló: “El retiro del Dr. Chisholm, después de casi dos años de trabajo en la Comisión Interina y cinco años como Director General de la Organización Mundial de la Salud, cierra un capítulo extraordinario en la historia de la salud pública y de la colaboración a nivel internacional. Su quehacer con las personas estuvo orientado por la habilidad que caracteriza a un psiquiatra con gran experiencia; y su visión y coraje en la planificación de programas fueron el rasgo distintivo de un líder de enorme grandeza innata.” El Dr. Chisholm ingresó al campo de la psiquiatría luego de dedicar algunos años al ejercicio privado de la profesión. Durante la Segunda Guerra Mundial, se desempeñó como Director de Selección de Personal, como Asistente General Adjunto y más tarde como Director General de Servicios Médicos. Cuando fue nombrado Viceministro de Salud Nacional en 1944, se decía que hizo despliegue de una habilidad extraordinaria en relación con la expansión del Departamento después de la guerra. En 1946, el Dr. Chisholm encabezó la Comisión Interina de la Organización Mundial de la Salud y se convirtió en su primer Director General dos años más tarde.

—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 49, 1958

Una bendición mixta para la salud pública

La Asociación Canadiense de Salud Pública designó a su primer director ejecutivo de jornada completa, el Dr. J.H. Ballie, quién inició su misión a fines de 1945 emprendiendo varias encuestas de salud pública solicitadas por autoridades sanitarias provinciales y lanzando una nueva iniciativa para establecer asociaciones provinciales de salud pública. La ACSP realizó encuestas sobre prácticas de salud pública y regímenes de compensaciones, pero la histórica subvaloración de la tarea de la salud pública continuó limitando el crecimiento de los salarios, a pesar del aumento de las demandas y la escasez de personal de salud pública calificado.¹⁹

19 “Qualifications and Salaries of Public Health Personnel”, *Canadian Journal of Public Health* 37 (mayo de 1946): 209; “The Salary Survey”, *Canadian Journal of Public Health* 38 (enero de 1947): 58–59; “The Canadian Public Health Association, 1946–1947: Report of the Executive Director”, *Canadian Journal of Public Health* 38 (mayo de 1947): 249–52; “The Shortage of Nurses”, *Canadian Journal of Public Health* 38 (noviembre de 1947): 558–49; “Survey of Public Health Practices in Canada”, *Canadian Journal of Public Health* 39 (febrero de 1948): 84–85

La profesionalización de la salud pública continuó su marcha y el sector fue reconocido oficialmente como una especialidad de la medicina por el Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá en 1947. Dar la talla para esta especialización era un desafío debido a la naturaleza pública de estos servicios, que contrastaban con las relaciones personales inherentes a la práctica médica privada. Por otro lado, se ganaba bastante más siendo un médico general o siguiendo una carrera en cualquiera de las otras especialidades médicas en desarrollo que dedicándose a la salud pública.²⁰

A pesar de las subvenciones para el desarrollo profesional, había habido recortes significativos en el personal de salud pública desde el final de la guerra, principalmente a causa de la falta de

20 “Qualification Requirements and Minimum Salaries for Public Health Personnel in Canada”, *Canadian Journal of Public Health* 40 (abril de 1949): 186–87; “The Shortage of Public Health Personnel”, *Canadian Journal of Public Health* 41 (enero de 1950): 44–45; “Public Health – A Specialty in Medicine”, *Canadian Journal of Public Health* 41 (marzo de 1950): 133–34



Lyle M. Creelman

Avances en enfermería y salud pública en Canadá y alrededor del mundo

“En los catorce años en que se desempeñó como Enfermera Jefe en la Organización Mundial de la Salud, Lyle Creelman probablemente logró más en favor de la enfermería a lo largo del mundo entero que ninguna otra enfermera de su época,” comentó la Revista del Consejo Internacional de Enfermeras en 1968. Lyle Creelman nació y se educó en Nueva Escocia y en 1938 se le otorgó una Beca Rockefeller para cursar estudios en la Universidad de Columbia, donde completó una maestría, especializándose en administración de enfermería de salud pública. Su labor a nivel internacional se inició inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial cuando fue nombrada Enfermera Jefe para la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas en la zona británica de ocupación en Alemania. A su regreso a Vancouver en 1947, realizó un extenso estudio y evaluación de la práctica de salud pública en colaboración con el Dr. J.H. Baillie, formulando recomendaciones que marcaron decididamente un avance en la práctica. Dos años más tarde ingresó a la Organización Mundial de la Salud como consultora en enfermería en el área de la salud materno-infantil y fue nombrada Enfermera Jefe cinco años más tarde.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 63, 1972

incentivos financieros para que los médicos se especializaran en salud pública. Los recortes en la salud pública eran acuciantes y la expansión de los servicios de salud y la construcción de hospitales en Estados Unidos hizo que muchos médicos y enfermeras canadienses jóvenes emigraran hacia el sur. El *Canadian Journal of Public Health* añadió una sección de Servicios de Empleo donde se anunciaba el número creciente de puestos de salud pública que eran cada vez más difíciles de cubrir.

La Organización Mundial de la Salud

A pesar de los desafíos locales en el campo de la salud, Canadá realizó una contribución significativa a la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948. El Dr. Brock Chisholm, Viceministro de Salud y Bienestar Nacional, tuvo un rol crucial en el desarrollo de la OMS después de la guerra y a él se atribuye el objetivo de esta organización internacional de que todas las personas alcancen el máximo nivel posible de salud. Chisholm se desempeñó como primer Director General de la OMS entre 1948 y 1953. La declaración de la Organización de que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o minusvalía”²¹ ayudaría a definir la misión más amplia de la comunidad canadiense de salud pública en la década siguiente.

21 21 S.W.A. Gunn, “The Canadian Contribution to the World Health Organization”, *Canadian Medical Association Journal* 99 (7 de diciembre de 1968): 1080–88

1950–1959

CAPÍTULO 6

Esto es salud pública: una historia canadiense

El crecimiento de la investigación, los servicios y el financiamiento

El crecimiento de la investigación, los servicios y el financiamiento	6.1
Servicios de salud para la población aborígen	6.3
Una crisis nacional de polio	6.3
Lesiones y muertes evitables	6.6
La inocuidad alimentaria	6.6
La contaminación ambiental	6.8
La salud pública	6.11

Los años 50 se caracterizaron por la continuidad de la expansión significativa de la financiación federal y provincial para los servicios de salud. Las subvenciones federales de salud a las provincias sirvieron de apoyo a diversos programas específicos de tratamiento y control de las enfermedades, así como a proyectos de investigación, de los cuales un área clave era la investigación sobre el desarrollo de una vacuna contra la polio, ya que el país experimentaba graves epidemias de esta enfermedad. La frecuencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas disminuyó, especialmente gracias a los programas de inmunización orientados a los niños, a la introducción de la vacuna contra la polio de Salk y al amplio uso de nuevos medicamentos antibióticos. La salud dental se convirtió en un tema excluyente de salud pública y se ampliaron los programas de fluoración del agua, mientras que las lesiones evitables en los niños y las enfermedades crónicas como el cáncer y las enfermedades cardiopulmonares se volvieron causas principales de muerte en los adultos.

Las subvenciones federales a la investigación habían apoyado una variedad de iniciativas provinciales de salud pública desde 1948, incluidos el control de la tuberculosis, las



Harry Knowlton Brown

Soldado y dentista de salud pública

El Dr. Harry Knowlton Brown se distinguió como servidor público y miembro de la profesión de odontología. Nació en Nueva Escocia y se desempeñó como soldado ametrallador en la Primera Guerra Mundial y en el Cuerpo Dental en la Segunda Guerra Mundial donde alcanzó el rango de Teniente Coronel. Asistió a la Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto después de la guerra y se graduó recibiendo un Diploma en Salud Pública Dental. Luego de un período breve en la práctica privada, fue nombrado Director de Salud Pública Dental en el Departamento de Salud y Bienestar Nacional en Ottawa. Allí, organizó y dirigió uno de los primeros estudios de investigación científica sobre fluorización del agua realizados en América del Norte.

— Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 56, 1965

enfermedades venéreas y el cáncer, el cuidado de la salud mental, el apoyo a los niños lisiados y la capacitación profesional en salud pública. El Programa Nacional de Salud también proporcionó subvenciones para encuestas provinciales de salud y construcción de hospitales, y se amplió en 1953 para incluir el apoyo a servicios de salud materno-infantil, de rehabilitación médica y de laboratorio y radiológicos. En 1957, se promulgó una legislación que permitía al gobierno federal firmar un acuerdo con las provincias para establecer un plan completo y universal que cubriera los cuidados agudos en hospitales y los servicios de laboratorio y de diagnóstico radiológico.

Colombia Británica, Alberta, Saskatchewan y Terranova ya habían implementado sus propios programas de atención hospitalaria con patrocinio gubernamental y, hacia el final de la década, todas las provincias habían acordado participar en el plan nacional de seguros de servicios hospitalarios.



Peter J. Moloney

Científico, Educador y Desarrollador de Vacunas

El Dr. Peter J. Moloney obtuvo un MA en Química de la Universidad de Toronto y, en 1919, fue nombrado químico de investigación en los Connaught Laboratories. Se le dio al Dr. Moloney la responsabilidad de preparar el toxoide de difteria para Connaught Laboratories en 1924, haciendo que fuese posible su uso temprano en Canadá. Fue Vice-Director de Connaught hasta 1955 y contribuyó al desarrollo del llamado “test de reacción” para el toxoide de difteria. En estudios con el toxoide de tétano, desarrolló métodos para su ensayo y purificación y esclareció sus antígenos constituyentes. El Dr. Moloney también fue miembro de un equipo que diseñó con éxito métodos para preparar la penicilina durante la Segunda Guerra Mundial, lo cual fue un desafío urgente y complejo. Asimismo, la llamada por un potente antisuero polivalente para la gangrena gaseosa fue respondida con éxito a través del trabajo de sus colegas y sus propios estudios al final de la guerra.

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

En el otoño de 1950, se lanzó la primera encuesta de salud a nivel nacional, la *Canadian Sickness Survey*. El Programa Nacional de Salud, iniciado en 1948, había provocado un aumento del uso de los servicios sociales, por lo que el gobierno necesitaba planificar y evaluar los nuevos y costosos programas. La *Canadian Sickness Survey*, que recolectó datos de hogares durante un período de 12 meses, se concibió para proporcionar una visión general de los problemas de salud de los canadienses en el contexto de su entorno social, físico y económico.¹ La demanda creciente de servicios de salud superaba el suministro de profesionales, sobre todo en enfermería.

Servicios de salud para la población aborígena

Los programas federales de salud para los inuits se proporcionaron más tarde que para las poblaciones de las Primeras Naciones de Canadá. El contacto de los inuits con las poblaciones no aborígenes aumentó considerablemente en los años 50, iniciándose así un período de cambio social acelerado. Los servicios de salud al norte de los 60 grados de latitud se expandieron de la mano del aumento de la actividad militar. Los pueblos aborígenes se trasladaron cerca de bases y ciudades militares en busca de oportunidades de empleo y de servicios centralizados de salud.

La elevada mortalidad infantil entre las Primeras Naciones y los Inuits era una gran preocupación para los Servicios de Salud del Norte, creados en 1954 y luego reemplazados por la Rama de Servicios Médicos. Se contrataron parteras no aborígenes para trabajar en estaciones

1 O. Kendall, T. Lipskie y S. MacEachern, "Canadian Health Surveys, 1950–1997" en *Chronic Diseases in Canada*, 18 (2), 1997 consultado en http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/18-2/b_e.html

de enfermería, las que formaron parte de un esfuerzo concertado en los años 50 para lograr que las mujeres tengan a sus bebés en estaciones de enfermería u hospitales.²

Una crisis nacional de polio



Centro de salud de Riverview, Winnipeg, Manitoba

Carrera de sillas de ruedas en Winnipeg

La amenaza de las enfermedades invalidantes creció a niveles sin precedentes de este a oeste y hacia el Ártico. Las epidemias de polio aumentaron su

alcance y su gravedad y también afectaron a un número cada vez mayor de adultos, generando una mayor presión para la salud pública y las infraestructuras hospitalarias y requiriendo una mayor ayuda financiera de parte del gobierno para cubrir los gastos crecientes de atención médica. Lo que solía ser una infección gastrointestinal generalmente inocua en los niños pequeños se volvió una afección cada vez más grave a medida que las mejoras sanitarias retrasaban la exposición infantil al virus de la polio. Las subvenciones federales de salud reforzaron las cada vez más generosas políticas provinciales de hospitalización y tratamiento de la polio, proporcionaron pulmones de acero y otros elementos terapéuticos y apoyaron el cuidado a largo plazo de los casos de polio a través de subvenciones de salud para niños lisiados.³

- 2 K. Plummer, "From Nursing Outposts to Contemporary Midwifery in 20th Century Canada", *Journal of Midwifery and Women's Health* 45 (2), marzo/abril de 2000, 172
- 3 Christopher J. Ruty, "Do Something! Do Anything! Poliomyelitis in Canada", (Tesis de doctorado: Departamento de Historia, Universidad de Toronto, 1995), pp. 209–61

Archivos provinciales de Manitoba



La epidemia de polio en Canadá alcanzó su punto máximo en 1953. Durante ese verano y otoño, y entrados los meses de invierno, la polio afectó a casi todo el país, provocando

casi 9.000 casos y costando aproximadamente 500 vidas: la mayor crisis epidémica desde la pandemia de gripe de 1918. En comunidades como Winnipeg, la incidencia de la polio alcanzó límites jamás vistos, con números alarmantemente altos de casos bulbares entre adultos jóvenes y un gran número de cuartos de hospital llenos de pulmones de acero. Los médicos y las enfermeras eran particularmente vulnerables a la enfermedad y varias mujeres dieron a luz mientras estaban confinadas en un pulmón de acero. Se convocó a la Real Fuerza Aérea de Canadá para las entregas de emergencia de pulmones de acero en todo el país a medida que aumentaba la necesidad. En el pico de la crisis de polio de Winnipeg, 92 personas dependían de respiradores en forma simultánea. Esta situación dramática y desesperante se repetía a escala ligeramente menor en muchas partes de Canadá, por lo que el Ministro de Salud Martin declaró la emergencia nacional.

Un grupo de investigadores de Boston, liderado por el Dr. John F. Enders, había hallado una manera de cultivar el virus de la polio en tubos de ensayo en 1949. Este descubrimiento, que les valió un Premio Nobel, motivó a otros equipos de investigación, incluidos los Laboratorios de Investigación Médica de Connaught. En un esfuerzo por aumentar el volumen de poliovirus necesario para desarrollar una



Joseph Donovan Ross

Ministro de Salud de Alberta

El Dr. Joseph Donovan Ross nació en Waldo, Columbia Británica en 1911. En 1951, fundó la Fundación para el Alcoholismo de Alberta y sirvió como Presidente y Presidente de la Junta. En 1952, fue elegido como candidato del partido Crédito Social a la Legislatura de Alberta y, durante 12 años sirvió como Ministro de Salud. El Dr. Ross fue responsable por el desarrollo del Plan de Salud de Alberta, lo cual allanó la entrada de Alberta en el Plan Nacional de Medicare. Amplió los programas preventivos de protección de salud, desarrolló programas en cuanto a la salud ocupacional, e inició programas de protección ambiental, especialmente con relación a la industria petroquímica. Después de abandonar la vida política, el Dr. Ross tenía cada vez más interés en la provisión de atención sanitaria en países menos prósperos y dirigió Project Concern Incorporated, que da servicios en México, Indonesia, Hong Kong y otros países.

—Canadian Journal of Public Health
[Revista canadiense de salud pública],
Vol. 66, marzo/abril de 1975

vacuna, el Dr. Arthur E. Franklin probó una base nutritiva sintética conocida como Medio 199, que constituyó una base no alergénica para la vacuna. Tras este desarrollo clave, el Dr. Jonas Salk de la Universidad de Pittsburgh consideró que una vacuna de polio inactivada podría estimular el sistema inmunológico lo suficiente como para prevenir la polio en el humano. En 1952, los residentes de una institución de niños discapacitados cerca de Pittsburgh fueron los



Clennel E. van Rooyen

Pionero en el Desarrollo de la Vacuna contra la Polio

El Dr. Clennel Evelyn van Rooyen nació en 1907 en Ceilán y recibió numerosos honores por su trabajo en Egipto sobre viruela, fiebre tifoidea, la plaga, y poliomielitis. Sus tempranos trabajos sobre la poliomielitis llevaron al desarrollo de la vacuna contra la polio por el Dr. Sabin y el Dr. Paul de la Universidad Yale. Se trasladó al Canadá y en 1956 fue nombrado Profesor y Jefe del Departamento de Bacteriología en la Facultad de Medicina de la Universidad Dalhousie, y Director de la División de Laboratorios de Salud Pública en el Departamento de la Salud Pública. Fue líder en la lucha contra la poliomielitis en Canadá y dirigió la primera prueba de la Vacuna Sabin contra la Poliomielitis en el área de Yarmouth en Nueva Escocia. Desarrolló el primero laboratorio de virus en la Región Atlántica y fue el responsable de muchos de los usos clínicos mejorados de antibióticos modernos en la zona.

—Canadian Journal of Public Health
[Revista canadiense de salud pública],
Vol. 67, mayo/junio de 1976

primeros en recibir la vacuna de Salk elaborada con el Medio 199 de Connaught.⁴

En 1954, se realizó en Estados Unidos una prueba de campo de la vacuna sin precedentes, utilizando un sistema elaborado de seguimiento

4 D. Duncan, A.E. Franklin, W. Wood y A.J. Rhodes, "Cultivation of Poliomyelitis in Tissue Culture: V, Observations on Virus Propagation in Certain Animal Tissues with a Synthetic Nutrient Medium", *Canadian Journal of Medical Science* 31 (febrero de 1953): 75–83; J.E. Salk, "Studies in Human Subjects on Active Immunization Against Poliomyelitis: I, A Preliminary Report of Experiments in Progress", *Journal of the American Medical Association* 151 (28 de marzo de 1953): 1081–98

de aproximadamente 1.800.000 niños. El gobierno canadiense participó en forma limitada del ensayo, cuando Estados Unidos ofreció un excedente de vacuna que se usó en Manitoba (excepto Winnipeg), Alberta y Halifax. La prueba en campo de Estados Unidos reveló que la vacuna de Salk tenía un 60 a 90% de efectividad en la protección de niños contra la enfermedad parálitica, en función del tipo de poliovirus. En 1955, la vacuna obtuvo una licencia y seis productores estadounidenses se apresuraron para suministrarla. Sin embargo, a diferencia de las pruebas de campo, el gobierno estadounidense no evaluó todos los lotes de la nueva vacuna producida. A la postre, 79 niños estadounidense contrajeron la polio debido a la inactivación incompleta del poliovirus en algunos lotes. Canadá logró fabricar y distribuir con éxito una vacuna segura contra la polio, y el director de Connaught, Dr. Robert D. Defries, recibió el máximo honor de la *American Public Health Association* al retirarse en 1955, por su prolongado servicio y su liderazgo personal durante el desarrollo y la introducción de la vacuna contra la polio de Salk.⁵

La inmunización con la vacuna de Salk asestó un golpe decisivo a la polio parálitica y la incidencia nacional se mantuvo en niveles bajos durante 1956 y 1957, pero una ola inesperada de brotes y epidemias de polio en varias provincias entre 1958

5 "Administration of Poliomyelitis Vaccine (Salk)", *Canadian Journal of Public Health* 46 (mayo de 1955): 212–4



Ontario March of Dimes

CANADA'S POLIO PROGRAM	
Program started	April 13, 1955
Serum used	Salk vaccine
Administered by	Federal, local governments
Children treated	750,000 first inoculations 250,000 second inoculations
Paralysis among those treated	none
Cost to Government per child	\$1.50 for three shots
U.S.A.:	To inoculate 2 million children by March 31, 1956

US News and World Review, 3 de junio de 1955



Christian Smith

*Periodista y Reformador Social
en Saskatchewan*

Christian Smith nació en Amsterdam se trasladó al Canadá en 1910. En 1922, entró a formar parte del personal de periódico Saskatoon Daily Star y quedó con esta publicación durante 21 años. En 1944, aceptó el puesto de Director de Educación Sanitaria en el Departamento de Salud Pública. Durante sus años de periodista, el Sr. Smith escribió una serie de artículos acerca de la tuberculosis, salud mental, y el tráfico de narcóticos. Durante los primeros años de la Segunda Guerra Mundial, participó en el primer programa de ese tipo en Canadá para la educación acerca de enfermedades venéreas. Dio de su tiempo como voluntario a la John Howard Society y, en 1946, se hizo secretario de una Real Comisión nombrada en Saskatchewan para investigar la práctica de los servicios correccionales. En 1952, el Sr. Smith estableció el primero programa global de prevención de accidentes llevado a cabo por agencia pública en Canadá.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 57, junio de 1966

y 1960 impulsó campañas de inmunización más agresivas en todo el país, sobre todo en adultos. La polio persistió, especialmente en los grupos que tardaron en utilizar la vacuna de Salk, por lo que se realizó un intenso esfuerzo de investigación en 1959 para proporcionar una vacuna oral contra la polio basada en cepas de poliovirus atenuadas desarrolladas por el Dr. Albert Sabin.

Lesiones y muertes evitables

En los años 50, los niños sufrían una proporción cada vez mayor de lesiones evitables y muertes en el hogar como consecuencia de caídas, cortes y perforaciones, además de envenenamientos. La prevención requería esfuerzos cooperativos de parte de administradores, enfermeras de salud pública, médicos, sanitaristas y educadores de salud, así como un “asalto a dos bandas” sobre los riesgos personales y ambientales.⁶ Además de los esfuerzos educativos y de investigación, se estableció una red de centros de control de intoxicaciones en todo Canadá a través de los esfuerzos de los viceministros provinciales de salud. Hacia 1958, existían 13 de estos centros con base en hospitales seleccionados, los que proporcionaban tratamientos de urgencia e información sobre la naturaleza de las sustancias implicadas en el envenenamiento, su antídoto posible y las opciones de tratamiento, además de ofrecer asesoramiento telefónico.⁷

La inocuidad alimentaria

El botulismo provocado por los alimentos enlatados mal esterilizados se daba por lo general en productos conservados en el hogar, y las enfermedades de origen alimentario exigían una rápida respuesta de la salud pública local para identificar y aislar la fuente de infección. Sin embargo, en la década de 1950, los esfuerzos educativos comenzaron a dirigirse a manipuladores de alimentos y dueños de

6 Edward J. Brower, “Fatal Accidents in the Home”, *Canadian Journal of Public Health* 49 (junio de 1958): 225–9; Antoine B. Valois, “Integration of Home Safety in a Public Health Program”, *Canadian Journal of Public Health* 50 (noviembre de 1959): 474–7

7 C. Collins-Williams, “Poison Control Centres”, *Canadian Journal of Public Health* 49 (marzo de 1948): 91–



Alex Cross

El más alto estándar en el ejercicio de la profesión en salud ambiental en Canadá

Alex Cross comenzó un período de aprendizaje de cinco años en 1923 como montador de tuberías en la compañía nacional de ferrocarriles de Canadá y gracias a su educación y experiencia pasó a ser Inspector de Distrito en el Departamento de Salud de Winnipeg en 1931. Durante la guerra, fue destinado a la Sección canadiense N° 11 de Higiene en el Campo de Batalla correspondiente a la Quinta División Blindada de Canadá, y una vez concluidas sus funciones, regresó al Departamento de Salud de Winnipeg donde con el tiempo, pasó a ocupar el cargo de Jefe Adjunto del Departamento de Salud. El Sr. Cross fue miembro colegiado del Instituto canadiense de inspectores sanitarios y en honor a su contribución a la salud pública durante toda su vida, en 1984 el Instituto creó el Premio Alex Cross, el cual se otorga una vez al año a un miembro que haya demostrado “El más alto estándar en el ejercicio de la profesión en el campo de la salud ambiental en Canadá.”

—Tim Roark, historiador, basado en una biografía de Alex Cross de 1977

restaurantes, y los conceptos de saneamiento apropiado de los alimentos se integraron mejor a los establecimientos de comidas. La educación sanitaria de los manipuladores de alimentos y las inspecciones y correcciones periódicas del saneamiento siguieron siendo desafíos para los departamentos locales de salud pública a lo largo de esta década.⁸

La producción industrial, el tratamiento y la distribución de productos alimenticios acapararon la atención federal a fines de los años 50, sobre todo en lo referente a productos cárnicos embalados y listos para el consumo. En 1954 se puso en práctica una *Food and Drugs Act* (Ley de Alimentos y Drogas) reforzada y más proactiva. Esta ley prohibía la preparación y la venta de alimentos, medicamentos o cosméticos en condiciones antihigiénicas, y hacía de las violaciones una cuestión de derecho penal. La implementación de la ley exigió la formación de un equipo cada vez mayor de inspectores

8 C.E. Hornady, “The Education of Food Handlers”, *Canadian Journal of Public Health* 47 (julio de 1956): 288–92; C.F. Barrigan, “Restaurant Design”, *Canadian Journal of Public Health* 47 (octubre de 1956): 438–41; C.G. More, “Securing Correction of Defects in Restaurant Sanitation”, *Canadian Journal of Public Health* 47 (noviembre de 1956): 485–88

federales de la Dirección de Alimentos y Drogas que trabajara en cooperación estrecha con los departamentos de salud provinciales y locales para detectar sistemáticamente condiciones antihigiénicas o insalubres, en particular en la producción de alimentos. Las inspecciones comenzaron en las fábricas de quesos y continuaron en mataderos, molinos de harina y plantas de aves de corral. Si bien su alcance era nacional, el enfoque legislativo de los inspectores federales en materia de saneamiento ambiental seguía siendo limitado. “Consideramos condiciones insatisfactorias sólo las que puedan afectar el producto”, mencionó O.B. Petursson de la Dirección de Alimentos y Drogas. Además de contemplar si el estado del producto representaba un peligro para la salud, la Dirección consideraba “si el producto contiene suciedad o sustancias extrañas que no deban estar allí”.⁹ La nueva *Ley de Alimentos y Drogas*

9 O.B. Petursson, “The Role of the Food and Drug Inspector in Sanitation”, *Canadian Journal of Public Health* 48 (diciembre de 1957): 522–3; “The Food and Drugs Act and Food Sanitation”, *Canadian Journal of Public Health* 47 (agosto de 1956): 352–3; Randolph M. Frisen, “Problems of Packaged, Ready-to-Eat Meat Products”, *Canadian Journal of Public Health* 48 (julio de 1957): 295–9; Andrew Hollett, “Food Plant Inspection”, *Canadian Journal of Public Health* 49 (agosto de 1958): 351–3

proporcionó un fuerte impulso legislativo, pero se contaba con un equipo limitado de inspectores federales que trabajaban para reglamentar una industria alimentaria que crecía rápidamente, y las opiniones tendían a ser dominadas y constreñidas por las economías de producción y la preservación y el aumento del nivel de vida.

La evaluación de la inocuidad de los alimentos se hacía cada vez más compleja a medida que se usaban nuevas herramientas químicas, biológicas y tecnológicas para preservar la calidad y extender la duración de la conservación de los productos alimenticios. El impacto potencial sobre la salud de los residuos de pesticidas sobre frutas y verduras, el agregado de varias clases de productos químicos en la producción de alimentos y el uso de antibióticos como preservativos en productos alimenticios se convirtieron en temas cada vez más acuciantes en términos de salud pública a fines de los años 50.¹⁰ El Consejo Federal de Higiene se refirió al gran número de nuevos productos pesticidas “presentados con una evaluación inadecuada



Inspectores de carne analizando ternera en Jenkins Grocerteria, Calgary

de factores toxicológicos” y destacó que “una vez que un producto obtiene una licencia, no hay control adicional alguno que se pueda ejercer sobre su uso”.¹¹

10 L.L. Pugsley, “Food Additives”, *Canadian Journal of Public Health* 50 (octubre de 1959): 403–10; R.C.B. Graham y M.G. Allmark, “Residue Tolerances for Pesticides in Foods”, *Canadian Journal of Public Health* 49 (octubre de 1958): 430–4; F.S. Thatcher, “Antibiotics in Foods: A Review of Some Public Health Aspects”, *Canadian Journal of Public Health* 49 (febrero de 1958): 58–72

11 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 16–18 de marzo de 1953



Douglas A. Strong

Inspector-Jefe de Salud Pública para Terranova

Se dice que Douglas Anderson Strong fue un funcionario destacado y líder de su comunidad durante los 27 años que estuvo de Inspector-Jefe de Salud Provincial en Terranova. En 1949, fue el primer habitante de Terranova a recibir un certificado en Inspección de salud pública. Cuando el Sr. Strong se jubiló del servicio público en 1981, fue Director de Servicios Sanitarios de Emergencia. En 1967, presidió el Comité de Dirección que llevó a la formación de la División de Terranova y Labrador de la CPHA y se convirtió en su primer presidente. Fue socio fundador de la División Atlántica del Canadian Institute of Public Health Inspectors.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], 1993

La contaminación ambiental

El uso cada vez mayor de nuevos productos químicos industriales y agrícolas introdujo toxinas en el aire y el suelo, pero la principal preocupación ambiental era la contaminación del agua. La *International Joint Commission on Boundary Waters* (Comisión Conjunta Internacional sobre Aguas Limítrofes) se reorganizó después de la guerra y llevó a cabo estudios de la contaminación de los Grandes Lagos y de otras aguas limítrofes. Un informe publicado en 1951 indicaba que la contaminación del agua, en particular de los volúmenes cada vez mayores de desechos industriales no tratados y parcialmente tratados, había generado un peligro para la salud, además de efectos económicos adversos.

La supervivencia de los peces y la fauna se veía amenazada, por lo que la Comisión ordenó el

tratamiento de todos los desechos descargados en las aguas para que se cumpliera con el control de calidad de las aguas limítrofes. A diferencia de Estados Unidos, donde las administraciones estatales y municipales recibían financiamiento federal para construir nuevas plantas de tratamiento de aguas residuales, la total responsabilidad de la conducción de las aguas y del tratamiento y la eliminación de aguas residuales en Canadá quedaba en manos de las municipalidades locales. Desde comienzos de los años 30, había habido escasas o nulas mejoras, expansiones o nuevas construcciones de infraestructuras de aguas residuales y de

conducción de aguas en Canadá, y las municipalidades habían optado por los métodos más baratos y sencillos de eliminación de aguas residuales.

Se habían

realizado algunas obras para el tratamiento de aguas y alcantarillado en las provincias occidentales gracias al apoyo de las subvenciones nacionales de salud, y también en Ontario con financiamiento de la recientemente establecida comisión provincial para la lucha contra la contaminación. El Consejo Federal de Higiene expresó en 1953 que las autoridades de salud pública “pueden haber perdido de vista las cuestiones ambientales al expandir sus intereses a otros campos”. El desarrollo de las instalaciones necesarias no había seguido el ritmo de la rápida expansión industrial y de la vivienda, y las cuestiones ambientales de salud iban más allá del control de las autoridades de salud pública. En 1956, Ontario estableció una



Margaret Isobel Whelan

La primera mujer Inspectora Sanitaria en Ontario

Margaret Isobel Whelan nació en 1919 en Buffalo, Nueva York y llegó a ser la primera mujer Inspectora Sanitaria (SI) cualificada en Ontario. Originalmente trabajó en el Departamento de Bacteriología en Connaught Medical Research Laboratories, realizando trabajos técnicos en investigación de antibióticos e inmunización. Encontró a muchos profesionales de la salud pública en Connaught, lo cual despertó su interés en seguir una carrera como SI. La señora Whelan comenzó con la inspección de tiendas de comestibles, salones de belleza y restaurantes, trabajando para el Departamento de Salud del Municipio de Etobicoke. La señora Whelan se trasladó más tarde al Salud Pública de Peel en Brampton, Ontario, donde trabajó como Inspectora de Salud Pública hasta su jubilación en mediados de los años 80.

—Dennis Persaud, Inspector de Salud Pública, Salud Pública de Peel

Comisión de Recursos Hídricos que trajo agua y construyó plantas de aguas residuales para los tres millones de personas que habitaban la provincia.¹²

El Consejo Federal de Higiene formó un panel sobre contaminación del agua y otro sobre contaminación del aire; ambos incluían a representantes de la industria. Los desafíos aparejados por la contaminación del agua incluían la disminución de los abastecimientos de agua subsuperficiales y el retroceso de la capa freática debido al aumento de la demanda urbana

¹² “The Control of Water Pollution”, *Canadian Journal of Public Health* 47 (diciembre de 1956): 529



Planta depuradora R.C. Harris, vista desde el eje del túnel, 2 de septiembre de 1953

de agua, que se veían agravados y alimentados por la rápida expansión industrial y por “la elevación continua del estándar y el confort de vida”. Como destacó el Consejo: “No importa cuán detestable sea la idea: en las áreas pobladas, la masa de agua potable consiste mayormente de aguas residuales diluidas que se han sometido a un tratamiento artificial o natural para recuperarlas de su estado original más o menos no contaminado... Muchas municipalidades urbanas no tienen más remedio que usar la basura líquida de una o varias municipalidades ubicadas corriente arriba o en la misma línea divisoria de aguas, sin el beneficio de la dilución natural”. Los representantes de la industria se resistieron a la instauración de una única norma provincial legislada para controlar la calidad del agua. “Es nuestra opinión que la corriente se utilice para la eliminación de desechos tanto domésticos como industriales en base a una capacidad de asimilación coherente con el programa para aquella corriente.”¹³

El representante de la industria en el panel de contaminación del aire también consideraba al aire como “un medio natural para la eliminación de residuos inservibles que, como en el caso del agua, debe atenerse al principio de ‘uso y no abuso’. A nuestro parecer, el aire se debe utilizar en la mayor medida posible coherente con la seguridad pública, el bienestar y el confort, siempre que sea el método más económico de eliminación. Pensamos así porque, por definición, cualquier otro método sería más caro y como el costo adicional en última instancia lo soporta la población, se produciría ineludiblemente una disminución

13 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 5-7 de octubre de 1955; “Canada’s Problem of Water Pollution”, *Canadian Journal of Public Health* 46 (agosto de 1955): 339-41



E.A. Electa MacLennan

*Distinguida Enfermera-
Educadora para Nueva Escocia*

Electa MacLennan nació en Brookfield, Nueva Escocia y se educó en la Universidad de Dalhousie, la Escuela Hospital Real Victoria de Montreal, la Escuela de Enfermeras Graduadas de la Universidad de McGill, y consiguió un MA en Supervisión de la Salud Pública en la Universidad Columbia. Su disfrute de la enfermería comunitaria le llevó a la Victorian Order of Nurses, primero como supervisora en Montreal, luego como Supervisora de las Provincias Marítimas en la Oficina Nacional. En 1949, se nombró primera directora de la nueva Escuela de Enfermería en Dalhousie. Entre sus significativas innovaciones fue el organizar Institutos de Enfermería anuales para todas las provincias atlánticas. La señora MacLennan consiguió mucho para la formación de enfermeros a los niveles provincial, nacional e internacional.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 67, mayo/junio de 1976

del nivel de vida”. Se optó por la creación de chimeneas más altas para dispersar los contaminantes del aire en lugar de cualquiera de las muchas técnicas de ingeniería que existían para evitar la descarga de humo, niebla y otros efluentes gaseosos al aire.¹⁴ Tales opiniones representaban la actitud económica, política y popular imperante de los años 50 hacia la salud ambiental. La suburbanización también aumentó la distancia física a los servicios de

14 Archivos, Cominio del Consejo de Salud, October 5-7, 1953; Gordon H. Josie, “Estadísticas de la Salud Pública en Estudios de la Contaminación del Aire,” *Canadian Journal of Public Health* 45 (Febrero de 1954): 64-9



J. Arthur Melanson

*Servicio Distinguido Militar
y a la Salud Pública de Nuevo
Brunswick*

El Dr. J. Arthur Melanson nació en Shediac, Nuevo Brunswick y completó sus estudios médicos en Escocia en la Universidad Edimburgo y en la Universidad de Toronto. Durante la Segunda Guerra Mundial, fue Vice-Director de Higiene con el grado de Teniente Coronel con el Cuartel General del Segundo Cuerpo Canadiense. Fue Vice-Ministro de Salud de Nuevo Brunswick y Médico-Jefe Higienista del Departamento de Salud Provincial de 1945–65, además de Registrador General del Registro de Estado Civil de Nuevo Brunswick. El Dr. Melanson comenzó su trabajo en salud pública en Nuevo Brunswick como diagnosticista de tuberculosis y médico higienista de distrito. El Dr. Melanson fue instrumental en organizar la División de Nuevo Brunswick-Isla del Príncipe Eduardo de la CPHA y sirvió como su primer presidente.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 57, junio de 1966

salud pública y hospitalarios y la dependencia del uso del automóvil. Por otra parte, como se señaló oportunamente, cuando no se contaba con dos automóviles en la familia, las amas de casa suburbanas solían quedar “abandonadas a su suerte” en sus hogares ante la falta de transporte público.¹⁵

15 Anthony Adamson, “Suburbanization”, *Canadian Journal of Public Health* 46 (agosto de 1955): 324–7

La salud pública

La escasez permanente de personal ante la creciente demanda pública y gubernamental de servicios de salud llevó a la ACSP a evaluar cómo hacer frente a las necesidades de la profesión. Tal como se observó en la primera reunión anual de la Asociación para la Salud Pública de Ontario, celebrada en Toronto junto con la reunión anual de la ACSP en junio de 1950, “un problema descollante en el funcionamiento de la Asociación Canadiense de Salud Pública a lo largo de los años ha sido el de la geografía”. Las reuniones anuales de la ACSP se celebraron en las regiones este, central y occidental, dejando largas pausas entre las reuniones en una provincia determinada.

En esta coyuntura, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el *Canadian Journal of Public Health* se aprestaban a celebrar su quincuagésimo aniversario. Ambos habían luchado desde el final de la guerra. El cargo de Director Ejecutivo establecido en 1945 sólo había durado tres años, dejando a la Asociación nuevamente a merced de una dirección ejecutiva voluntaria, un personal mínimo y un espacio de oficinas donado por la Escuela de Higiene. En 1957 se formó un comité especial para examinar los modos de mejorar la organización de la ACSC y sus finanzas. Entre las recomendaciones que se hicieron un año más tarde estaba el plan de aumentar el número y los honorarios de las membresías, agregando una nueva categoría de “membresía de apoyo” para que empresas e instituciones proporcionaran ayuda económica, y otorgando un rol más prominente a las asociaciones provinciales en el modelado de las políticas de orden nacional. La organización nacional proporcionaría servicios a las provincias

y se contrataría nuevamente a un director ejecutivo de jornada completa, con personal de media jornada y de jornada completa que proporcionara el liderazgo profesional y la coordinación de la gama de actividades cada vez mayor de la Asociación de cara al futuro.¹⁶

Un artículo del *Canadian Journal of Public Health* redactado por E.G. McGavran, Decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte, describió los vientos de cambio que remodelaban la profesión a fines de los años 50. Según McGavran, la salud pública parecía “perder terreno” y “caer en el oprobio” a medida que otras partes del gobierno asumían algunas funciones que debían ser inherentes al sector. Se estaban formando nuevos órganos y comisiones oficiales “sin una representación de salud pública uniforme que aborde asuntos tales como la contaminación de corrientes, la contaminación del aire, la construcción de hospitales, las administraciones de atención médica y el control de las enfermedades

crónicas”. McGavran sugirió un nuevo concepto de salud pública “basado en la aceptación reciente y futura de que la salud pública consiste en el diagnóstico y tratamiento científico de las comunidades”. Un enfoque excesivo en el tratamiento de las personas a



Qué mal que no nos vacunen para esto también

16 K.C. Charron, “The Association: Today and Tomorrow”, *Canadian Journal of Public Health* 50 (septiembre de 1959): 378–84; “The Canadian Public Health Association, Annual Report, 1958–1959”, *Canadian Journal of Public Health* 50 (junio de 1959): 256–60



Adelard Groulx

Médico Jefe de Salud Pública de Montreal por casi 30 años

El Dr. Adelard Groulx jubiló como Médico Jefe de Salud Pública de Montreal en 1965, cargo que ocupó desde 1937. Nació en Sainte-Scholastique, se graduó de médico de la Universidad de Montreal y se incorporó al servicio cívico en Montreal como jefe de la división de salud infantil en el Departamento de Salud. Desempeñó una serie de cargos en la Escuela de Higiene de la Universidad de Montreal y dio charlas en la Escuela de Enfermeras de Salud Pública, como asimismo en la Facultad de Odontología, Facultad de Farmacia, y en el Instituto de Administración Hospitalaria. Además, fue director del Instituto de Microbiología e Higiene de la Universidad de Montreal. El Dr. Groulx fue Presidente de la CPHA en 1943 y contribuyó de manera muy significativa y valiosa a la Asociación mediante su trabajo en diversos comités. El Dr. Adelard Groulx fue nombrado Médico Higienista Jefe para la *Expo '67*.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 57, junio de 1966

través de nuevas “drogas mágicas y herramientas diagnósticas refinadas” había impedido que el sector de la salud pública viera “el verdadero foco” y la importancia de su trabajo que, a su modo de ver, siempre debía enfocarse en la comunidad.¹⁷

17 Edward G. McGavran, “The Promise of Public Health”, *Canadian Journal of Public Health* 50 (mayo de 1959): 197–2



Eleanore Louise Miner

Promocionando la Enfermería de la Salud Pública y la Prevención Primaria

Eleanore Louise Miner, de Regina, Saskatchewan, fue líder en el campo de la salud pública durante su compromiso con ellos de 35 años. En cada oportunidad, promovió la prevención primaria y apoyó la ampliación del personal de salud comunitaria para que incluyera higienistas dentales, nutricionistas, logopedas, psicólogas y fisioterapeutas. Trabajó para establecer programas de salud pública para los desfavorecidos, para trabajadores expuestos a riesgos de salud, para madres y los recién nacidos. Fue presidente de sus asociaciones de enfermeras tanto provincial como nacional y, desde 1959 a 1961, fue presidente de la Asociación para la Salud Pública de Saskatchewan. La señora Miner publicó una serie de artículos sobre financiamiento público de la enfermería de la salud pública en la *Canadian Journal of Public Health*, documentando las contribuciones significativas de las enfermeras de la salud pública en la comunidad.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 5, No. 2, abril de 1981

Con los canadienses viviendo más tiempo, la salud pública se enfrentaba a nuevos desafíos. Las enfermedades y lesiones crónicas y los riesgos del “estilo de vida” relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, aunados al resurgimiento de infecciones de transmisión sexual, se convertirían en las próximas

cuestiones clave en el área de la prevención. El uso masivo del automóvil aumentaría las muertes y lesiones debidas a accidentes de tránsito, mientras que las cuestiones ambientales se implantarían en la próxima década como el área de la salud pública que debería hacer frente a una redefinición.

1960-1969

CAPÍTULO 7

Esto es salud pública: una historia canadiense

La transformación social y los servicios de salud

La transformación social y los servicios de salud	7.1
La ACSP cumple cincuenta años	7.2
Los hospitales y el futuro de la salud pública	7.2
Las cuestiones de salud pública que no se abordaron	7.4
El desarrollo de herramientas de salud pública	7.4
Los desafíos persistentes: polio, tuberculosis y enfermedades venéreas	7.6
El medio ambiente y el DDT	7.8
La talidomida y la seguridad de los medicamentos	7.9
Fluoruro	7.10
Tabaco	7.11
El control de la natalidad y el rol del Estado	7.13
Un informe final sobre los servicios de salud	7.14
Los desafíos de la salud pública	7.16

Circular sobre salud pública distribuida a los hogares, 1961, Vol. 47, n.º 1, p. 16

La década de 1960 fue un período de cambios sociales vertiginosos en Canadá, especialmente en Quebec, donde culminaron 16 años de gobierno conservador y la provincia lanzó su “Revolución Tranquila”, caracterizada por reformas económicas y sociales ambiciosas que afectaron a cada nivel de la sociedad. Los roles gubernamentales tradicionales también cambiaron radicalmente y los canadienses gozaron de un mayor acceso a la atención médica con la introducción del seguro médico público. Asimismo, la mayor esperanza de vida hizo que se centrara mayor atención en los desafíos que imponían las enfermedades crónicas. El tabaco, el alcohol y el uso de drogas se volvieron temas críticos y aumentó la incidencia de infecciones de transmisión sexual. La población tomó mayor conciencia de los posibles impactos negativos de los productos químicos sintéticos,

los medicamentos recetados y los avances tecnológicos, mientras que el interés sobre el efecto del procesamiento de los alimentos sobre la nutrición incitaron estudios de investigación y demandas de mejores estrategias educativas.



Sandif Paster Limited, Comaught Campus, Archives

Sin embargo, en términos generales, la salud pública parecía “darse por sentada” y se observaba una cierta renuencia a los mensajes oficiales sobre vacunación, tabaco, fluoración del agua y seguridad de los automóviles.

La ACSP cumple cincuenta años

A fin de renovar la carta federal de la ACSP de 1912, en febrero de 1960 se presentó el proyecto de un miembro particular de actualizar la *Canadian Public Health Association Act* (Ley relativa a la Asociación Canadiense de Salud Pública), el cual recibió el apoyo unánime del Senado y de la Cámara de los Comunes y se le dio Sanción Real el 31 de marzo. La Asociación designó al Dr. Edward J. Young como director ejecutivo de jornada completa, después de casi una década de tener este cargo vacante, y también designó un consejo consultivo para el *Canadian Journal of Public Health*, formado por representantes de cada asociación provincial y por un editor asociado de Quebec, en un esfuerzo por atraer un mayor número de suscriptores de aquella provincia.

El campo de la salud pública luchaba por redefinirse a medida que el grueso de los gastos gubernamentales de salud se dedicaba a un sistema nacional de asistencia médica hospitalaria. En un número de marzo de 1960 del *Canadian Journal of Public Health*, el Dr. Jules Gilbert, presidente de la ACSP, acentuó la necesidad de trabajar más en educación sobre salud pública, capacitación

profesional, investigación y prestación de servicios preventivos. En el mismo número de esta publicación, el Dr. K.C. Charron, director de servicios de salud del Departamento de Salud y Bienestar Nacional, definió cinco prioridades clave para la salud pública: administración y organización; salud mental; rehabilitación médica y control de enfermedades crónicas; y servicios de salud de radiación diagnóstica y urgencias.¹



Los hospitales y el futuro de la salud pública

Un editorial de marzo de 1960 del *Canadian Journal of Public Health* notó la necesidad “casi imperiosa” de contar con más camas de hospital y más enfermeras. El gobierno federal y los gobiernos provinciales continuaron ampliando las infraestructuras hospitalarias mientras se desarrollaban los planes públicos de seguros médicos. La creación del sistema de seguro médico

público de Canadá comenzó en Saskatchewan en 1960 con la reelección del gobierno del Partido Neodemócrata de Tommy Douglas (CCF). El miedo a que el gobierno interfiera con las libertades profesionales y tenga objeciones sobre la naturaleza obligatoria del plan llevó a una huelga provincial de médicos en el verano de 1962. Sin embargo, cuando la provincia consintió en quitar o cambiar algunas secciones de la legislación que el Colegio de Médicos y Cirujanos de Saskatchewan veía como “peligrosas para

1 “The Association’s Future: Its Importance Place in Canada”, *Canadian Journal of Public Health* 51 (marzo de 1960): 113; K.C. Charron, “Present Challenges in Public Health”, *Canadian Journal of Public Health* 51 (marzo de 1960): 85–93



Thomas Clement Douglas

Padre del sistema de atención de salud de Canadá – Medicare

Mientras realizaba trabajos de postgrado en sociología en la Universidad de Chicago durante la Depresión y al observar el sufrimiento de aquéllos que habían perdido su empleo, Tommy Douglas tomó la determinación de hacer lo que estuviera a su alcance para ayudar a “los pobres, los débiles, y los desposeídos.” El Sr. Douglas nació en Escocia en 1904 y se crió en Winnipeg. En 1942 se convirtió en el líder de la Federación Cooperativa de la Commonwealth (CCF, por sus siglas en inglés) de Saskatchewan y cuando estuvo al mando, Saskatchewan adquirió la reputación de ser el laboratorio social de América del Norte. Entre sus primeros logros cabe destacar el tratamiento sin costo para combatir el cáncer, la hospitalización sin costo para personas aquejadas de enfermedades mentales, un plan universal de hospitalización para el sector público, y la *Carta de Derechos de Saskatchewan*. Bajo su liderazgo, la CCF de Saskatchewan sentó las bases para el primer plan de seguro médico público universal de América del Norte, el cual fue aprobado en 1962.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 8, No. 3, junio de 1984

las libertades profesionales”, la huelga de los médicos terminó.²

2 R.W. Sutherland, “Saskatchewan Medical Care Insurance Progress Report”, *Canadian Journal of Public Health* 56 (febrero de 1965): 7

En Colombia Británica, Alberta y Ontario, se habían introducido planes voluntarios de seguros médicos y, en 1961, el gobierno federal lanzó una Comisión Real dirigida por el Presidente de la Corte Suprema de Saskatchewan

Emmett Hall “para investigar e informar sobre las instalaciones existentes y la necesidad futura de servicios de salud para las personas de Canadá, así como sobre los recursos para proporcionar tales servicios, y recomendar tales medidas de manera coherente con la división constitucional de poderes legislativos de Canadá”.³

La Asociación Canadiense de Salud Pública instó a la Comisión a enfocarse en cuestiones de calidad y disponibilidad y en el uso y la coordinación eficaces de los servicios de salud. En un informe de 1962, la ACSP recomendó que “Canadá debería adoptar una filosofía más positiva con respecto a la salud” y mencionó que “los servicios orientados a la prevención y a la salud pública necesitan mucho más apoyo”. Entre las recomendaciones de la Asociación figuraban: la planificación y la evaluación a largo plazo, el control de las enfermedades crónicas, las instalaciones integrales de rehabilitación, un enfoque más progresivo e integrado de los servicios de salud mental y un mayor apoyo a la investigación y a la capacitación en salud pública.⁴

3 “The Royal Commission on Health Services Commences its Work”, *Canadian Journal of Public Health* 52 (noviembre de 1961): 486–87; “News Notes: National”, *Canadian Journal of Public Health* 52 (julio de 1961): 316

4 “A Submission to the Royal Commission on Health Services by the Canadian Public Health Association: Summary Statement”, *Canadian Journal of Public Health* 53 (junio de 1962): 225–4



Archivos de la Universidad de Saskatchewan, V.E.A. Tollefson Papers MG2651. H. Pensonal

Las cuestiones de salud pública que no se abordaron

Cuando en 1964 se presentó el informe preliminar de la Comisión, se vio con buenos ojos el énfasis puesto en “un enfoque planificado y coordinado del desarrollo y el mantenimiento de los servicios de salud a escala nacional”, pero el sector quedó decepcionado por la falta de atención a las cuestiones de salud pública. La sugerencia de “cambios radicales” en el programa de subvenciones nacionales de salud también resultó desconcertante y la Comisión aparentemente no apreció la importancia histórica de las subvenciones para establecer y ampliar los servicios provinciales de salud pública. “Es la opinión [de la ACSP] que sería desafortunado concluir, a partir las recomendaciones de la Comisión Real, que estas necesidades se han cubierto ampliamente”.⁵

Entre las principales necesidades aún no satisfechas estaba la prevención de lesiones. Se instó a las enfermeras de salud pública y los inspectores de sanidad a que se valieran de su entusiasmo, ingenio y paciencia durante sus visitas a domicilio para poner de relieve los riesgos específicos de lesiones que se podían evitar, para hacérselos conocer a los residentes y estar al tanto de su corrección. La mortalidad por ahogamiento, accidentes de automóvil e incendios domésticos dentro de las comunidades de las Primeras Naciones de Colombia Británica era cinco veces más alta que entre las poblaciones no aborígenes. En 1964, más de 4.600 canadienses murieron en accidentes automovilísticos y la atención pública y el interés

5 “A Preliminary Appraisal by the Canadian Public Health Association of Volume I of the Report of the Royal Commission on Health Services”, *Canadian Journal of Public Health* 55 (septiembre de 1964): 497–99

en la seguridad vehicular se intensificaron después de que el defensor estadounidense del consumidor Ralph Nader publicara “*Unsafe at Any Speed*” (“Peligroso a cualquier velocidad”) en 1965, obra que documentaba la reticencia de los fabricantes de automóviles a tratar las cuestiones de seguridad de los ocupantes.⁶

El desarrollo de herramientas de salud pública

Entre las necesidades de salud pública que todavía estaban pendientes en los años 60 se hallaba el mejoramiento de los métodos y las herramientas de investigación. En 1962, la ACSP designó un comité de investigación para mejorar la capacitación de los investigadores y trabajadores de la salud en el campo de los métodos de investigación. Ya se había reconocido previamente la necesidad de contar con información sobre el estado de los servicios de salud de los pueblos aborígenes. La recopilación de esta información se vio obstaculizada por la decisión que tomó la rama federal de servicios médicos en 1962 de que se incluyeran los servicios de salud aborígen dentro de los de los empleados públicos, el personal de aviación civil, los inmigrantes, los marineros y las personas que debían ponerse en cuarentena. Había una buena documentación de las tasas de lesiones y enfermedades de los aborígenes reconocidos como indígenas, pero poco se sabía sobre el

6 “Home Accident Prevention and the Health Department”, *Canadian Journal of Public Health* 52 (enero de 1961): 38–39; “Accident Prevention: A Symposium”, *Canadian Journal of Public Health* 52 (enero de 1961): 1–9; “The Twentieth-Century Disease”, *Canadian Journal of Public Health* 55 (mayo de 1964): p. 221; Archivos de Radio Canadá. Consultado en <http://archives.cbc.ca/lifestyle/living/topics/1754-12047/>; L.P. Lonerao, *Finding the next cultural paradigm for road safety*, AAA Foundation for Traffic Safety (2007): 1–2.



Hester Kernen

El Desarrollo Inspirado de la Salud Comunitaria

Hester Kernen se graduó de la Escuela de Enfermería del Hospital de Regina y obtuvo un certificado en Enfermería de Salud Pública de la Universidad McGill y títulos de licenciado y máster en formación de enfermeras de la Universidad Columbia de Nueva York. Con esta preparación la señora Kernen aceptó un puesto como Profesora de Enfermería de Salud Pública en la Universidad de Saskatchewan, un cargo que ocupó durante los próximos 27 años, antes de su ascenso en 1973 a Decana de la Facultad de Enfermería. Durante los próximos siete años, la señora Kernen demostró su capacidad de liderar, organizar y administrar mientras desempeñó funciones especiales al nivel nacional y provincial en los aspectos de enfermería, tanto de educación como de servicio. La señora Kernen fue la primera mujer elegida presidente de cualquiera de las divisiones de la CPHA (1956–58).

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 5, No. 2, abril de 1981

estado de salud de quienes vivían fuera de las reservas o de otros pueblos aborígenes.⁷

En respuesta a la falta de información al respecto, se emprendió un estudio provincial en el que se comparó la ingesta de nutrientes de los niños aborígenes y no aborígenes de Colombia Británica. En efecto, el reconocimiento de la falta de información en diversas cuestiones de salud pública aborigen y la falta de nexos entre los servicios aborígenes y no aborígenes generó iniciativas de crear capacidades de salud pública dentro de las comunidades aborígenes.⁸

7 J.B. Waldram, A. Herring y T.K. Young, *Aboriginal Health in Canada* (2006), University of Toronto Press: Toronto, Ontario

8 Alice Dong y Moira C. Feeney, “The Nutrient Intake of Indian and Non-Indian School Children”, *Canadian Journal of Public Health* 59 (marzo de 1968): 115–18; “Something New in Training”, *Canadian Journal of Public Health* 57 (noviembre de 1966): 535; Ethel G. Martens, “Culture and Communications: Training Indians and Eskimos as Community Health Workers”, *Canadian Journal of Public Health* 57 (noviembre de 1966): 495–503; E. Casselman, “Public Health Nursing Services for Indians”, *Canadian Journal of Public Health* 58 (diciembre de 1967): 543–46; Al Freestone, “Environmental Sanitation on Indian Reserves”, *Canadian Journal of Public Health* 59 (enero de 1968): 25–27

En 1969, el Ministro de Asuntos Indígenas Jean Chrétien presentó el Libro Blanco sobre Políticas relativas a los indígenas, que proponía integrar a los pueblos aborígenes a las mismas estructuras gubernamentales que servían a otros canadienses, abolir la *Ley relativa a los indígenas* y transferir el control de las tierras indígenas a las comunidades aborígenes. La filosofía detrás de este documento era que el estatuto jurídico propio había mantenido a los pueblos aborígenes aparte y por detrás de los beneficios de que gozaban otros canadienses, pero la propuesta fue ampliamente objetada por los líderes aborígenes por considerarla asimilacionista. El gobierno aplazó el documento, ya que la mayoría de los aborígenes canadienses parecía rechazarlo a favor de la continuación de la lucha por una mejor prestación de servicios desde el gobierno federal, incluidos los servicios de salud, asumiendo un rol creciente como proveedores de servicios en sus propias comunidades.



Jean C. Leask

Directora-Jefe de la VON que sirvió más de 30 Años en el Campo de la Enfermería

Jean C. Leask nació en Moose Jaw, Saskatchewan en 1912 y recibió un Bachelor of Arts en la Universidad de Toronto antes de ingresar en la Facultad de Enfermería. La señora Leask entró en la Victorian Order of Nurses como Enfermera de Plantilla en la División de Toronto. Más tarde aceptó el cargo de Enfermera a Cargo en la División de Regina. Con una Beca de la Fundación Rockefeller, viajó en los Estados Unidos y Canadá, observando los programas de agencias oficiales en 1941. Prosiguió sus estudios en la Universidad de Chicago, con especialización en la Administración de Enfermería en la Salud Pública. Luego volvió a la Victorian Order of Nurses como Directora-Jefe para Canadá en 1960. La señora Leask participó activamente en muchos comités nacionales e internacionales relacionados con la enfermería.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*], 1969

Los desafíos persistentes: polio, tuberculosis y enfermedades venéreas

Las tasas desiguales de inmunización contra la polio, sobre todo en los adultos, continuaban frustrando a las autoridades de salud pública. En 1961, una encuesta realizada en Victoria, Colombia Británica, reveló que sólo el 31% de todos los adultos había sido vacunado y, ante la consulta, la mayoría de ellos respondía que creía que “la polio es una enfermedad que afecta a los niños y que la vacuna sólo está disponible para

los menores de 40 años”. Además de estar mal informada sobre la enfermedad, parecía que la población había perdido el temor a la polio.⁹

La tuberculosis, empero, resultaría mucho más persistente que la polio en Canadá. En 1965, hubo un aumento del 5,6% en casos recientemente activos y del 11,4% en la cantidad de casos nuevos notificados en niños de menos de 10 años. La alta tasa de infección por tuberculosis entre la población aborígen había dejado “el grueso de la población indígena con reservorios de enfermedad



quietos o inactivos listos para hacer eclosión ante el primer signo de disminución de la resistencia”. El tratamiento de la tuberculosis en sanatorios se había ampliado finalmente para incluir a los pueblos

aborígenes, pero esto solía terminar en tragedias familiares, sobre todo en el norte. La Expedición del Este del Ártico, creada por el director de los Servicios de Salud de los Indígenas y de las Poblaciones del Norte, Dr. Percy Moore, usó los rompehielos *HMS Nascope* y *C.D. Howe* para llevar a los Inuits a los sanatorios del sur para que recibieran tratamiento contra la tuberculosis, y muchos nunca volvieron a ver a sus familias. La duración media del tratamiento que recibían los inuits en los sanatorios era de dos años y medio y, cuando los pacientes fallecían, a menudo se los enterraba sin avisar a sus familiares. Hacia fines de la década, la incidencia de las cepas resistentes a fármacos había aumentado considerablemente y las estrategias de salud pública comenzaron a

9 “News Notes: British Columbia”, *Canadian Journal of Public*

Una nueva vacuna contra la polio

Utilizando una cepa viva y atenuada del virus de la polio, se desarrolló una vacuna de administración oral, con la expectativa de que se multiplicara en el tracto digestivo del mismo modo que el virus que existía naturalmente, desplazando a la cepa salvaje más potente a medida que se diseminaba. Valiéndose de cepas desarrolladas por el Dr. Albert Sabin, los Laboratorios de Investigación Médica Connaught desarrollaron en 1962 un poliovirus oral (OPV) gracias a un financiamiento conjunto federal-provincial. Cuatro millones de dosis se distribuyeron en ocho provincias, pero al informarse cuatro casos de polio paralítica en individuos que habían recibido el OPV, el gobierno federal suspendió el programa por algunos meses. Un comité técnico concluyó que había un vínculo probable entre estos casos y la vacuna. El riesgo era pequeño, aunque era mayor en adultos que no habían recibido previamente una inmunización contra la polio. Hacia 1965, los programas provinciales de vacunación habían reducido a cero la incidencia de polio paralítica en Canadá.^a

a J.K.W. Ferguson, "Live Poliovirus Vaccine for Oral Use", *Canadian Journal of Public Health* 53 (abril de 1962): 135-42; F.P. Nagler, "Recent Experience with Oral Poliovirus Vaccine (Sabin) in Canada", *Canadian Journal of Public Health*, 54 (noviembre de 1963): 509-14; Nagler, "Recent Experience with Oral Poliovirus Vaccine (Sabin) in Canada", p. 509-14



"Acabemos con la polio en 1963"

concentrarse en las mejoras en la supervisión del tratamiento de los casos de tuberculosis.¹⁰

Un aumento sorprendente de los casos informados de sífilis y gonorrea precedió al uso masivo de la píldora anticonceptiva en Canadá. Esto se debió posiblemente a la falta de familiaridad con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los contactos por parte de los médicos menos experimentados. La frecuencia cada vez mayor de enfermedades venéreas entre adolescentes y niños de menos de 13 años se atribuyó a las "nuevas morales normales y a la mayor independencia y libertad no supervisada que los jóvenes tienen hoy". El Departamento de Salud promovió sus servicios gratuitos de tratamiento de enfermedades venéreas y proveyó a pedido películas actualizadas a

10 "Tuberculosis Control – The Great Delusion", *Canadian Journal of Public Health* 57 (septiembre de 1966): 421-22; F.J. Forth, "Tuberculosis Control Among Indians in Saskatchewan", *Canadian Journal of Public Health* 59 (marzo de 1968): 114; "Tuberculosis Control – Dream or Probability", *Canadian Journal of Public Health* 60 (enero de 1969): 43

escuelas secundarias y grupos comunitarios. Asimismo, un boletín informativo del *Canadian Journal of Public Health* de 1965 informó que "está tomando forma un esfuerzo educativo renovado".¹¹

En 1964, un comité de la *British Medical Association* que investigaba el impacto de las enfermedades venéreas en los jóvenes advirtió a la comunidad de salud pública sobre la necesidad de comprender mejor los factores sociales involucrados en estas enfermedades. Un editorial del *British Medical Journal* comentó que "se ha dicho que la impaciencia del joven para con las generaciones mayores tiene una arista más aguda que antes, ya que las creencias y las responsabilidades sociales del pasado son reemplazadas por una autoindulgencia cínica y pugnaz, caracterizada por una desconfianza tanto ante la religión como frente a la ciencia". Un

11 "News Notes: Saskatchewan", *Canadian Journal of Public Health* 56 (enero de 1965): 53

artículo del *Canadian Journal of Public Health* mencionaba que, “sabemos mucho sobre las enfermedades venéreas como enfermedades de declaración obligatoria, pero para erradicarlas o controlarlas, debemos saber mucho más sobre nosotros mismos y aplicar este conocimiento. Éste es el desafío de la educación sobre enfermedades venéreas, y la juventud necesita imperiosamente nuestra respuesta.”¹²

El medio ambiente y el DDT

Las preocupaciones en torno al medio ambiente salieron a la luz cuando la bióloga marina Rachel Carson publicó *Silent Spring* (*Primavera silenciosa*) en 1962, donde documentaba el daño provocado por el uso indiscriminado y desinformado de los pesticidas químicos, sobre todo el DDT. Este pesticida, que hoy se sabe que causa cáncer, se acumula en el tejido adiposo en cantidades cada vez más concentradas a lo largo de la cadena alimentaria. También se cree que el DDT provoca dolencias neurológicas, respiratorias y cardiovasculares en el hombre y puede permanecer en el suelo durante más de 30 años. Se atribuye a *Silent Spring* el impulso inicial del movimiento medioambiental y del llamado de atención sobre los riesgos que la ciencia y la tecnología suponen para la salud pública. Los científicos comenzaron



12 “Some Sociological Aspects of Venereal Disease”, *Canadian Journal of Public Health* 56 (abril de 1965): 162–63; British Medical Association, *Venereal Disease and Young People* (BMA, 1964); “Venereal Disease and Young People”, *British Medical Journal* 1 (7 de marzo de 1964): 575–77; Lynford L. Keyes y Henry M. Parrish, “Increasing the Effectiveness of Venereal Disease Education”, *Canadian Journal of Public Health* 59 (marzo de 1968): 122



Carol Buck

Una epidemióloga que se adelantó a su época

Se ha estimado que la Dra. Carol Buck se adelantó a su época—una mujer talentosa que rápidamente fue ascendiendo en su carrera en la década del cincuenta. Se recibió de médico en 1947, hizo un doctorado en 1950, recibió el diploma de salud pública de la Universidad de Londres en Inglaterra donde estudió gracias a una beca Rockefeller, y en 1967, fue Presidenta de Medicina Comunitaria en la Universidad del Oeste de Ontario. Contribuyó al avance de la epidemiología y fue autora de más de 80 artículos científicos, muchos de los cuales fueron publicados en la *Revista canadiense de salud pública*. Alcanzó reconocimiento a nivel internacional cuando fue electa Presidenta de la Asociación Internacional de Epidemiología en 1981. Su labor demostró “un compromiso inquebrantable de promover la salud de las personas identificando y corrigiendo las causas y factores que determinan la mala salud, usando métodos epidemiológicos rigurosos para lograr este objetivo.”

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 11, No. 3, 1987

a examinar la manera de reducir el uso de pesticidas y su impacto sobre la salud y el medio ambiente.¹³

13 Comisión para la Cooperación Ambiental de América del Norte, *DDT no longer used in North America, Hoja de datos sobre el DDT* (2003-04), consultado en http://www.cec.org/Storage/50/4285_DDT_en.pdf; Rachel Carson, *Silent Spring* (Boston: Houghton Mifflin, 1962); “Pesticides”, *Canadian Journal of Public Health* 56 (mayo de 1965): 217–18

Los cambios culturales

Otro cambio profundo desde la década de 1950 ha sido el flujo estable de inmigrantes hacia Canadá, por lo general de más de 100.000 personas por año. Algunos han venido de países europeos y otros tantos del sur y sudeste de Asia y China, Filipinas, América del Sur y Central, del norte de África y del Caribe. Muchos de estos inmigrantes han estado aquí un tiempo suficiente como para criar a hijos que ya son adultos. Algunos datos de censos recientemente disponibles sugieren que estos adultos jóvenes forman principalmente uniones matrimoniales dentro de su propia subcultura étnica, pero otros tantos se casan con personas de otras culturas, lo que sugiere que, si bien el mosaico cultural canadiense permanece considerablemente intacto, con el tiempo pueden surgir algunos rasgos de un crisol sociodemográfico. Este flujo de inmigrantes ha hecho de Canadá una de las naciones más multiculturales de la tierra. También hace de Canadá una nación estimulante en la cual es posible proporcionar servicios de salud pública

eficaces y eficientes basados en la comunidad para satisfacer todas las necesidades, de las cuales las más importantes tal vez sean la salud reproductiva de la mujer y, cada vez más, el cuidado de las personas mayores dependientes. En épocas anteriores y en sus países de origen, pocos individuos llegaban a alcanzar una vejez dependiente, mientras que en el opulento Canadá de hoy, muchos sí lo logran, pero las exigencias de la movilidad ocupacional moderna suelen hacer difícil que los miembros jóvenes de la familia puedan cuidar de sus mayores dependientes, y habitualmente no existe una red familiar ampliada a la que se pueda recurrir. La tarea de proporcionar servicios de salud pública eficaces y eficientes para la compleja población multicultural del Canadá de la década de 2010 y posteriores es una tarea por lo menos tan difícil y desafiante como la de proporcionar servicios educativos eficaces y eficientes.

—*John Last*

La talidomida y la seguridad de los medicamentos

Las implicaciones imprevistas de los avances científicos y tecnológicos pasaron a primer plano con la catástrofe de la talidomida en Canadá. Desarrollado en Alemania Occidental en la década de 1950, este fármaco se había usado ampliamente en ese país desde 1957 para tratar diversas dolencias, entre ellas la prevención de las náuseas matinales en las mujeres embarazadas. Su uso con receta médica se aprobó en Canadá el 1 de abril de 1961, y se consideró una alternativa segura a otros sedantes como los barbitúricos, así como combinada con medicamentos de venta libre para el tratamiento de resfríos, gripes, dolores de

cabeza, neuralgias y asma. Su uso fue tan amplio que se hizo difícil identificar a la talidomida como la causa de las graves deformidades en bebés recién nacidos que presentaban extrañas anomalías en brazos, piernas, manos y pies. Tras acumularse informes de sus efectos secundarios, el fabricante alemán retiró el medicamento en noviembre de 1961, y los productores británicos y suecos siguieron el ejemplo poco tiempo después. Los estudios publicados a principios de 1962 convencieron finalmente al gobierno canadiense de retirar la talidomida del mercado el 2 de marzo de 1962. El Ministro de Salud y Bienestar pidió al Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá que estableciera un comité especial para realizar una revisión objetiva “de los procedimientos

relacionados con el lanzamiento de nuevos medicamentos y hacer las recomendaciones que considere apropiadas a favor del interés público”. Unos 115 niños nacieron en Canadá entre 1961 y 1962 con malformaciones congénitas asociadas al uso materno de talidomida durante la primera parte del embarazo.¹⁴

Tras la experiencia canadiense, la Organización Mundial de la Salud resolvió “mejorar las líneas de comunicación entre las naciones y promover la normalización de procedimientos en cuanto a nuevos medicamentos, así como el desarrollo de un sistema de alerta internacional”. Al presentar un informe sobre una conferencia especial federal-provincial sobre la talidomida que se realizó en agosto de 1962, el *Canadian Journal of Public Health* se refirió a “una nueva comprensión de los problemas y riesgos relacionados con el desarrollo y la evaluación de nuevos fármacos. Podemos asegurar que Canadá ha hecho de su Dirección de Alimentos y Medicamentos una organización eficaz y capaz de luchar cuerpo a cuerpo con estos problemas de difícil resolución”.¹⁵

Fluoruro

Eran comunes en los años 60 los plebiscitos y debates locales en materia de fluoración. El Dr. F.H. Compton, director de servicios de salud dental de Toronto, describía la fluoración

como “una cuestión de alcance nacional que inquieta periódicamente a los canadienses de costa a costa como ningún otro hecho puntual en la historia de la salud pública”. La fluoración contaba con el amplio apoyo de expertos en salud pública, quienes opinaban que ésta reducía de manera segura y eficaz la caries dentaria en los niños, pero “para otros, no representa más que una intrusión escasamente disimulada en las preciadas libertades civiles preservadas por la constitución y la tradición”. La población solía ser fácilmente influenciable por estas voces que se imponían al consejo de los dentistas locales y los líderes en salud pública. Hubo quienes se oponían a la fluoración de los suministros de agua pública con fundamentos morales y

Norton Whittaker

Inspector de Salud que Desarrolló Soluciones Creativas para la Comunidad

En 1961, Norton Whittaker, un inspector de salud en Pembroke, Ontario desarrolló una grabación de mosquitos hembra para atraer a los mosquitos macho a entrar en una niebla de spray venenoso. Al eliminar el mosquito macho, la hembra no podría poner huevos fertilizados para incrementar la población. Whittaker también creó el “Premio de Oro del Cubo de Basura” para animar a los ciudadanos a limpiar sus cubos de basura para reducir los riesgos de salud relacionados con la alta población de moscas. El Premio se presentó semanalmente al cubo mejor mantenido y posteriormente otras ciudades de América del Norte, Gran Bretaña y Europa copiaron este programa exitoso.

—Klaus Seeger

14 Barbara Clow, “Defining Disability, Limiting Liability: The Care of Thalidomide Victims in Canada”, en E.A. Heaman, Alison Li y Shelley McKellar (eds.), *Figuring the Social: Essays in Honour of Michael Bliss* (Toronto: University of Toronto Press, 2008), pp. 304–14; Jean F. Webb, “Canadian Thalidomide Experience”, *Canadian Medical Association Journal* 89 (9 de noviembre de 1963): 987–92; “Federal-Provincial Conference on Congenital Malformations Associated with Thalidomide”, *Canadian Journal of Public Health* 53 (octubre de 1962): 432

15 “Federal-Provincial Conference on Congenital Malformations Associated with Thalidomide”, *Canadian Journal of Public Health*, p. 433

religiosos, mientras los líderes de salud pública recordaban las oposiciones pasadas a iniciativas de salud públicas tales como la cloración, la pasteurización y la inmunización.¹⁶

Tabaco

Al mismo tiempo que la cantidad de cigarrillos vendidos en Canadá superaba los 34 mil millones, en la reunión anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública de 1960 se presentaban los resultados preliminares de una encuesta nacional sobre veteranos de guerra canadienses. El estudio reveló una relación consecuente entre el hábito tabáquico y la mortalidad por cáncer de pulmón y por enfermedad cardíaca, y la ACSP fue una de las primeras en considerar al tabaquismo como una cuestión prioritaria de salud. Los miembros aprobaron una resolución en la que se instaba a “todas las agencias interesadas en llevar adelante enérgicos programas educativos destinados a informar al público sobre los riesgos del tabaquismo... y alentar especialmente a los jóvenes a que no adquieran el hábito”.¹⁷

Tanto la ACSP como la Asociación Médica Canadiense lanzaron campañas antitabaco para educar a la población y a los profesionales de la salud sobre los peligros de fumar. En 1962, un médico redactó que “finalmente uno puede advertir el cambio inevitable en la reacción del profesional y del hombre de la calle en cuanto a la controversia del cigarrillo, gracias a las

16 F.H. Compton, “A Public Health Perspective on Fluoridation”, *Canadian Journal of Public Health* 51 (enero de 1960): 20–24

17 E.W.R. Best, G.H. Josie y C.B. Walker, “A Canadian Study of Mortality in Relation to Smoking Habits: A Preliminary Report”, *Canadian Journal of Public Health* 52 (marzo de 1961): 99–106; “Cigarette Smoking and Health”, *Canadian Journal of Public Health* 55 (enero de 1964): 31

E.S.O. Smith

Años de Servicio a favor de la Salud Pública en Alberta

El Dr. Edward Stuart Orford Smith obtuvo 11 títulos académicos y becas para investigación en universidades en Canadá y en el extranjero. Su servicio a la salud pública empezó en Alberta en 1953 como Médico Higienista en la Unidad de Salud de Sturgeon. Llegó a ser Director de Epidemiología para el departamento de Servicios Sociales y Salud Comunitaria de Alberta. El Dr. Smith escribió más de 30 publicaciones acerca de temas de preocupación, incluidos la rehabilitación, poliomielitis, rabia, cáncer, accidentes, hipertensión, tabaquismo, alcohol, accidentes de tráfico, enfermedades venéreas, enfermedades cardíacas, planificación familiar, epidemiología, métodos de recogida de datos y seguimiento de contactos y, salud ocupacional. Fue presidente del Grupo de Trabajo de CPHA acerca de fluoruro

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 2, No. 3, junio de 1978

opiniones en contra del tabaco que alcanzaron rápidamente un pico la primavera pasada”.¹⁸ En la primera conferencia canadiense sobre tabaquismo y salud de 1963, el Ministro de Salud y Bienestar Nacional asignó un presupuesto quinquenal de 600.000 dólares para educación e investigación sobre el tema. En enero de 1964, el Director del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos anunció que el tabaquismo causaba cáncer de pulmón y, en 1966, los fabricantes de tabaco aceptaron un código de publicidad para

18 18 Norman C. Delarue, “Cigarette Smoking: A Clinical and Public Health Challenge”, *Canadian Medical Association Journal* 87 (3 de noviembre de 1962): 961

Cambios sociales y biológicos

La segunda mitad del siglo XX fue un período de cambio social profundo en las naciones industriales más avanzadas, incluida Canadá. Tuvo lugar un cambio importante en la estructura, función, formación y disolución familiar a raíz del aumento de la flexibilidad y variabilidad de las costumbres matrimoniales. Entre las parejas nacidas en Canadá, el tamaño promedio de la familia ha caído por debajo del nivel de reemplazo, por lo que la población habría disminuido de no haber sido por la inmigración. Una proporción cada vez mayor de parejas se han unido, han convivido, han compartido ingresos y hasta han criado hijos a través de uniones consensuales estables que se pueden disolver sin formalidad alguna. Otras parejas se han unido en lo que constituye una monogamia en serie, a veces con pero a menudo sin la sanción legal de los lazos matrimoniales formales. Ha habido un gran aumento en el número y la proporción de familias monoparentales (generalmente madres, muchas de las cuales viven en la pobreza) y en el número y la proporción de familias en las cuales ambos padres trabajan, en contraste con la vieja tradición en la cual los hombres eran los proveedores del hogar y las mujeres se ocupaban principalmente de la crianza de los hijos y las tareas domésticas. A medida que avanzaba el siglo XX, la

sociedad canadiense adoptó actitudes más liberales hacia la homosexualidad, incluida la aceptación de uniones de personas del mismo sexo. La proporción de personas que creen en Dios ha disminuido, pero entre los creyentes ha habido un aumento en las creencias fundamentalistas, a menudo asociadas con la resistencia al derecho de elección de la mujer en materia de reproducción. La televisión se convirtió cada vez más en la forma dominante de entretenimiento, contribuyendo a una mayor prevalencia de obesidad juvenil.

Otro fenómeno de fines del siglo XX y principios del siglo XXI relacionado con la salud es el aumento de la altura y del peso de los niños y el despertar sexual más temprano. Estas tendencias pueden tener que ver con las mejoras en la nutrición o posiblemente con la sobrenutrición, porque también hay un aumento preocupante en la prevalencia de obesidad y de diabetes tipo II. Otro factor causal posible para la madurez sexual más temprana es la presencia de bajos niveles de disruptores endocrinos ambientales. Se desconocen las consecuencias a largo plazo de estas tendencias para la salud de la población canadiense, pero es poco probable que sea un fenómeno deseable.

—John Last

Canadá mientras que en Estados Unidos también se exigió que los paquetes de cigarrillos llevaran etiquetas de advertencia sobre los riesgos del tabaco para la salud.¹⁹

Las medidas dirigidas a los anunciantes de tabaco constituían una nueva estrategia de salud pública que se adoptó en la década de 1960 en el marco de nuevas tácticas para promover la salud y prevenir la enfermedad. En 1967 y 1968, se presentaron en la Cámara de los Comunes algunos proyectos de miembros privados relacionados con la publicidad, el etiquetado y el contenido de nicotina y alquitrán en los cigarrillos. El Comité Permanente de

19 "The 1963 Annual Meeting", *Canadian Journal of Public Health* 54 (julio de 1963): 331–32; "Cigarette Smoking and Health", *Canadian Journal of Public Health* 55 (enero de 1964): 32; John Keays, "The Smoking Enigma", *Canadian Journal of Public Health* 56 (marzo de 1965): 105–07; http://www.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History20-2.html; "Smoking and Health: A More Forceful Stand", *Canadian Journal of Public Health* 60 (septiembre de 1969): 335–3

William Harding Le Riche

Profesor e Investigador en Epidemiología, Nutrición y Salud Materno-Infantil

El Dr. Le Riche vino al Canadá en 1952 desde Johannesburg, África del Sur, parándose en la Universidad de Harvard de paso para su Máster en Salud Pública. Empezó a enseñar la epidemiología en la Universidad de Toronto en 1957 y, se dice que hoy en día sus antiguos alumnos están bien representados en el campo de la salud pública a lo largo del Canadá. Sus intereses de investigación perennes eran: la nutrición, la salud materno-infantil y, el desarrollo de servicios locales de salud pública y de cuidados primarios. Su trabajo tocó una gama de temas epidemiológicos, incluidos las infecciones hospitalarias. Su trabajo pionero en analizar los archivos de seguro médico de la Physician Services Incorporated son hitos de la investigación relacionada en la salud en el Canadá. Publicó más de 130 artículos y varios libros, incluido *The Chemical Feast* [Un Festín Químico], escrito para un público general en 1982. El Dr. William Harding Le Riche sirvió como experto en varios proyectos nacionales e internacionales para las asociaciones de salud pública, tanto de Ontario como del Canadá. Recibió la más alta distinción de la CPHA, el Galardón R.D. Defries, en 1981.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 5, No. 2, abril de 1981

Salud, Bienestar y Asuntos Sociales celebró audiencias, pero la Asociación Canadiense de Salud Pública no estuvo entre las organizaciones que se presentaron. Un editorial de 1969 del *Canadian Journal of Public Health* mencionó

que, después de la Conferencia de 1963 sobre Salud y Tabaquismo que tuvo lugar en Ottawa, la ASCP había dejado la cuestión en manos de otros grupos y agencias.²⁰

El control de la natalidad y el rol del Estado

Desde 1892, el control de la natalidad había sido catalogado como obsceno y era ilegal en Canadá. A los médicos sólo se les permitía hablar de anticoncepción con un paciente particular dentro de parámetros bastante estrictos. Las inquietudes relacionadas con la explosión demográfica mundial en la década de 1960 y la disponibilidad de nuevos anticonceptivos orales aumentaron la presión pública para el control legal de la natalidad, y varias asociaciones exhortaron al gobierno federal a modificar las leyes. En Estados Unidos, la *American Public Health Association* estableció una política de apoyo a los servicios de planificación familiar, pero el control de la natalidad siguió siendo un tema polémico para la ACSP. En la reunión de 1964 de la ACSP, una moción relativa al control de la natalidad “se envió convenientemente a un comité para su análisis posterior”.²¹

Mientras tanto, se establecieron clínicas de planificación familiar en varias comunidades a través de las organizaciones conocidas como *Planned Parenthood* (limitación voluntaria de nacimientos), unidades locales de salud o en cooperación con hospitales. Como estas clínicas se establecieron para “promover el bien público”,

20 “Smoking and Health: A More Forceful Stand”, *Canadian Journal of Public Health* 60 (septiembre de 1969): 335–36

21 V.L. Matthews, “The Public Health Implications of Population Trends”, *Canadian Public Health Journal* 57 (febrero de 1966): 61–62

pudieron eludir el *Código Penal* y, hacia fines de la década de 1960, parecía haber poco interés en hacer cumplir la letra de la ley que restringía la información sobre el control de la natalidad.²²

Una proyecto federal de ley ómnibus, presentado en diciembre de 1967 por el Ministro de Justicia Pierre Trudeau, proponía grandes cambios en el Código Penal, incluidos el levantamiento de todas las restricciones contra la anticoncepción, el permiso de abortos terapéuticos en hospitales si un comité de médicos decidía que la continuación del embarazo podía poner en peligro la vida o la salud de la madre y la despenalización de la homosexualidad. En 1967, las declaraciones de Trudeau de que “el estado no tiene lugar alguno en los dormitorios de la nación” y “lo que se hace en privado y en forma consentida entre dos adultos no concierne al Código Penal” cristalizaron este cambio radical en los enfoques gubernamentales sobre planificación familiar y sexualidad, y el proyecto se promulgó en 1969.

Un informe final sobre los servicios de salud

Finalmente, el *Report of the Royal Commission on Health Services* (Informe de la Comisión Real sobre Servicios de Salud) de 1966 recomendó

22 “Population and Family Planning in Public Health”, *Canadian Journal of Public Health* 59 (julio de 1968): 278–79; C.J.G. Mackenzie, G.P. Evans y J.G. Peck, “The Vancouver Family Planning Clinic: A Case Study”, *Canadian Journal of Public Health* 58 (febrero de 1967): 53–60; E.A. Dunton, “A Family Planning Clinic in a County Health Unit”, *Canadian Journal of Public Health* 58 (abril de 1967): 181–82; H.H. Washburn, “Administration and operation of the Norfolk County Family Planning Clinic”, *Canadian Journal of Public Health* 58 (junio de 1967): 277–79; R. Wilson, G.W.O. Moss, E.G. Laugharne y E.M. Read, “Family Planning in a Co-ordinated Hospital and Community Health Setting”, *Canadian Journal of Public Health* 58 (diciembre de 1967): 527–34



Ann Harling

Dedicó su carrera a la salud de los niños y adultos en Nuevo Brunswick

La Sra. Ann Harling dedicó su carrera profesional a la atención de salud de los habitantes de Nuevo Brunswick. Desarrolló un gran número de programas y servicios de salud pública, particularmente en el campo de la salud materno-infantil, y sus clínicas pediátricas generales y especializadas se convirtieron en modelos para la prestación de atención médica altamente especializada a los niños de Nuevo Brunswick. La Sra. Harling dedicó su tiempo, sus energías y su pericia a una serie de iniciativas regionales, provinciales, nacionales e internacionales desde que comenzó a participar en la CPHA en 1972. Acompañó a la Hon. Monique Bégin con ocasión de la primera visita de estudio del sector salud que efectuaron autoridades canadienses a China, en el marco de la cual visitaron escuelas de medicina y de enfermería, hospitales, centros de rehabilitación, y guarderías infantiles por un período de cinco semanas.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 19, No. 2, 1995

un plan nacional de seguros de salud, pero la falta de atención a la prevención de las enfermedades y las lesiones decepcionó al sector de la salud pública. El Dr. John E.F. Hastings, de la Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto, describió omisiones del informe tales como los aspectos sociales y/o ambientales de la salud, los problemas relacionados con el envejecimiento, los medicamentos no recetados

y el mantenimiento de los ingresos durante los períodos de enfermedad. El informe prestó poca atención a la importancia de la medicina preventiva, la promoción de la salud y los programas comunitarios de salud. Hastings mencionó que el informe había pasado por alto la necesidad de reorientar la promoción y la prevención de la salud como elementos centrales de la educación médica, manteniendo un concepto anticuado de la salud pública, restringido a las áreas del control de las enfermedades de declaración obligatoria y al saneamiento ambiental y facilitando la atención médica en áreas periféricas.²³

Había escaso reconocimiento de los programas universales largamente utilizados sobre enfermería de salud pública, salud materno-infantil y salud escolar, así como del trabajo realizado por los departamentos de salud en pos de la educación, la identificación y el seguimiento de los casos de tuberculosis, enfermedades venéreas y trastornos mentales. Esencialmente, para Hastings, la Comisión no consideraba que los departamentos de salud pública tuvieran “un rol particularmente activo que desempeñar en el desarrollo futuro de nuestros servicios de salud”. El interés en otras cuestiones médicas, la falta de tiempo o “la reluctancia de algunos profesionales y de otros organismos a participar en algo más que las actividades tradicionales de salud pública relacionadas con el control ambiental y las enfermedades de declaración obligatoria” fueron factores probables para el virtual eclipse de la salud pública en el informe. Hastings añadió que el sector debía asumir buena parte de la responsabilidad por su escasa

23 John E.F. Hastings, “The Report of the Royal Commission on Health Services – Implications for Public Health”, *Canadian Journal of Public Health* 57 (marzo de 1966): 106–08



Jean E.C. Lewis

Instrumental la Enfermería de la Salud Pública en Terranova y Canadá

Jean E.C. Lewis estudió enfermería pediátrica y general en Liverpool, Inglaterra y trabajó en un hospital militar allí antes de volver a St. John's, Terranova al final de la Segunda Guerra Mundial. Ocupó el puesto de Directora Provincial de Enfermería de Salud Pública durante 29 años y fue responsable del servicio de enfermería completa de la provincia—el punto de entrada al sistema de cuidados de salud en ese momento, con muchos papeles en prevención primaria, secundaria y terciaria. La señora Lewis fue instrumental en el establecimiento de la División de CPHA en Terranova y Labrador a principios de los años 60 y presidió la Sección de Enfermería de Salud Pública de la Asociación.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 17, No. 2, verano de 1993

exposición en el informe, porque muchos aparentemente “no querían afectar intereses creados”. “Hemos olvidado nuestros orígenes y a nuestros antecesores”, que fueron “personas luchadoras, dedicadas y militantes que supieron ver los problemas de salud de la comunidad que había que resolver. Contra viento y marea, ellos estaban decididos a resolver estos problemas o morir en el intento”.²⁴

24 John E.F. Hastings, “The Report of the Royal Commission on Health Services – Implications for Public Health”, *Canadian Journal of Public Health* 57 (marzo de 1966): 113–116



Robert Davies Defries

Encabezó la primera Escuela de Higiene de Connaught y de Canadá, y fue el primer editor de la Revista canadiense de salud pública

El Dr. Robert Davies Defries se desempeñó como Editor de la Revista canadiense de salud pública cuando ésta fue adquirida por la CPHA en 1928. En 1953, asumió el cargo de Presidente de la Asociación y se decía que su estímulo y orientación a lo largo de muchos años contribuyeron enormemente al crecimiento y desarrollo de la Asociación. En 1940, el Dr. Defries fue nombrado Director de los Laboratorios Connaught y Director de la Escuela de Higiene, y en 1941 aceptó asumir funciones como responsable del Departamento de Administración de Salud Pública. Hizo numerosas contribuciones a la literatura científica en las áreas de bacteriología, inmunología, epidemiología, y administración de salud pública. En 1965, la CPHA creó el Premio R.D. Defries como el más alto honor que otorga anualmente, representado en una medalla y reconocimiento por contribuciones extraordinarias al vasto campo de la salud pública.

—Canadian Journal of Public Health [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 55, junio de 1965

Los desafíos de la salud pública

A fines de la década, Hastings redactó *Some Plain Thoughts on the State of Public Health* (Algunos pensamientos simples sobre la situación de la salud pública). En él, Hastings señaló muchos cambios significativos en la provincia de Ontario, que contaba mayormente con servicios regionales de salud organizados. Se estaban produciendo reorganizaciones similares en Quebec y otras provincias, caracterizadas por una mayor centralización, burocratización y control gubernamental del cuidado de la salud. Hastings creía que tales cambios señalaban la urgente necesidad de “considerar que la salud pública abarca todos los asuntos relacionados con la salud de nuestra población y con la prestación de servicios de salud a la misma”.²⁵

Según el *Canadian Journal of Public Health*, en la reunión anual de 1967, “los miembros de la ACSP se adhirieron unánimemente a la visión de que la Asociación, de la manera en que está constituida actualmente, es probable que deje de ser una organización eficaz y relevante en el

próximo siglo. La Asociación necesita un remedio en grandes dosis y el Consejo ha mostrado perseverancia en su recomendación a la reunión anual de trabajo de que se designe una comisión para analizar el objetivo y la estructura de la misma teniendo en mente su futuro”. Durante la década previa, se habían suscitado una y otra vez interrogantes sobre el futuro de la ACSP y el informe preliminar de la Comisión volvió a identificar ese año la necesidad de un Director Ejecutivo profesional de jornada completa. Las nuevas y significativas subvenciones plurianuales de la Fundación W.K. Kellogg y de la *Canadian Life Insurance Association* agilizaron la designación de un nuevo Director Ejecutivo, C.D. Noble, en 1969.²⁶

La reconstrucción de la Asociación Canadiense de Salud Pública tomaría varios años, ya que menos de un tercio de los empleados de jornada completa dedicados a actividades de salud pública eran miembros de la ACSP. Además, las “lastimosamente pequeñas” cuotas de membresía eran inadecuadas para sustentar a la Asociación y el *Journal*, y la ACSP no quería depender del

25 John F. Hastings, “Some Plain Thoughts on the State of Public Health”, *Canadian Journal of Public Health* 60 (marzo de 1969): 97–103

26 “An Obligation”, *Canadian Journal of Public Health* 60 (junio de 1969): 251; “Executive Director Appointment”, *Canadian Journal of Public Health* 60 (septiembre de 1969): 362



George Donald West Cameron

Por largo tiempo ocupó el cargo de Viceministro de Salud Nacional y primer galardonado con la Medalla R.D. Defries

El Dr. George Donald West Cameron luchó en Francia en la Primera Guerra Mundial y después de la guerra cursó estudios de medicina preventiva y salud pública en la Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto. En 1931, asumió la responsabilidad en cuanto a la producción y pruebas de sueros y toxoide de la difteria en la sección rural de los Laboratorios de Investigación Médica de Connaught y ocho años más tarde fue nombrado Jefe del Laboratorio de Higiene en el Departamento de Pensiones y Salud Nacional. En 1946, el Dr. Cameron asumió el cargo de Viceministro de Salud Nacional, cumpliendo funciones con distinción hasta que jubiló en 1965. Representó a Canadá como Delegado Principal de la delegación canadiense ante la Asamblea de Salud Mundial en numerosas ocasiones y recibió la primera Medalla R.D. Defries otorgada por la CPHA en 1966 por haber dedicado su vida a prestar servicio.

—Canadian Public Health Journal [*Revista canadiense de salud pública*], Vol. 57, 1966

financiamiento federal si pretendía ser un asesor imparcial de la salud pública canadiense.

Los desafíos de la Asociación reflejaban que el sector de salud pública necesitaba actuar más enérgicamente, redefinirse a sí mismo e intentar seguir siendo relevante en la década venidera. Se imponía una nueva realidad política de atención de la salud. El Departamento de Salud y Bienestar Nacional había establecido en 1968 un Grupo Federal de Trabajo sobre el Costo de los Servicios de Salud, impulsado por un gobierno minoritario liberal que afrontaba presiones inflacionarias y presupuestarias cada vez mayores. La tarea del grupo de trabajo se vio impulsada por la necesidad de identificar la manera en que el gobierno federal y los gobiernos provinciales podrían proporcionar servicios de salud con costos más controlables, específicamente los costos hospitalarios y los honorarios de los médicos y de la atención médica.²⁷

Defries Award, el mayor honor de la ACSP

En 1964, el Dr. Robert D. Defries dejó su puesto de editor del *Canadian Public Health Journal*, cargo que había desempeñado desde 1928. En honor a su prolongado servicio, la ACSP creó el premio anual *R.D. Defries*, otorgado anualmente en forma de una medalla producida por la Real Casa de la Moneda de Canadá, en reconocimiento a contribuciones excepcionales al campo de la salud pública. El primero de estos premios se otorgó en 1965 a G.D.W. Cameron, quién sirvió como viceministro nacional de salud entre 1946 y 1965.



27 "Report of the Commission on the Canadian Public Health Association", *Canadian Journal of Public Health* 60 (febrero de 1969): 49–84; "The Canadian Public Health Association: Problems and Challenges", *Canadian Journal of Public Health* 60 (febrero de 1969): 85–86; A. Peter Ruderman, "Task Force Reports on the Cost of Health Services in Canada: A Review Article", *Canadian Journal of Public Health* 61 (julio-agosto de 1970): 321–24

1970–1986

CAPÍTULO 8

Esto es salud pública: una historia canadiense

Una nueva perspectiva sobre la salud pública

Una nueva perspectiva sobre la salud pública	8.1
Las preocupaciones ambientales	8.3
La seguridad de los vehículos motorizados	8.4
La actividad física	8.5
Las personas con discapacidades	8.7
Las enfermedades crónicas	8.7
Una postura más firme	8.8
El informe de Lalonde	8.9
La ampliación de los intereses	8.11
Tabaco	8.13
Las enfermedades infecciosas	8.16
Una nueva cepa de gripe porcina	8.17
Las infecciones de transmisión sexual (ITS)	8.19
Cuestiones mundiales	8.21
La atención primaria de la salud — Salud para Todos en el Año 2000	8.23
La nueva salud pública	8.23
La promoción de la salud: el Informe de Epp y la Carta de Ottawa	8.24

Luego de 22 años de expansión de los servicios de salud de Canadá, la década de 1970 dio inicio a un período de consolidación, racionalización y disminución del financiamiento federal para la atención de la salud. Los países industrializados comenzaron a reconocer que la disminución significativa de la mortalidad, lograda durante los últimos 100 años, se debía en gran parte a las mejoras en el nivel de vida más que a los avances médicos. Esto se tradujo en un replanteamiento de los sistemas de salud en las décadas de 1970 y 1980, iniciándose un período de innovación y liderazgo canadiense en nuevos enfoques de promoción de salud, que tuvieron impacto tanto dentro como fuera del país. Se hacían cada vez más acuciantes las preocupaciones por el medio ambiente, las enfermedades crónicas y las elevadas tasas de accidentes automovilísticos, a la par que surgían nuevos enfoques de marketing para transmitir un mensaje de prevención a la población. Los investigadores desarrollaron metodologías sistemáticas para reducir los factores de riesgo y aplicaron un enfoque epidemiológico a la promoción de la salud, definiendo metas y objetivos específicos.¹

1 Lindsey McKay, “Making the Lalonde Report”, Towards a New Perspective on Health Project, Canadian Policy Research Network, Background Paper, octubre de 2000, <http://www.cprn.com/doc.cfm?doc=136&l=en>; H.L. Laframboise, “Health Policy: Breaking the Problem Down into More Manageable Segments”, *Canadian Medical Association Journal* 108 (3 de febrero de 1973): 388–93; thecanadianencyclopedia.com



Jean Rochon

Padre de la Salud Comunitaria en Quebec

Graduado de la Universidad de Montreal, Universidad Laval y la Universidad Harvard en derecho, medicina y salud pública, el Dr. Jean Rochon fue conocido públicamente por muchos como el “padre de la salud comunitaria en Quebec.” A principios de los años 70, sirvió como consejero a la Comisión Castonguay y miembro del Comité MacDonald que llevó a la creación de 32 departamentos de salud comunitaria en Quebec en 1973. Sirvió como presidente de la Comisión de Investigación acerca de Servicios Sociales y de Salud para el Gobierno de Quebec, la cual puso los fundamentos para las iniciativas de reforma reconocidas internacionalmente. El Dr. Rochon también sirvió como Director de Gestión de Programas del Organización Mundial de Salud y posteriormente como Director de la División de Protección y Promoción de la Salud en la Sede Social de la OMS en Ginebra.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], 1994

A principios de la década de 1970, los gobiernos federales y provinciales todavía analizaban las 348 recomendaciones emitidas durante dos años por el Grupo Nacional de Trabajo sobre el Costo de los Servicios de Salud (*National Task Force on the Cost of Health Services*), establecido en 1968 por el ministro federal y los ministros provinciales de salud para realizar consultas a los departamentos de salud, al sector académico y a agencias no gubernamentales, incluida la ACSP. Este grupo de trabajo sugirió varios modos de controlar los costos de asistencia médica a medida que los gastos gubernamentales

se proyectaban a 6.200 millones de dólares en 1972 a partir de los 1.700 millones de dólares de 1957. El entonces Departamento de Salud y Bienestar Nacional (hoy Ministerio de Salud de Canadá) encargó un estudio sobre centros de salud comunitaria al Dr. John Hastings, experto en administración de la salud de la Universidad de Toronto, quien recomendó contar con centros de salud comunitaria “accesibles y bien administrados” para aumentar la eficiencia de la prestación de los recursos, aunque sólo Quebec actuaría en pos de la integración de la prestación de servicios sociales y de salud. Entre 1973 y 1976 se desarrolló un sistema provincial de CLSC (centros locales de servicios comunitarios) que ponía énfasis en los servicios de salud comunitaria, pero la oposición a este movimiento por parte de la profesión médica disuadió a otras provincias de adoptar este enfoque.²

A mediados de la década de 1970, el Primer Ministro Pierre Trudeau inició controles de salarios y de precios, mientras el aumento del precio del petróleo aminoraba las economías de todo el mundo y persistían la inflación y el desempleo. En 1977 se aprobaron cambios en la Ley federal y provincial sobre arreglos



Cigarrillos: una trampa peligrosa

2 Canadian Museum of Civilization, “The History of Health Care in Canada, 1914–2007” consultado en <http://www.civilization.ca/cmhc/exhibitions/hist/medicare/medic-6c04e.shtml>

fiscales y financiación de programas establecidos (*Federal–Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act*), pasándose de un financiamiento de costos compartidos a un financiamiento global para salud y educación postsecundaria en el que los aumentos estaban ligados al crecimiento del producto nacional bruto. En 1982 comenzó la peor recesión desde la Gran Depresión, y la *Ley canadiense de salud* de 1984 confirmó la tendencia de reducción de los gastos federales de salud y la necesidad de repensar la manera como el gobierno podría asegurar la mejor salud y el mejor bienestar posibles para los canadienses.

Las preocupaciones ambientales

La salud ambiental era una preocupación creciente. Por ello, a principios de la década de 1970, comenzaron los controles de las emisiones de los vehículos y se introdujo gradualmente la gasolina sin plomo. Esto permitió que, durante esta década, se lograra una reducción paulatina en el aire de las sustancias tóxicas provenientes de los automóviles. En 1982, un Comité Internacional Mixto entre Canadá y Estados Unidos describió la lluvia ácida como uno de los problemas más serios que afectaban a América del Norte, mientras la reducción de la capa de ozono, el efecto invernadero del dióxido de carbono en la atmósfera, los desechos industriales y agrícolas, los aislamientos de urea-formaldehído y la contaminación del aire se convertían en cuestiones preponderantes para Canadá.³

Los miembros de la ACSP demandaron un esfuerzo unificado para establecer “normas realistas de control ambiental” con

3 <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=a1ARTA0000409>



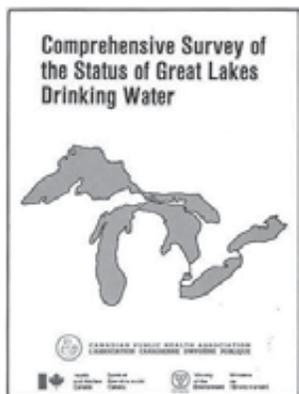
John E.F. Hastings

Un Impacto Profundo en el Desarrollo de Servicios de Salud Comunitarios

El Dr. John E.F. Hastings tuvo una carrera profesional distinguida como defensor de servicios de salud comunitaria y como destacado educador en salud comunitaria. En muchos sentidos, prosiguió con el legado en materia de salud pública de su tío-abuelo, el Dr. Charles Hastings (el Médico Higienista de Toronto desde 1910 al 1929). John Hastings fue nombrado profesor en la Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto, donde siguió durante 36 años. En 1965, realizó un informe para la Real Comisión Hall sobre Servicios de Salud con recomendaciones acerca de la organización de servicios de salud comunitaria en Canadá. Basándose en este trabajo, produjo un informe seminal en 1971–72, encargado por la Conferencia de Ministros de Sanidad. El Dr. Hastings trabajó en proyectos nacionales e internacionales. Fue el Vice-Decano fundador de la División de Salud Comunitaria de la Facultad de Medicina en la Universidad de Toronto y tuvo un papel instrumental en la sustitución de programas de diploma en temas de salud comunitaria por títulos Máster.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 16, No. 3, otoño de 1992

reglamentaciones ejecutables, programas de investigación ambiental más exhaustivos y una mejor información a la población sobre las reglamentaciones gubernamentales en materia ambiental. El *Canadian Journal of Public Health* amplió su cobertura sobre cuestiones ambientales tales como la contaminación por



CPHA Health Digest, 1984

plomo y amianto y los residuos de DDT y otros pesticidas, así como sobre las evaluaciones federales del riesgo para la salud ambiental. La ACSP también copatrocinó la Primera Conferencia Nacional sobre Calidad de

Aguas Recreativas y Salud Humana de 1983 junto con la Rama de Protección de la Salud del entonces Departamento de Salud y Bienestar Nacional y, posteriormente, realizó un estudio completo sobre el estado del agua potable de los Grandes Lagos para el gobierno federal.⁴

La seguridad de los vehículos motorizados

Además de normalizar el control de las emisiones, los gobiernos empezaron a reglamentar mejoras en la seguridad de los automóviles. La *Ley sobre la seguridad de los vehículos motorizados* de 1971, inspirada en una ley estadounidense similar, fue la primera legislación canadiense concebida para reducir las lesiones y muertes en las carreteras. A principios de la década de 1970, el Ministerio de Transportes de Canadá exigió la colocación de cinturones de seguridad en todos los automóviles nuevos. Esta medida acompañó a otras normas de seguridad en América del Norte que cambiaron considerablemente el diseño de los vehículos, con resultados notables. En

4 “CPHA’s Comprehensive Survey of the Status of Great Lakes Drinking Water Makes Headlines”, *CPHA Health Digest* 10 (noviembre de 1986)



Monique Bégin

Introdujo la Ley de Salud de Canadá

La Hon. Monique Bégin nació en Roma, Italia en 1936. Muy temprano en su carrera se distinguió como secretaria general ejecutiva de la Comisión Real sobre la Condición de la Mujer, cuyo informe fue publicado en 1970. Socióloga de profesión, fue electa como miembro de la Cámara de los Comunes en Ottawa en 1972 y ocupó el cargo de Ministra de Salud y Bienestar entre 1977 y 1984, período en el cual logró incrementar dos veces el Suplemento de Ingreso Garantizado para los jubilados de escasos recursos; patrocinó la legislación en materia de Crédito Fiscal Canadiense para Niños; fortaleció la atención médica ‘Medicare’ a través de la *Ley de Salud de Canadá* de 1984; inició reformas del sistema privado de pensiones; logró aumentar significativamente los fondos para investigación médica; y patrocinó una política de devolución de servicios de salud indígenas y creó el Programa de desarrollo de carreras en el campo de la salud para la población indígena e Inuit.

—http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_01bk3-eng.php

esta década, más de 6.000 canadienses morían por año en accidentes automovilísticos, una tasa que se ha reducido en casi un 50% desde entonces, aunque hoy haya más conductores y automóviles en las rutas. En 1976, Ontario se convirtió en la primera provincia canadiense que hizo obligatorio el uso del cinturón de seguridad y las otras provincias y territorios siguieron el

ejemplo. Las campañas de educación pública que promovían el uso del cinturón también fueron un componente significativo de lo que se ha dado en llamar “marketing social”. También se popularizaron en las décadas de 1970 y 1980 las campañas en contra de la conducción en estado de ebriedad. Se otorgó a la policía la autoridad para exigir, al borde de las carreteras, una muestra de aliento tomada a través de un dispositivo de detección, cuando se tuvieran sospechas de que el conductor estaba bajo los efectos del alcohol, y se empezaron a formar grupos provinciales en contra de la conducción alcoholizada en la década de 1980.⁵

La actividad física

La promoción de la salud a través de la actividad física fue una historia exitosa de marketing social en Canadá a lo largo de este período. Históricamente, el interés del gobierno en promover la buena forma física obedecía a intereses militares. En 1909, el gobierno federal suministró fondos a las provincias a través del Fondo Fiduciario de Strathcona para incorporar programas de actividad física en las currículas de formación de los cadetes de las escuelas, mientras que la *Ley nacional sobre la aptitud física de 1943* se promulgó en respuesta al mal estado de salud de los reclutas militares y proporcionó subvenciones a las provincias para apoyar iniciativas locales de educación para la

5 L. Evans, *Traffic Safety*, 2004, Science Serving Society, Bloomfield, Michigan; *Seat belt sense*, Ministerio de Transportes de Canadá, TP 14646 E, marzo de 2007; http://www.tc.gc.ca/media/documents/roadsafety/mvsadisc_s.pdf; *The Chief Public Health Officer's Report on The State of Public Health in Canada 2008*, consultado en <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphorsphc-respcasp/cphorsphc-respcasp05b-eng.php>; <http://archives.cbc.ca/lifestyle/living/topics/1754-12047/>



Russ Kisby

Promoción de la Salud a través de ParticipACTION

Russ Kisby dio un servicio sostenido y distinguido a la promoción de la salud y la salud pública durante 20 años de liderazgo de ParticipACTION, una iniciativa innovadora de promoción de salud. El señor Kisby inició el Desafío CrownLife ParticipACTION, el evento de participación comunitaria más grande del Canadá y compartió su pericia en la promoción de la salud y mercadotecnia social con más de 150 grupos profesionales y comunitarios. Nació en la Saskatchewan rural y estudió educación física en la Universidad de Saskatchewan. Fue el Director Nacional de Educación Física de las YMCA del Canadá antes de formar parte de ParticipACTION el año de su inauguración.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 15, No. 3, otoño de 1991

salud. El primer indicador del mayor interés gubernamental en el bienestar físico fue la *Ley sobre la condición física y los deportes amateur*, promulgada en 1961 después de que el Príncipe Philip, durante una visita desde Gran Bretaña en 1959, reprochara a los canadienses por su estilo de vida sedentario en un discurso dirigido a la Asociación Médica Canadiense.⁶

El programa ParticipACTION se estableció en 1971 para promover en los canadienses una vida activa. Este pionero del marketing social, que no tenía fines de lucro, se lanzó gracias a una inversión inicial federal. Haciendo énfasis en la participación comunitaria y en la diversión, se emprendió una gran exposición mediática

6 Fitness in Canada, *Canadian Journal of Public Health* 74 (mayo-junio de 1983): Suplemento, pp. 1–20



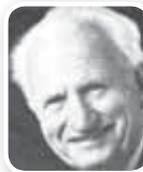
que permitió que diversos socios corporativos igualaran o superaran las contribuciones gubernamentales. El gobierno federal seguiría financiando ParticipACTION durante los 29 años siguientes, haciendo de ésta la campaña nacional de marketing de salud pública más prolongada que se realizara en la historia del mundo. ParticipACTION fue una campaña nacional marcadamente exitosa, y la comparación del nivel de aptitud física de un canadiense de 30 años con el de un sueco de 60 años tuvo eco en muchas personas.⁷

En 1972, se realizó una conferencia nacional sobre aptitud física y salud y, en 1976, la ACSP presentó y distribuyó a nivel nacional un *Fit-Kit* acompañado de un *Canadian Home Fitness Test* (cuestionario autoadministrado en el hogar sobre la aptitud física de los canadienses). El *Canadian Journal of Public Health* publicó resultados de un número cada vez mayor de investigaciones sobre los beneficios de la actividad física y de los programas de aptitud física en el lugar de trabajo, como parte de una iniciativa de salud pública más amplia de protección de la salud ocupacional. La Encuesta Nacional de Nutrición (*National Nutrition Survey*) realizada entre 1970 y 1972 también identificó al sedentarismo como una amenaza para la salud de



CPHA Health Digest, 1981

7 P. Edwards, "No Country Mouse, Thirty Years of Effective Marketing and Health Communications", *Canadian Journal of Public Health* 95(S2); A. Bauman, J. Madill, C. Craig, A. Salmon, "ParticipACTION, This Mouse Roared, But Did It Get the Cheese?" *Canadian Journal of Public Health* 95(S2):S14-18



Cortlandt J.G. Mackenzie

*Experto en Medicina
Comunitaria y Contaminación
Ambiental*

El Dr. Cortlandt John Gordon Mackenzie fue uno de las fuerzas motrices de la Asociación de Planificación Familiar de la Columbia Británica y sirvió como su presidente y consultor médico. También fue Director y Vice-Presidente de la Federación de Planificación Familiar del Canadá de 1970–1974. El Dr. Mackenzie tomó un papel activo en los asuntos de salud ambiental en Columbia Británica y en otras partes. Fue miembro de la junta de control de contaminación de la Columbia Británica desde 1967 y su Presidente desde 1977 al 1982. Su pericia en cuanto a la contaminación ambiental fue reconocida por la Asociación Canadiense de Salud Pública cuando le pidieron liderar el Grupo de Trabajo sobre el Arsénico en Yellowknife en 1977.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 10, No. 2, agosto de 1986

los canadienses. La encuesta, que examinó la prevalencia de enfermedades nutricionales y de patrones de consumo de alimentos, reflejó una evolución en la recopilación de información de salud en Canadá al utilizar encuestas telefónicas para reunir datos sobre el uso de servicios médicos, el estado de salud y una amplia variedad de determinantes de la salud.

La Encuesta de Salud de Canadá de 1978-79 recogió datos sobre hábitos de vida y actividad física y, aunque los recortes presupuestarios impidieron que la encuesta durara más de un año, ésta influyó en muchas de las que le siguieron. En 1981, la ACSP participó de la *Canada Fitness Survey* (encuesta que analizó los hábitos de

recreación física, la aptitud física y el estado de salud de los canadienses) y estableció una Secretaría de Aptitud Física (*Fitness Secretariat*) patrocinada por *Fitness Canada*.

Las personas con discapacidades

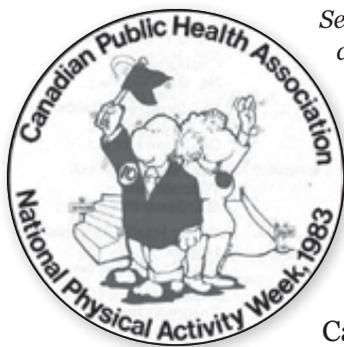
El interés de Canadá en la aptitud física iba acompañado de un nuevo enfoque en los desafíos que afrontaban los discapacitados. En 1981, un Comité Parlamentario Especial sobre

Elizabeth MacKinnon Lambie

Líder Nacional en Nutrición

La señora Elizabeth MacKinnon Lambie fue líder nacional en nutrición para la salud pública, que ha influido significativamente la política y la programación de salud pública en Canadá. A lo largo de su carrera profesional como trabajadora de salud pública y educadora de nutrición, se dice que fue ejemplar su compromiso con la nutrición y la salud pública. Llegó a ser la primera nutrióloga de salud pública para el Departamento de Salud y Bienestar en Halifax y trabajó para la Provincia de Nueva Escocia como nutriólogo de salud pública además de enseñar nutrición en la Facultad de Medicina y en la Facultad de Enfermería en la Universidad de Dalhousie. Enseñó cursos de nutrición humana, el papel de la nutrición en la promoción de salud y de desarrollo comunitario y, los determinantes económicos, sociales y físicos de las prácticas de comer.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 21, No.2, verano de 1997



Semana nacional de la actividad física, 1983

Personas con Discapacidad publicó un informe que recomendaba al gobierno federal indicar a la Dirección General de Estadísticas de Canadá que desarrollara una estrategia a largo plazo para recopilar información sobre los discapacitados en Canadá. Como resultado, se realizó en 1983-84 una Encuesta Canadiense sobre Salud y Discapacidades con el fin de determinar la naturaleza, la causa y el impacto de las discapacidades de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a 1981 como Año Internacional del Discapacitado después de que el joven de 21 años Terry Fox lanzara en 1980 su “Maratón de la Esperanza” por todo Canadá en apoyo a la investigación sobre el cáncer, luego de haber perdido una pierna a causa de la enfermedad. Las designaciones y las consignas internacionales marcaron este período y jugaron “un rol esencial en el modelado de actitudes, definiendo las prioridades del gobierno y proporcionando los marcos esenciales para que los individuos puedan canalizar sus recursos”.⁸

Las enfermedades crónicas

El cáncer era una preocupación de salud pública cada vez mayor en las décadas de 1970 y 1980, porque la incidencia de varios tipos de neoplasias fue aumentando conforme aumentaba el promedio de vida de los canadienses. La Sociedad Canadiense contra el Cáncer lanzó a mediados de la década de 1970 una campaña centrada en la promoción del autoexamen de mamas. Como parte de ella, el *Canadian Journal of Public*

8 Neil A. Croll, “Infection: Patterns and Trends in International Health”, *Canadian Journal of Public Health* 72 (septiembre-octubre de 1981): 300

Health publicaba anuncios de página completa que mostraban a las mujeres cómo hacerse el autoexamen. La Sociedad Canadiense contra el Cáncer también patrocinó clínicas a través de unidades locales de salud y de asociaciones de enfermeras, donde se enseñaba a las mujeres a buscar signos del cáncer de mama. Si bien estas clínicas eran populares, era inquietante la baja cantidad de mujeres que se hacían los exámenes, y se desconocía si estos se hacían correctamente y con la frecuencia necesaria y si los médicos estaban lo suficientemente involucrados en la capacitación de las pacientes.⁹

Una postura más firme

Los miembros de la ACSP adoptaron posturas más firmes con respecto a diversas declaraciones de políticas, incluida la exigencia de que se elimine el aborto del Código Penal. Algunos artículos publicados en el *Canadian Journal of Public Health* abogaban por un acceso más equitativo a los servicios de planificación familiar. El número de abortos informados, que se había legalizado dentro de límites estrictos impuestos por comités hospitalarios, había ascendido de 542 en 1969 a 11.152 en 1970 y a 39.500 en 1972. En 1973, el Dr. Henry Morgentaler fue absuelto de realizar abortos ilegales, y ésta fue la primera de varias acciones penales fallidas durante esta era, que continuaron hasta que la Corte Suprema de Canadá dictaminó en 1988 que la legislación existente en contra del aborto era inconstitucional.¹⁰

9 Cornelia J. Baines, "Some Thoughts on Why Women Don't Do Breast Self-Examination", *Canadian Medical Association Journal* 128 (1 de febrero de 1983): 255-56

10 Cope W. Schwenger, "Abortion in Canada as a Public Health Problem and as a Community Health Measure", *Canadian Journal of Public Health* 64 (mayo-junio de 1973): 223-30



Len Hiebert

Inspector sanitario dedicado y Redactor del Environmental Health Review [Revista de la Salud Ambiental]

Nacido en Winkler, Manitoba y educado en Alberta, Jacob Lenard Hiebert recibió su Certificado en Inspección Sanitaria N°. 359 en 1945 y empezó una larga y dedicada carrera profesional en la salud pública. El Sr. Hiebert creyó que la inspección sanitaria fue una profesión de 24 horas al día y su lema fue, "Te mantendremos sano aunque te mate." Sirvió como Inspector jefe de varios municipios en la Columbia Británica y fue muy activo en la división de CB del Canadian Institute of Sanitary Inspectors [Instituto Canadiense de Inspectores Sanitarios]. En 1971, el Sr. Hiebert llegó a ser redactor de la publicación nacional de CIPHI, entonces titulado *The Canadian Sanitarian [El Inspector Sanitario canadiense]*, que él hizo más profesional, desarrolló y amplió con gran visión de futuro y, recomendó que se le cambiara de nombre a *Environmental Health Review [Revista de Salud Ambiental]*, en la cual se convirtió en un verdadero "ejército de un solo soldado."

—Tim Roark, Historiador, Canadian Institute of Public Health Inspectors, 2009

En 1971, la presidenta de la ACSP Geneva Lewis explicó que la Asociación se esforzaba por "involucrarse en el espectro completo de cuestiones relacionadas con la salud pública y buscaba un rol más activo en los procesos políticos", prometiendo "una reorientación del pensamiento". El Comité de Prácticas de Salud Pública de la ACSP también estaba decidido a



Gerry Dafoe

Más de 30 años de visión y de liderazgo en la CPHA

Gerry Dafoe se desempeñó como Director ejecutivo de la Asociación canadiense de salud pública entre 1973 y 2003, y fue Editor ejecutivo de la *Revista canadiense de salud pública* y del *Compendio de salud de la CPHA*. Durante el transcurso de sus 30 años de liderazgo, la CPHA se convirtió en una organización no gubernamental reconocida tanto a nivel nacional como internacional, sumamente respetada por sus contribuciones en el ámbito de la salud pública. Durante su mandato, la CPHA implementó cientos de proyectos en áreas tales como salud ambiental, acondicionamiento físico y estilo de vida, nutrición, educación y sensibilización con respecto al SIDA, alfabetismo y salud, recursos educativos en torno a medicamentos de venta bajo receta médica y sin receta, programas de salud dirigidos a los aborígenes, reforma de la salud, salud infantil, educación en materia de inmunización, y planificación de recursos humanos. Por otra parte, la CPHA tuvo una participación muy activa en investigación y política de desarrollo. Luego de retirarse de la CPHA, el Sr. Dafoe trabajó como asesor de la Organización Panamericana de la Salud en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 28, No. 2, verano de 2004

“abrirse paso en la batalla por una mayor porción del presupuesto, armado con hechos y cifras y con la capacidad de dirigirse a los planificadores y a los políticos en su propia lengua”.¹¹

En 1972, se envió a un comité de evaluación la propuesta de un nuevo nombre para la ACSP, dado que algunos miembros pensaban que un nombre como “Asociación Canadiense para la Salud” alentaría a más personas a hacerse miembros. Algunos miembros de la ACSP consideraban que la Asociación debería “perder parte de su naturaleza de organización profesional”, pero la idea del nuevo nombre no recibió un voto mayoritario y las asociaciones provinciales expresaron escaso entusiasmo en que las palabras “salud pública” dejaran de figurar en sus nombres.¹²

11 Geneva Lewis, “Report of the President”, *Informe Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública, 1970–1971* (Toronto: CPHA, 1971), p 2; C.D. Noble, “Executive Director’s Column”, *Canadian Journal of Public Health* 62 (mayo-junio de 1971): 253

12 C.D. Noble, “The 63rd Annual Meeting: Executive Director’s Column”, *Canadian Journal of Public Health* 63 (julio-agosto de 1972): 366–67; Donald C. F. Moors, “Keep Public Health: Letters to the Editor”, *Canadian Journal of Public Health* 64 (enero-febrero de 1973): 111; “Public or Community Health?”, *Canadian Journal of Public Health* 64 (marzo-abril de 1973): 117–18

La ACSP mudó su oficina de Toronto a Ottawa en 1973 para poder fortalecer su voz nacional, influir en las políticas y trabajar en asociación con otras organizaciones y agencias nacionales e internacionales. El Dr. Andrew Sherrington pasó a ser el nuevo editor del *Journal* y Gerald H. Dafoe se convirtió en el nuevo Director Ejecutivo de la Asociación. Dafoe había completado una Maestría en Administración de la Salud, estaba acreditado como inspector en salud pública y se había desempeñado en el Ministerio de Salud de Ontario. La Asociación conocería un enorme desarrollo y crecimiento durante sus treinta años de liderazgo ejecutivo.

El informe de Lalonde

El 1 de mayo de 1974, el Ministro de Salud y Bienestar Nacional Marc Lalonde presentó el documento “A New Perspective on the Health of Canadians” en la Cámara de los Comunes. Este documento de trabajo fue creado por una unidad de política abierta establecida en 1971 dentro del Departamento de Salud y Bienestar

Nacional bajo el mando de Hubert Laframboise. Al principio, el informe atrajo una atención limitada y suscitó reacciones diversas en Canadá, pero su impacto internacional fue inmediato, gracias a su enfoque equilibrado para analizar problemas críticos de salud y llegar a sus causas primordiales. El informe describió el concepto de “campo de salud”, una herramienta analítica en la cual la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida se consideraban significativos tanto para la salud como para el sistema de atención de la misma. Estados Unidos, Gran Bretaña y Suecia usaron la herramienta de “campo de salud” para evaluar sus sistemas de salud y desarrollar metodologías más amplias de promoción de la salud.¹³

En 1978, el Departamento Nacional de Salud y Bienestar creó una nueva Dirección de Promoción de la Salud, encabezada por Ron Draper. Esta dirección desarrolló políticas y programas de salud que hacían énfasis en la modificación de los comportamientos individuales como estrategia más eficaz para mejorar la salud. La ACSP, con un sentido renovado de propósito y relevancia, trabajó constructivamente con la Dirección y con otros departamentos federales para desarrollar prioridades y programas orientados a reducir los riesgos para la salud de los canadienses. El Informe de Lalonde dio como resultado un planteamiento más amplio de la salud pública y un enfoque más enérgico a la promoción de la salud, aunque algunos sintieran que el énfasis en la responsabilidad personal de las elecciones de

13 McKay, “Making the Lalonde Report”; Laframboise, “Health Policy: Breaking the Problem Down into More Manageable Segments”, pp. 388–93; Canadian Museum of Civilization, “The History of Health Care in Canada, 1914–2007”, consultado en <http://www.civilization.ca/cmhc/exhibitions/hist/medicare/medic-6c04e.shtml>



M. Josephine Flaherty

Fuerte liderazgo en el campo de la enfermería y fuente de inspiración para las enfermeras a lo largo de Canadá

La Dra. M. Josephine Flaherty nació en Toronto y al comienzo de su carrera trabajó como Enfermera Responsable, a cargo de un puesto de avanzada de la Cruz Roja en un lugar aislado en el norte, donde participó en el campo de la salud comunitaria en general, enfermería en las escuelas, atención a domicilio de pacientes y familias, y atención de salud ocupacional en diversas minas y zonas de campamento. A su regreso a Toronto, trabajó por varios años como Enfermera General de Sala y asistente de investigación en el Hospital St. Michael, y luego como Decana de Enfermería en la Universidad del Oeste de Ontario. En 1977, la Dra. Flaherty fue nombrada Enfermera Principal del Departamento Nacional de Salud y Bienestar de Canadá. Escribió extensamente sobre enfermería, atención de salud, ética y educación, y fue coautora de *Ética—Teorías y Pragmatismo en la Enfermería*. La Dra. Flaherty fue una fuente de inspiración para las enfermeras en general, y para las enfermeras de salud pública en particular, en todo Canadá.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 6, No. 2, abril de 1982

vida tendía a “culpar a la víctima” y a ignorar los contextos sociales, económicos y políticos de los comportamientos individuales.¹⁴

14 A. Robertson, “Shifting Discourses on Health in Canada: From Health Promotion to Population Health”, *Health Promotion International* (13)2, 1998, 155–166

La muerte de Robert D. Defries en 1975 marcó el final de una era y su legado clave, la Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto, que cerró sus puertas el 30 de junio de 1975 y se volvió a abrir al día siguiente como División de Medicina Comunitaria de la Facultad de Medicina. Según un informe del *Canadian Journal of Public Health*, la nueva división “representa la culminación de varios años de evaluación cuidadosa de las necesidades de la comunidad, presentes y futuras, de los recursos requeridos para satisfacer estas necesidades y de las estructuras organizativas más eficaces que permitan explotar y utilizar los recursos de la Universidad de Toronto para hacer frente a las mismas”.¹⁵

Disminuir los gastos de asistencia médica desplazando la atención hacia la promoción de la salud no resultó una tarea fácil. Sin embargo, en 1976, el Presidente de la ACSP Kenneth Benson advirtió que “todavía estamos embarcados – tal como lo estábamos años atrás – en un enfoque absurdo, gastando millones en el tratamiento de enfermedades evitables sin dejar de reconocer la importancia de la prevención *per se*, pero ignorándola a la vez”. Los costos asociados a la mala nutrición, los riesgos ocupacionales, la atención materno-infantil inadecuada y las lesiones evitables eran “alucinantes”, y Benson identificó la necesidad de ampliar y diversificar la membresía de la ACSP y tender vínculos más cercanos con el sector privado y con los consumidores, además de asumir un rol de defensa más activo tanto a nivel provincial como federal.¹⁶

15 “Obituary: Robert Davies Defries”, *Canadian Journal of Public Health* 66 (noviembre-diciembre de 1975): 510–12; G.H. Beaton, “Community Health: A New Approach in the University of Toronto”, *Canadian Journal of Public Health* 65 (noviembre-diciembre de 1974): 463–66

16 Kenneth Benson, “Editorial”, *Canadian Journal of Public Health* 67 (julio-agosto de 1976): 273–74

La ampliación de los intereses

A partir de la década de 1970, muchas universidades canadienses crearon un número cada vez mayor de programas de posgrado en salud pública. Estos programas proporcionaron capacitación avanzada en ciencias y prácticas de la salud pública a nivel de maestría y, en algunos casos, a nivel doctoral. La mayoría de estos programas estaban asociados a las facultades de medicina y/o enfermería, y unos cuantos eran programas independientes.

A medida que la ACSP seguía creciendo, se creó en 1976 la filial de la Asociación de los Territorios del Noroeste, que proporcionó a la ACSP “una voz en los asuntos de salud al norte de Canadá”. Los miembros de la ACSP habían identificado la necesidad de alentar y apoyar la participación de la población aborigen en las actividades de la ACSP.

La Asociación también amplió sus actividades editoriales con monografías de investigación, suplementos especiales del *Canadian Journal of Public Health* y el lanzamiento de un nuevo boletín de noticias trimestral. La designación en 1981 del Dr. John M. Last como editor del *Journal* aportó una amplia perspectiva internacional, experiencia en epidemiología y medicina comunitaria y una mayor capacidad para suscitar un debate animado. La calidad y cantidad de artículos presentados crecían constantemente, aunque Last redactó la mayoría de los editoriales principales, incluido uno que criticaba “la situación intolerable de la mala salud que padecen los pueblos aborígenes de Canadá”. Según Last, “la naturaleza de los documentos sobre la salud de los aborígenes ha cambiado de manera sutil; ahora reconocemos claramente la necesidad de que las comunidades



John M. Last

Profesor de Epidemiología y Medicina Comunitaria

Nacido en Australia, el Dr. John Last se graduó de la facultad de medicina de la Universidad de Adelaide en 1949. Ocupó puestos académicos en las universidades de Sydney, Australia, Vermont, EEUU y Edimburgo, Escocia y como profesor de epidemiología y medicina comunitaria en la Universidad de Ottawa. Ha escrito o redactado numerosos libros, artículos e informes para agencias nacionales e internacionales. Fue el redactor científico de la *Canadian Journal of Public Health*, 1981–1991, redactor de los *Anales del Real Colegio de Médicos y Cirujanos del Canadá* 1990–1998 y, redactor interino del *American Journal of Preventive Medicine* en 1988–89. Es autor de *Public Health and Human Ecology [Salud Pública y la Ecología Humana]* y del *Dictionary of Public Health [Diccionario de la Salud Pública]* y redactor de cuatro ediciones del *Dictionary of Epidemiology [Diccionario de Epidemiología]*, el cual se utiliza por parte de epidemiólogos alrededor del mundo. El Dr. Last lideró la iniciativa de la International Epidemiological Association a desarrollar guías acerca de la realización ética de investigación, práctica y enseñanza de epidemiología.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 30, No. 2, verano de 2006

obtengan poder y autonomía local y de dejar de lado la perspectiva paternalista característica de otras épocas”.¹⁷

La importancia de hacer oír las voces de los aborígenes se reflejó en el resultado de una comisión dirigida por el Juez Thomas Berger a mediados de la década de 1970, creada para examinar los efectos de la propuesta de un oleoducto y gasoducto en los Territorios del Noroeste. Luego de las campañas de presión iniciadas por líderes aborígenes a quienes inquietaba tanto el medio ambiente como la violación de sus derechos sobre la tierra, las tuberías nunca se construyeron. Los derechos indígenas también se vieron fortalecidos por la *Ley constitucional de 1982* y por la *Carta Canadiense de Derechos y Libertades*, que reconocieron a los métis como una población aborígen aparte y restablecieron la condición indígena a las mujeres que habían perdido sus derechos conforme a la *Ley relativa a los indígenas* por haberse casado con no aborígenes.

Los investigadores comenzaron a abordar las cuestiones de salud pública que atañían a las poblaciones aborígenes a través de una participación más cercana con estas comunidades, trabajando dentro de sus contextos culturales. También se realizaron encuestas de alcance más amplio sobre nutrición neonatal e infantil y sobre las necesidades generales de salud, así como evaluaciones más detalladas y a largo plazo de los patrones de mortalidad infantil y de la población general, especialmente en las reservas. Las tasas de mortalidad infantil entre los aborígenes eran más de un tercio más altas

17 John M. Last, “Health of Native Canadians: Its Relevance to World Health”, *Canadian Journal of Public Health*, 73 (septiembre-octubre de 1982): 297–98



Jean Goodwill

Primera enfermera titulada en salud de los pueblos aborígenes de Canadá

Jean Goodwill fue líder en materia de atención de salud de la población aborígen. Una mujer Cree de las Llanuras, proveniente de la Primera Nación de Little Pine cerca de North Battleford, en Saskatchewan, la Sra. Goodwill se graduó de enfermera en Prince Albert y posteriormente fue contratada en el Hospital Indígena de Fort Qu'Appelle. Luego asumió el cargo de Enfermera Responsable, a cargo del Puesto de Enfermería La Ronge, donde pudo darse cuenta de las condiciones de salud en las cuales estaba viviendo la población de las Primeras Naciones. Durante los 20 años en que estuvo trabajando para el gobierno federal, jugó un rol crucial en el desarrollo de políticas sociales y de salud para el pueblo aborígen. La Sra. Goodwill ayudó a fundar la Asociación de enfermeras de los pueblos aborígenes de Canadá en 1975, donde se desempeñó como Presidenta durante siete años. Como miembro del Consejo de Directores de la CPHA, la Sra. Goodwill puso de relieve la magnitud de los problemas de salud entre los aborígenes y exploró formas para tratar de incentivar a los jóvenes aborígenes a escoger carreras en el campo de la salud.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 24, No. 4, invierno de 2000

que la tasa nacional y, entre los adultos, había un elevado riesgo de todas las formas principales de accidentes y violencia, de diabetes y de neumonía.¹⁸

El estado de salud de los canadienses aborígenes se comparaba a menudo con el de las personas de los países en vías de desarrollo, aunque un artículo de 1982 del *Canadian Journal of Public Health* cuestionaba esta práctica. T. Kue Young, Director Médico de la zona de salud de Sioux Lookout, perteneciente a la filial de Servicios Médicos del Ministerio de Salud de Canadá, sostenía que “poner en equivalencia el estado de salud y los recursos de atención médica en el norte con las condiciones en el Tercer Mundo es estadísticamente engañoso e inexacto”. Epidemiológicamente, desde mediados de la

década de 1960, la población aborígen del norte había salido de los patrones característicos de los países en vías de desarrollo conforme los principales desafíos de salud se desplazaron de las enfermedades infecciosas a las cuestiones socioeconómicas y de salud comunitaria relacionadas con la desarticulación social y con la violencia aparejadas por el abuso del alcohol y de otras sustancias. Sin embargo, Young advertía a la comunidad de salud pública de “no congratularnos de lo bien que nos ha ido en el norte canadiense”, destacando la necesidad de abordar las disparidades socioeconómicas que hacen que la brecha entre los canadienses del norte y del sur sea “substantial”.¹⁹

Tabaco

Uno de los principales objetivos en materia de opciones de vida sana orientadas a reducir la muerte y las enfermedades relacionadas con el cáncer, las enfermedades cardíacas y los

18 O.Schaefer y D.W. Spady, “Changing Trends in Infant Feeding Patterns in the Northwest Territories, 1973–1979”, *Canadian Journal of Public Health* 73 (septiembre-octubre de 1982): 304–09; S. E. Evers y C.G. Rand, “Morbidity in Canadian Indian and Non-Indian Children in the Second Year”, *Canadian Journal of Public Health* 74 (mayo-junio de 1983): 191–94; B. Postl, “Native Health: A Continuing Concern”, *Canadian Journal of Public Health* 77 (julio-agosto de 1986): 253–54; Y. Mao, H. Morrison, R. Semenciw y D. Wigle, “Mortality on Canadian Indian Reserves, 1977–1982”, *Canadian Journal of Public Health* 77 (julio-agosto de 1986): 263–68

19 T. Kue Young, “Self-Perceived and Clinically Assessed Health Status of Indians in Northwestern Ontario: Analysis of a Health Survey”, *Canadian Journal of Public Health* 73 (julio-agosto de 1982): 272–77;

accidentes cerebrovasculares fue la reducción de los altos niveles de tabaquismo entre los canadienses. Si bien los jóvenes en edad escolar continuaban adquiriendo el hábito tabáquico a pesar de los permanentes esfuerzos de educación sanitaria, la tendencia al tabaquismo que se observaba antes de 1973 comenzaba a revertirse cada vez más temprano. Numerosas encuestas realizadas a fines de la década de 1970 acerca de las actitudes de los fumadores y de la población en general revelaban tasas constantemente elevadas de tabaquismo, en particular entre las adolescentes. La mayoría de los no fumadores estaba cada vez más molesta por la exposición al humo de cigarrillos ajenos y, tal como concluyó una encuesta, parecía evidente que “los políticos han sido demasiado tímidos a la hora de promulgar una legislación para controlar la acumulación del humo del cigarrillo en los lugares públicos”.²⁰

En la reunión anual de la ACSP de 1977 en Vancouver, muchas personas se sorprendieron al oír al Dr. Kenneth Benson, Presidente de la Asociación, diciendo al auditorio reunido después de un brindis en honor a la Reina: “Ahora pueden fumar”. No se hicieron esperar las numerosas cartas al editor del *Canadian Journal of Public Health* cuestionando la contradicción de esta actitud con las actividades antitabaco de la ACSP. Benson explicó que su comentario pretendía ser “una suave reprimenda” a aquellos que habían fumado antes del brindis, aunque preguntó: “¿Cuán lejos llegaremos en nuestra

20 20 F.R. Wake, A.C. Sparks y R. Ellis, “Urban-Rural Smoking Pattern in Grade 7 Children: The Implications for Health Education”, *Canadian Journal of Public Health* 68 (enero-febrero de 1977): 27–28; Gordon Mutter, “Smoking in the School Environment”, *Canadian Journal of Public Health* 69 (mayo-junio de 1978): 197–98; G.W. Piper, “Turning the Tide of Teenage Smoking”, *Canadian Journal of Public Health* 71 (mayo-junio de 1980): 161–62



Jill Christensen

Nutricionista, desarrolló la División de la CPHA en los Territorios del Noroeste

Jill Christensen recibió el título de nutricionista de la Universidad de Toronto e inició su carrera en los Territorios del Noroeste en 1975 en St. John Ambulance, desarrollando y enseñando enfermería a domicilio en las comunidades Inuit. Se desempeñó como Consultora en Nutrición y Dietética en el Departamento de Salud y Directora de Dietética en el Hospital de Stanton en Yellowknife, donde desarrolló las Directrices sobre Nutrición para los Territorios del Noroeste. Coordinó las campañas de sensibilización con respecto al VIH/SIDA y al consumo de tabaco para los Servicios Regionales de Salud McKenzie y desarrolló y enseñó módulos sobre nutrición en el Arctic College. La Sra. Christensen fue miembro fundadora de la División de la CPHA en los Territorios de Noroeste en 1977 y en 1979 asumió el cargo de Presidenta de la División.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 16, No.3, otoño de 1992

interferencia con los estilos de vida?” Sorprende aún hoy que haya estado permitido fumar en una reunión anual, sin mencionar que se trataba de una reunión de salud pública. No obstante, en la década de 1970, muchos profesionales de la salud continuaban fumando mientras advertían a otros de los peligros del tabaquismo. Tal como mencionara un artículo de 1978 del *Canadian Journal of Public Health*, “los profesionales de la salud aún no se han dado cuenta de todo su

potencial para neutralizar este problema de salud sumamente importante y evitable.”²¹

Se acusó a Canadá de abordar “con timidez” la relación del tabaquismo con la salud,²² por cuanto la ACSP y el Departamento Nacional de Salud y Bienestar co-patrocinaron un Seminario Nacional de Tabaquismo y Salud en 1972, el cual impulsó un liderazgo más activo y sostenido en las iniciativas de educación sobre el tabaco. Un volumen cada vez mayor de estudios de investigación relacionados con el hábito de fumar puso en evidencia, entre otros, los efectos nocivos del tabaquismo pasivo y el impacto del tabaquismo materno sobre el feto. Los investigadores también intentaron calcular el costo del hábito tabáquico para el sistema de salud de Canadá, y los 5.100 millones de dólares estimados en 1979 alimentaron la presión por una implantación de respuestas legislativas más agresivas.²³

Si bien en 1971 se había propuesto una legislación que prohibiera por completo la publicidad del cigarrillo, la industria del tabaco consintió en utilizar directrices voluntarias en materia

21 Kurt Baumgartner y E. Robert Langford, “You May Smoke Now: Letters to the Editor”, *Canadian Journal of Public Health* 68 (julio-agosto de 1977): 344; K.I.G. Benson, “You May Smoke Now: Letters to the Editor”, *Canadian Journal of Public Health* 68 (septiembre-octubre de 1977): 431; Cheryl Rosen y Mary Jane Ashley, “Smoking and the Health Professional: Recognition and Performance of Roles”, *Canadian Journal of Public Health* 69 (septiembre-octubre de 1978): 399–406

22 G.W.O. Moss, “La Segunda Conferencia Mundial sobre Tabaco y Salud”, *Canadian Journal of Public Health* 62 (noviembre-diciembre de 1971): 540

23 “Federal Legislation to Ban Cigarette Advertising”, *Canadian Journal of Public Health* 62 (septiembre-octubre 1971): 366–67; “Selected Papers from the National Seminar on Smoking and Health”, *Canadian Journal of Public Health* 64 (marzo-abril 1973): Suplemento; F.R. Wake, “Antismoking: Where Do We Go?” *Canadian Journal of Public Health* 64 (septiembre-octubre 1973): 493–96



John Blatherwick

Fuerza que impulsó la primera prohibición de fumar en los lugares de trabajo en Canadá

El Dr. John Blatherwick fue quien ocupó el cargo de Médico Jefe de Salud en Canadá por más largo tiempo, retirándose de sus funciones en 2007. Durante 23 de esos años ocupó el cargo de Médico Higienista Jefe de Salud para el área costera de Vancouver y la Ciudad de Vancouver. Fue la fuerza que impulsó una serie de programas importantes para jóvenes, personas con discapacidades, personas que viven con SIDA, personas que luchan contra la drogadicción, y desplegó esfuerzos por abolir el hábito de fumar en el lugar de trabajo. “Nuestro mayor logro fue introducir la primera política antitabaco en el lugar de trabajo en Canadá y una de las primeras en América del Norte. Constituyó un logro revolucionario.” Fue nombrado Presidente Honorario de la Fundación de Salud Ambiental de Canadá, la rama de investigación del Instituto Canadiense de Inspectores de Salud Pública.

—entrevista de la Asociación canadiense de salud pública (CPHA, por sus siglas en inglés), junio de 2009

de publicidad antes de que la legislación se debatiera en la Cámara de los Comunes. Varias administraciones municipales aprobaron estatutos que prohibían el hábito de fumar en tiendas, ascensores, escaleras mecánicas y filas de servicios, mientras la *Carta Canadiense de Derechos y Libertades* aumentaba la presión para que se protegiera legalmente a los no fumadores del humo del tabaco en áreas públicas. La *Ley sobre la salud de los no fumadores* de 1985 prohibió fumar en todos los edificios y lugares

de trabajo federales y una serie de resoluciones aprobadas en la reunión anual de 1986 de la ACSP (Vancouver) abogó por la prohibición de fumar en el interior de lugares públicos y por la interdicción de la publicidad y del patrocinio del tabaco.²⁴

El hábito de fumar se veía cada vez más como “una forma de comportamiento anormal o desviado” y el fumador como un adicto para el cual “se deben adoptar todas las medidas posibles para ayudarlo a dejar el hábito”. Comenzaron a recibir mayor atención las numerosas variables sociales que influían en la adopción del hábito por parte de los jóvenes, como la presión de los pares y el hecho de que otros miembros del hogar fumaran.²⁵

Las enfermedades infecciosas

La indiferencia ante las otrora aterradoras enfermedades infecciosas siguió creciendo, y los bajos niveles de vacunación comenzaron a preocupar a los oficiales de salud pública. Los brotes de sarampión de 1974 y 1975 en Saskatoon y Calgary llevaron al *Canadian Journal of Public Health* a pedir “una campaña mucho más energética... [de modo que] los padres vuelvan a darse cuenta de que el sarampión puede ser una enfermedad peligrosa que la vacunación podría eliminar”.²⁶

24 Donald T. Wigle, “Forced Smoking”, *Canadian Journal of Public Health* 74 (julio-agosto de 1983): 231–32; Lorne Elkin Rozovsky y Fay Adrienne Rozovsky, “Public Health and the Charter of Rights”, *Canadian Journal of Public Health* 73 (marzo-abril de 1982): 86–87; Lorne Elkin Rozovsky y Fay Adrienne Rozovsky, “‘Dangerous’ Products, Health and Law”, *Canadian Journal of Public Health* 73 (julio-agosto de 1982): 230–31; “Backgrounder: History of Smoke-free Legislation in Toronto”, Oficina de Salud Pública de Toronto, <http://toronto.ca/health/smokefree>

25 John M. Last, “Smoking or Health”, *Canadian Journal of Public Health* 72 (noviembre-diciembre de 1981): 366–67

26 Stanley Stead, “Measles in Saskatoon 1974–1975”, *Canadian Journal of Public Health* 68 (marzo-abril de 1977): 136–40



Stephen J. Corber

Fuerza impulsora en relación con programas mundiales de salud

El Dr. Stephen J. Corber ha estado dedicado al ejercicio de la profesión en el campo de la salud pública por más de 30 años, cumpliendo funciones como Médico Higienista del Departamento de Salud de Ottawa-Carleton y como Director de Prevención y Control de Enfermedades de la Organización Panamericana de Salud (OPS). Este programa de la OPS ofrece colaboración técnica y pericia en la prevención y control del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en las Américas. El Dr. Corber jugó un rol crucial en la creación del Programa de Salud Mundial de la CPHA. Además, se desempeñó como Editor Científico de la *Revista canadiense de salud pública* y más recientemente fue Director de Práctica en Salud Pública en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Simon Fraser.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. No. 2008

En vísperas de las Olimpiadas de 1976 en Montreal, se suscitaron inquietudes acerca de la importación potencial de enfermedades infecciosas. El Dr. W. Harding Le Riche, Presidente de la División de Medicina Tropical y Salud Internacional de la ACSP, afirmaba en un editorial del *Canadian Journal of Public Health* que cualquier caso de cólera o fiebre tifoidea que se presentara en visitantes internacionales a Canadá se podría “ubicar y manejar fácilmente”, pero las enfermedades nuevas y emergentes representaban una amenaza de proporciones desconocidas. El gobierno federal y los gobiernos provinciales deberían “dejar de

vacilar sobre lo que harían si se introdujeran al país enfermedades epidémicas graves como plagas, tifus transmitido por piojos, cólera, fiebre tifoidea en grandes números o incluso viruela”.²⁷

Smallpox and Its Eradication (La viruela y su erradicación) (Organización Mundial de la Salud 1988), p. 439



El mundo se hacía más pequeño a consecuencia de la mayor velocidad de los viajes, sobre todo en avión. Canadá y Estados Unidos habían lanzado una campaña masiva de vacunación contra la viruela en la década de 1960, luego de

que un adolescente canadiense de 14 años regresara de Brasil habiendo contraído la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud lanzó una iniciativa global de erradicación de la viruela en 1967, con un importante financiamiento estadounidense y una participación canadiense significativa. El éxito de la iniciativa se anunció oficialmente el 8 de mayo de 1980 y la erradicación global de la viruela fue un logro considerable en materia de salud pública.²⁸

La atención pública se dirigió hacia la amenaza de las enfermedades infecciosas nuevas y emergentes luego de que una mujer llegara al Aeropuerto Internacional de Toronto el 2 de agosto de 1976, luego de unas vacaciones en Europa, padeciendo lo que posteriormente los Centros para el Control y la

Prevención de Enfermedades (CDC) confirmaron que era fiebre de Lassa. Este hecho puso en evidencia la necesidad que tenía Canadá de contar con un diagnóstico más eficiente, un mejor control de la exposición y unas instalaciones de aislamiento de alta seguridad. Ontario estableció un laboratorio de nivel 4 a un costo de 5,8 millones de dólares, pero los vecinos residentes de Toronto protestaron contra su construcción, por lo que el laboratorio nunca abrió sus puertas y la provincia decidió que la problemática era en realidad una responsabilidad federal. No fue sino hasta 1999, sin embargo, que se abrió finalmente una instalación federal en Winnipeg, Manitoba.²⁹

En 1972, la Universidad de Toronto vendió los Laboratorios Connaught a una empresa estatal federal, la que más tarde los privatizó. En 1976, los Laboratorios Connaught anunciaron que ya no incurrirían en las pérdidas financieras asociadas con el mantenimiento de reservas de emergencia de vacunas y antitoxinas. Esto implicaría tener que depender ahora de los productores extranjeros de vacunas y de otros productos medicinales críticos en las situaciones de urgencia.³⁰



Sanofi Pasteur Limited (Connaught Campus)

Una nueva cepa de gripe porcina

En el verano de 1976, algunos problemas de producción y la prohibición de coberturas contra demandas por responsabilidad médica

27 W. Harding Le Riche, “Editorial: Are the 1976 Olympics a Health Hazard? Aspects of Communicable Disease and Immunization”, *Canadian Journal of Public Health* 67 (enero-febrero de 1976): 7–8

28 Donald M. McLean, John R. Brown y J.S. Bell, “Smallpox in Toronto”, *Canadian Medical Association Journal* 87 (6 de octubre de 1962): 772–73

29 A.J. Clayton, “Lassa Fever, Margurg and Ebola Virus Diseases and Other Exotic Diseases: Is There a Risk to Canada?” *Canadian Medical Association Journal* 120 (20.01.79): 146–55

30 Ross Henderson, “Reliance on Foreign Drug Makers Leaves Canada Vulnerable in Crisis”, *Globe and Mail* (3 de septiembre de 1976): 5; Paul A. Bator, *Within Reach of Everyone: A History of the University of Toronto School of Hygiene and Connaught Laboratories Limited, Volumen II, 1955–1975* (Ottawa: Asociación Canadiense de Salud Pública, 1995)



Margaret Hilson

Paladín internacional a favor de la Salud Pública y la Justicia Social

Margaret Hilson fue Directora de Programas Globales de Salud de CPHA durante 22 años, desde el 1985 cuando la CPHA estableció su secretariado de salud internacional. La señora Hilson fue instrumental en la construcción de capacidad de salud pública en todo el mundo y sirvió como presidente de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública. Estudió enfermería y se fue a la India con Canadian University Services Overseas en la tercera década de su vida. “Fue realmente un momento decisivo para mí,” dice, “al estar involucrada en asuntos de desarrollo internacional. Cuando primero fui a la India, fue muy evidente que las disparidades y desigualdades de salud no iban a tratarse con el modelo curativo de salud.”

—entrevista de la Asociación canadiense de salud pública (CPHA, por sus siglas en inglés), junio de 2009

a los productores estadounidenses de vacunas suscitaron el debate político en Washington. Una nueva cepa del virus de la gripe A, conocida popularmente como gripe porcina, había causado un brote en febrero de 1976 que había afectado a 273 de los 1.321 miembros del personal del ejército de Fort Dix, New Jersey. Entre los temores de que esta cepa estuviera relacionada con la cepa responsable de la pandemia de 1918-19 y que los jóvenes y las personas de mediana edad tuvieran escasa o nula inmunidad

a la misma, las autoridades estadounidenses y canadienses lanzaron programas de inmunización contra la gripe. Conocer con la suficiente antelación el patrón de circulación de la gripe para ser capaz de prepararse y distribuir una vacuna es siempre un desafío, que en esta ocasión ofreció la oportunidad de montar un ataque preventivo a gran escala. El Presidente de Estados Unidos, Gerald Ford, aprobó en marzo un plan sin precedentes de 135 millones de dólares, destinado a inmunizar antes de noviembre a los 220 millones de ciudadanos de esa nación. Canadá puso en marcha un programa más discreto, orientado a personas con enfermedades crónicas y mayores de 65 años, ya que las autoridades provinciales no respaldaban un plan para inmunizar a todos y la OMS no veía signos de la cepa de gripe porcina en ninguna otra parte del mundo.³¹

Los CDC informaron sobre el pequeño aumento del riesgo de contraer el Síndrome de Guillain-Barré luego de recibir la vacuna contra la gripe porcina (un vínculo que se ha puesto en duda desde entonces). La mayoría de los programas provinciales de inmunización se interrumpieron después de que se informara que ocho personas de Ontario habían contraído una forma leve de parálisis tras administrarse la vacuna. El resto de la vacuna contra la gripe porcina se almacenó y nunca se usó, y lo que los medios denominaron “el fiasco de la gripe porcina” provocó un daño considerable a la imagen pública de las vacunas a largo plazo. En un intento por educar masivamente a la población sobre la importancia de la inmunización, la Asociación Canadiense

31 A.B. Morrison, A.J. Liston y John D. Abbott, “Special Report: The Canadian Influenza Decision, 1976”, *Canadian Medical Association Journal* 115 (6 de noviembre de 1976); “Killer Flu Virus Not Spreading”, *Globe and Mail* (24 de febrero de 1976): 12;

de Pediatría lanzó la primera campaña anual conocida como *Immunization Action Month* en octubre de 1977, similar a las que se realizaban en la década de 1940. Para los productores estadounidenses de vacunas, los desafíos de la experiencia de la gripe porcina aceleraron un alejamiento de la industria que había comenzado en la década de 1960.³²

Los comienzos de la década de 1980 fueron un período fructífero para el desarrollo de diversas vacunas nuevas altamente purificadas y basadas en la nueva tecnología de ADN recombinante, las cuales combatían enfermedades como la meningitis, la hepatitis, la fiebre tifoidea, el cólera y la malaria. El control del sarampión era especialmente preocupante en el seno de la comunidad de salud pública canadiense conforme continuaban los brotes a causa de los bajos niveles de inmunidad entre los niños, a menudo a pesar de haber recibido una vacuna contra esta enfermedad. Las altas tasas de sarampión en América Latina, las fallas en los programas canadienses y estadounidenses de inmunización contra el sarampión y los bajos índices de vacunación creaban una situación peligrosa, pese al compromiso asumido por el gobierno estadounidense en 1978 de eliminar el sarampión de la nación para 1982.³³



La vacuna contra la Hemophilus influenzae b fue una de las primeras y de mayor éxito de la nueva generación que utilizó la técnica del ADN recombinante en la década de los años 80.

Sanofi Pasteur Limited (Connaught Campus)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS)

A fines de la década de 1970 surgieron ciertas formas de gonorrea resistentes a los antibióticos, lo que dio lugar a un editorial de 1979 del *Canadian Journal of Public Health* en el que se cuestionaba

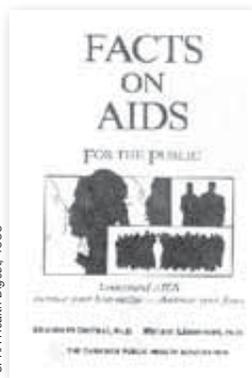
“por qué hasta el momento nuestras campañas en la esfera de las enfermedades de transmisión sexual han ofrecido relativamente poco en términos de resultados tangibles... Cabe admirar la astucia evolutiva [de las infecciones de transmisión sexual] y su ingeniosa decisión de usar el acto copulatorio humano como mecanismo de propagación y supervivencia”. Persistían los tabúes, la superstición y la ignorancia general con respecto a las ITS, y los investigadores y oficiales de salud pública vacilaban a la hora de abordar las ITS del mismo modo que otras enfermedades transmisibles. En enero de 1981, la ACSP estableció una división filial para enfermedades de transmisión sexual y, en noviembre de 1982, patrocinó la Primera Conferencia Nacional sobre Enfermedades de Transmisión Sexual que tuvo lugar en Toronto, convirtiéndose en un actor clave en la redefinición y la ampliación de las iniciativas en torno a las ITS.³⁴

El SIDA fue tema de discusión en la conferencia nacional, ya que el primer caso canadiense confirmado se informó en 1982. Los medios se refirieron a esta enfermedad como la “peste

32 Eve Drobot, “The Swine Flu Fiasco”, *Globe and Mail: Weekend Magazine* (10 de diciembre de 1977): 19–21; Brian Gory, “Flu Vaccine Wastes Away in Storage”, *Globe and Mail* (30 de septiembre de 1977): 8

33 A.V. Seefried, “Canadian Association for Clinical Microbiology and Infectious Diseases: Report”, *Canadian Journal of Public Health* 71 (marzo-abril de 1980): 125–28

34 Alan Meltzer, “Sexually-Transmitted Diseases in Canada”, *Canadian Journal of Public Health* 70 (noviembre-diciembre de 1979): 366–70



El ministro de Salud Jake Epp nombra a la CPHA socio en materia de sensibilización y concientización para un importante proyecto sobre el SIDA

alegre” ya que en América del Norte se propagó principalmente entre los homosexuales varones.

De los 14 casos de

SIDA conocidos en Canadá al momento de la conferencia, ninguno sobrevivió más de 20 meses. Se informaron más de 600 casos en Estados Unidos en 1982 y la cobertura de los medios, cada vez mayor, fomentó el interés en las ITS y generó debates acerca de la educación sexual y el suministro de condones en las escuelas.

David Walters, Director del Programa de Educación y Conciencia sobre el SIDA de la ACSP, definió la respuesta inicial de salud pública al SIDA (el virus de inmunodeficiencia humana – VIH – se identificó en 1984) como “una confusión fragmentada”. Varios factores clave limitaron la respuesta de la salud pública canadiense ante el VIH/SIDA, incluidos la recesión económica, el financiamiento inadecuado y esporádico por parte de diferentes ramas del gobierno, la falta de coordinación de los esfuerzos a nivel de agencias locales y voluntarias, una responsabilidad poco clara por la acción, la renuencia a actuar debido a las tensiones sociales en torno a la homosexualidad y los temores al contagio. Según Walters, “no parece haber un terreno seguro para hablar sobre homosexualidad, condones y agujas en el nivel nacional o los niveles provinciales. Esta renuencia ha traído como resultado dejadez y mensajes confusos acerca del compromiso necesario para llevar a cabo programas educativos”.³⁵

35 D.Walters, “AIDS the Teacher: What Have We Learned in Canada?” *Canadian Journal of Public Health* 80 (mayo-junio de 1989): Suplemento, pp. S3–S8

En 1986, el gobierno federal anunció un presupuesto de 6,6 millones de dólares para investigación y educación sobre SIDA para ese año, y otros 39 millones de dólares para los cinco años siguientes. Parte de esta asignación sirvió de apoyo a un Programa de Educación y Conciencia sobre SIDA conducido por la ACSP, que permitió que la Asociación asumiera un rol significativo de liderazgo en una campaña nacional sobre SIDA orientada a la población y a los profesionales de la salud. Diversos foros científicos y públicos permitieron a los profesionales de la salud reunirse con el público en general, y la ACSP

James Howell

Desarrolló la Medicina Comunitaria en Alberta

El Dr. James Howell fue médico de salud pública, educador y profesional de la medicina durante más de 30 años. Dedicó su vida a la promoción y protección de la salud del público en general y su contribución a la salud pública en Alberta es sin igual. Escribió ampliamente acerca de la salud pública y temas de la salud pública. Como profesional supervisó muchas iniciativas innovadoras de salud pública, tales como el establecimiento del Centro de Salud Boyle McCauley en 1979 y programas para tratar las desigualdades de estatus de salud, la pobreza infantil y el refuerzo de comunidades. Desde el principio, el propósito del Centro de Salud fue de mirar a la persona integralmente e incluir a esa persona en las decisiones acerca de su cuidado.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 18, No. 2, 1994

distribuyó la publicación *Facts on AIDS for the Public* (Datos sobre el SIDA para la población) y difundió una amplia campaña mediática de educación y concientización.

El mensaje central de la ACSP proponía el uso del condón como símbolo y medio de prevención más fácilmente disponible, una medida que claramente sería polémica. Con la cooperación de Radio Canadá y de muchas difusoras independientes de TV y radio, se lanzaron al aire diversos anuncios de servicios públicos que alimentaron discusiones abiertas sobre el sexo seguro y el uso del condón. Estas cuestiones estaban vedadas para la televisión estadounidense de la época, por lo que la campaña de la ACSP “fue el primer esfuerzo realizado en ese sentido por una emisora nacional de América del Norte”. Como recordó John Last más tarde, la epidemia del SIDA “transformó lo que publicamos, del mismo modo que transformó el comportamiento y los valores sociales”.³⁶

Cuestiones mundiales

Las cuestiones internacionales de salud y la amenaza mundial de las enfermedades tropicales impulsaron la creación, dentro de la ACSP, de una División de Medicina Tropical y Salud Internacional en 1972 y a partir de esta base, la ACSP inició diversos programas internacionales de salud, impulsados por “un enfoque multidisciplinario donde el equipo de salud proporciona la asistencia médica primaria y donde hay una fusión bien ponderada de la medicina preventiva y curativa”.³⁷

36 D.Walters, “AIDS the Teacher: What Have We Learned in Canada?” *Canadian Journal of Public Health* 80 (mayo-junio de 1989): Suplemento, p. S4; J.M. Last, “A Last Editorial”, *Canadian Journal of Public Health* 82 (noviembre-diciembre de 1991): 366

37 “The Role of the Canadian Public Health Association in International Health Programs”, *Canadian Journal of Public Health* 65 (septiembre-octubre de 1974): 337–38

A fines de la década de 1970 y principios de la de 1980, el gobierno federal respondió a los desafíos planteados por la OMS y por la UNICEF fortaleciendo su inversión en iniciativas internacionales de salud y dispersando fondos a través de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional a más de 20 ONG canadienses, incluida la ACSP, que asumió un rol de liderazgo y avanzó en varios frentes. En 1978, la ACSP emprendió un proyecto para fomentar la capacidad de las sociedades y asociaciones de salud pública de África, América del Sur y América Central y de Europa Oriental, tras la caída de la Unión Soviética. El inicio de la pandemia mundial del VIH/SIDA dio a esta iniciativa un nuevo ímpetu con el desarrollo de programas de educación y conciencia sobre el SIDA y la infección por el VIH. Estos programas, radicados inicialmente en Harare, Zimbabwe, se



CPHA Health Digest, 1986

El tema del Programa Canadiense de Inmunización Internacional era “A Miracle in the Making” (un milagro en gestación). La Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI) eligió a la CPHA para aplicar dicho programa.

trasladaron más tarde a una base más estable en Johannesburgo, donde se instauraron programas de capacitación. Mayormente a través de la ACSP y de diversos trabajadores canadienses de la salud, se lanzó en 1986 un programa internacional de inmunización contra todas las enfermedades evitables por vacunas en las naciones en desarrollo francófonas y de la Comunidad Británica de Naciones, en asociación con la OMS, la UNICEF y un consorcio de ONG canadienses.

Quedaba claro para la OMS que mejorar la salud en los países en vías de desarrollo a través de la expansión de la medicina occidental no resultaba una estrategia eficaz. El énfasis en los médicos, los hospitales y la tecnología y la desestimación de la prevención tenía poco para ofrecer al Tercer Mundo, donde tres mil millones de personas no tenían acceso a ninguna forma permanente de asistencia médica. Como destacó un informe del *Canadian Medical Association Journal* sobre los problemas de salud de las naciones en desarrollo: “En cierta medida, la medicina occidental había sido contraproducente al establecer modelos que alentaban a algunas naciones subdesarrolladas a emplear mal los magros fondos de asistencia médica de que disponían”. Los desafíos fundamentales eran conseguir aguas limpias y sistemas eficaces de alcantarillado, ya que cada año se producían entre los niños unas 5 millones de muertes y 10 millones de discapacidades debido a la difteria, la tos ferina, el tétanos, la polio, el sarampión y la tuberculosis.³⁸

La Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA por su sigla en inglés) se formó en la década de 1960 a través de las

38 M. Koreok, “Health Problems of Developing Nations: Part I: A Western Solution?” *Canadian Medical Association Journal* 120 (17 de febrero de 1979): 471–74



Sharon Martin

Promocionó un Modelo Comunitario de la Salud Pública

Sharon Martin fue influyente en el Comité Director de la Columbia Británica en que empezó las actividades “Comunidad Saludable” en mediados de los 80 y, desde su puesto con el Departamento de Salud de Vancouver, ayudó a cambiar el enfoque de los programas al desarrollo comunitario y modelos de comunidades sanas, promocionando fuertemente el involucrar a miembros de la comunidad y voluntarios en los programas de salud pública para hacer funcionar los programas. La señora Martin presidió el Grupo de Trabajo de Reestructuración de Servicios de Salud que preparó el documento de trabajo de CPHA sobre la reforma de la salud.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 20, No. 2, verano de 1996

asociaciones nacionales de salud pública de India, Japón, Nueva Zelanda, Pakistán, Reino Unido, Estados Unidos y Venezuela y, para 1978, había incorporado a 28 de las 58 asociaciones de salud pública nacionales existentes. La ACSP se afilió a la WFPHA a principios de la década de 1970 y el Director Ejecutivo Gerry Dafoe y el Director Editorial Andrew Sherrington ejercieron la función ejecutiva por varios años durante esta década. En 1978, la ACSP organizó la segunda conferencia internacional de la WFPHA en Halifax, cuya asistencia totalizó 1.100 delegados de 30 países, en parte gracias al financiamiento de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI), la OMS y la UNICEF. Asimismo, en 1985, la ACSP recibió de la ACDI un significativo financiamiento global por tres años, para apoyar actividades internacionales.



Trevor Hancock

Visionario de la política pública en materia de salud y comunidades saludables

El Dr. Trevor Hancock, médico de familia formado en Gran Bretaña, ejerció la medicina en Canadá durante cuatro años antes de comenzar su carrera en salud pública. Como consultor en salud pública, ha escrito y dictado charlas alrededor del mundo sobre promoción de la salud, desarrollo sustentable y proyectos para un futuro saludable. El Dr. Hancock desarrolló el “mandala para la salud” un modelo de determinantes de salud con Fran Perkins y promovió el concepto de desarrollo sustentable organizando una conferencia sobre salud y economía. Fue líder del Partido Verde de Canadá entre 1983 y 1985. El Dr. Hancock ha escrito extensamente sobre futurismo en torno a la salud y fue miembro fundador de ‘Paradigm Health’, un grupo de analistas de tendencias a futuro en el plano de la salud con sede en Toronto.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 14, No. 3, septiembre de 1990

La atención primaria de la salud — Salud para Todos en el Año 2000

La conferencia de Halifax se enfocó en el concepto de atención primaria de la salud, una noción que surgió a principios de la década de 1970 para describir “un proceso complejo que involucraba un nivel básico de servicios con una amplia orientación en salud y provisto por un elenco de profesionales de la salud que ofrecen alguna forma de continuidad en la atención”. En 1978, una Conferencia Internacional de seguimiento de la OMS sobre Atención Primaria de la Salud que tuvo lugar en Alma-Ata, Rusia, tuvo como

objetivo reorientar la atención de la salud en los países en vías de desarrollo hacia la atención primaria, con “niveles apropiados de tecnología dentro del alcance y del presupuesto de un país, con el fin de poner tal atención a disposición de la mayor cantidad de personas, especialmente las de áreas rurales”. La atención primaria se consideraba una “atención esencial básica que se hace universalmente accesible a individuos y familias de la comunidad por medios aceptables para ellos, a través de su participación plena y a un costo que la comunidad y el país pueden afrontar”. La Conferencia dio como resultado la Declaración de Alma-Ata, que la OMS estimó como válida para todos los países, adoptándola dos años más tarde como una estrategia global para los gobiernos y para los trabajadores de la salud y vinculados al desarrollo. Fue entonces cuando la comunidad mundial se comprometió a trabajar en pos del proyecto *Salud para Todos en el Año 2000*.³⁹

La nueva salud pública

Tras la publicación de *The Role of Medicine*, de Thomas McKeown, que sostenía que la atención médica tenía poco que ver con las mejoras en la esperanza de vida observadas en Gran Bretaña durante los últimos cien años, el enfoque de la salud pública sobre el estilo de vida se amplió considerablemente a principios de la década de 1980 para incluir los determinantes sociales de la salud. En 1981, Ilona Kickbusch y Robert Anderson, de la Unidad Europea de Educación para la Salud de la OMS, emprendieron un viaje de estudio en Canadá, considerado entonces “la

39 C.W.J. Jeanes, “Primary Health Care”, *Canadian Medical Association Journal* 120 (17 de febrero de 1979): 417; “News From the Field”, *Canadian Journal of Public Health* 67 (mayo-junio de 1976): 259; Andrew Sherrington, “Editor’s Desk”, *Canadian Journal of Public Health* 69 (marzo-abril de 1978): 91; Roger S. Tonkin, “Primary Health Care”, *Canadian Journal of Public Health* 67 (julio-agosto de 1976): 289–94

meca del mundo para la promoción de la salud”. En 1985, el Departamento de Salud y Bienestar Nacional se abocaba a la realización de una encuesta innovadora de promoción de la salud que tenía por objetivo reunir información sobre los comportamientos de estilo de vida y las prácticas preventivas de salud de los canadienses, incluidos el consumo de alcohol y tabaco, el ejercicio físico, la seguridad y la nutrición.⁴⁰

Kickbusch y Anderson, que se interesaban en iniciativas canadienses de educación para la salud como ParticipACTION, concurren a *Beyond Health Care*, la primera conferencia sobre políticas públicas sanas, que tuvo lugar en Toronto en octubre de 1984. Dicha conferencia fue organizada por el Dr. Trevor Hancock, profesional y teórico de la salud pública, y patrocinada por la ACSP, por la Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de Canadá para celebrar el décimo aniversario del Informe de Lalonde, por la Oficina de Salud Pública de Toronto para conmemorar su centenario y por la Ciudad de Toronto para evocar su 150° aniversario. La conferencia ayudó a poner el énfasis de la promoción de la salud en una planificación sanitaria basada en la comunidad y en la investigación participativa, e implantó el concepto de política pública sana. También inspiró a Kickbusch a continuar desarrollando el movimiento de Ciudades Saludables de la Oficina Regional de Europa para la OMS, enfocado en las desigualdades de salud, la pobreza urbana, las necesidades de los grupos vulnerables y los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.⁴¹

40 J. Raeburn, “Ottawa Charter: Reflections from Down Under”, *Promotion and Education* 14 (2007): 10

41 *Canadian Journal of Public Health* “Beyond health care”, suplemento 1 (1985); Healthy Cities, consultado en www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/urban-health/healthy-cities

La promoción de la salud: el Informe de Epp y la Carta de Ottawa

En noviembre de 1986, el Ministerio de Salud de Canadá se unió a la OMS y a la ACSP para organizar la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, que se celebró en Ottawa. El Ministro de Salud, Jake Epp, presentó la nueva perspectiva del gobierno federal para la promoción de salud: *Achieving Health For All: A Framework for Health Promotion* (conocida como Informe de Epp). La misma hacía énfasis en la relación inequívoca entre la salud y la situación económica y en que “la promoción de la salud implica el compromiso de abordar los desafíos de reducir las injusticias, ampliar el alcance de la prevención y ayudar a las personas a hacer frente a sus circunstancias. Significa fomentar la participación pública, fortalecer los servicios de salud de la comunidad y coordinar políticas públicas sanas. Significa también crear entornos conducentes a la salud, en los cuales los individuos estén en mejores condiciones de

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD





Ron Adrian Draper

Principales contribuciones al arte y ciencia en materia de promoción de la salud

Ron Draper fue la fuerza que impulsó la celebración de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en Canadá en 1986 y de la cual surgió la Carta para la Promoción de la Salud de Ottawa. Como primer Director General de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de Canadá, jugó un rol trascendental en lograr que Canadá pasara a ocupar una posición de liderazgo a nivel mundial en este campo y, de hecho, en que se estableciera de lleno el concepto y la práctica de promoción global de la salud.

—Trevor Hancock, Promoción de la salud a nivel internacional, 1998

cuidarse a sí mismos y de ofrecer el uno al otro el apoyo necesario para manejar y resolver sus problemas colectivos de salud”.⁴²

La Conferencia de Promoción de la Salud congregó a 212 invitados de 38 países, incluidos representantes de la salud y de la salud pública, del gobierno, del mundo académico y de la

42 Jacqueline Low y Luc Thériault, “Health Promotion Policy in Canada: Lessons Forgotten, Lessons Still to Learn”, *Health Promotion International* 23 (2) (2008): 201

comunidad. Su objetivo era crear un marco que se conoció luego como Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Este marco proporcionó estrategias fundamentales que dieron como resultado progresos significativos en la promoción de la salud en todo el mundo.

El marco de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud permitió a las personas aumentar el control de su salud, un proceso en el cual deben participar en conjunto los individuos, las comunidades, los profesionales, las instituciones de la salud y los gobiernos. Según este marco, la salud no se puede separar de la realidad cotidiana de las personas y de determinantes sociales y económicos de la salud tales como el acceso al dinero, el poder y la autoestima. Los investigadores aún siguen estudiando cómo afectan estos factores la salud de los individuos y de los grupos y cómo es que los hechos sociales se pueden convertir en hechos biológicos. Los reformadores de la salud pública que lucharon por los sistemas de alcantarillado y saneamiento, por la nutrición, por la prevención de lesiones y por la planificación familiar permanecerán siempre en la base del movimiento de promoción de la salud de Canadá.⁴³

43 A. Robertson, “Shifting Discourses on Health in Canada: from health promotion to population health”, *Health Promotion International* 13 (2) (1998): 155–166

Epílogo

Por John M. Last¹

En su discurso presidencial de 1972, el Presidente de la ACSP Vince Matthews (1922–1988) habló bajo el título “Lo pasado es prólogo” y, aludiendo al futuro, finalizó su discurso inspirador sobre el estado de la salud pública y de los servicios de salud pública en Canadá diciendo, “¡Aún no han visto nada!” Ese título encaja perfectamente con el contenido de este libro, y su frase final es muy apropiada para aplicar a este epílogo. Vince Matthews no vivió lo suficiente para ver cuán lejos hemos llegado desde que pronunció su discurso. Él hubiera apreciado mucho este libro, al igual que muchas otras mujeres y hombres que fueron parte de la salud pública canadiense, algunos de los cuales se mencionan por su nombre en este libro, otros no. En años pasados cuando los líderes de salud pública de Canadá se reunían, las conversaciones a veces se tornaban hacia la necesidad de registrar los anales de salud pública en Canadá. Estos anales han comenzado a contar aquella historia, pero finalizan cuando recién comenzaban los grandes avances en el sector de salud pública canadiense, y la historia se tornaba más interesante que nunca.

Este libro brinda una historia cronológica de la salud pública en Canadá desde el principio de su período colonial hasta 1986. Este período completo se podría ver como el prólogo a los avances en las ciencias y la práctica de salud

pública que comenzaban alrededor de la época cuando finaliza esta historia. No obstante, hubiera sido imprudente escribir la “historia” hasta la actualidad, porque a fin de cuentas es difícil y a veces imposible determinar, hasta años más tarde, el nivel de trascendencia de acontecimientos específicos y el grado de importancia de las personas que se han visto involucradas en los mismos. También es difícil, a veces imposible, escribir imparcialmente acerca de los acontecimientos y de las personas que los hicieron posible, o que intentaron evitarlos. Es preferible posponer hasta que sea más fácil determinar cuáles son los acontecimientos que han tenido una trascendencia perdurable. El diccionario británico de biografía (*Dictionary of National Biography*) aplica la regla de los 50 años, por la cual no se incluye a ninguna persona hasta que no hayan pasado 50 años de su muerte. Para la publicación de expedientes del gabinete y otros documentos gubernamentales confidenciales, normalmente se aplica una regla de 20 ó 30 años. Cincuenta años serían demasiado tiempo para la historia de salud pública en Canadá. Han pasado muchas cosas de gran importancia desde 1960. La segunda mitad del siglo XX fue un período notable de descubrimientos científicos, desarrollo técnico, pensamiento conceptual innovador y reorientación de los valores y las creencias acerca de las funciones y responsabilidades de

¹ Con el aporte de Gerry Dafoe, Margaret Hilson, Trevor Hancock, Jamie Hockin, Cory Neudorf, Klaus Seeger y Erica Di Ruggiero.

la familia, las diferencias raciales y de género, y la igualdad racial. Estos cambios profundos han acompañado y contribuido al mejoramiento de la salud de la población y han afectado muchos aspectos de la práctica de salud pública, así como de la práctica clínica médica y de enfermería, de algún modo integrando estas ramas previamente divergentes del sector de salud. Algunos de los descubrimientos, avances técnicos y conceptos que se produjeron desde 1960 se mencionan en este libro y otros se deben mencionar en este epílogo, a pesar de la regla de los 50 ó 20 años. En este epílogo mencionamos algunos acontecimientos que han ocurrido a partir de 1986 y que muy probablemente afectarán el futuro desarrollo de los servicios de salud pública en Canadá y la salud del pueblo canadiense. Futuros historiadores deberán juzgar si su mención en este epílogo refleja una percepción excepcional o simplemente orgullo.

El pasado, descrito detalladamente en capítulos anteriores, se puede resumir brevemente. Entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX los servicios de salud pública comenzaron a tomar forma en Canadá, y hubo algunos líderes inspiradores que ayudaron a encaminar su desarrollo. Independientemente del lugar donde se hayan hecho, los descubrimientos importantes sobre las formas de promover, mejorar, proteger y conservar la salud de la población canadiense en su mayor parte se han aplicado en seguida, sobre todo en las ciudades principales. En determinadas ocasiones, por ejemplo la fluoración de los suministros de agua pública y el acceso a instalaciones que aseguren el derecho a la elección de la mujer en materia de reproducción, la aplicación ha sido desigual, incompleta y variada entre las provincias,

ciudades y zonas rurales, pero en general Canadá ha mantenido el ritmo de las otras naciones industrializadas ricas y en algunos aspectos ha llevado la voz cantante.

En la década de 1970, el pensamiento conceptual canadiense acerca de los determinantes de buena salud lideró el mundo; los conceptos se establecieron en el informe *A New Perspective on the Health of Canadians* (Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses)² (el Informe de Lalonde). Estos conceptos ayudaron a reorientar la salud pública hacia la promoción de la mejora de la salud, sin quitar énfasis a la protección de la salud y la prevención de enfermedades a través del control de riesgos ambientales y realizando la inmunidad mediante el uso de una gama cada vez mayor de vacunas. Los conceptos de promoción de la salud se ven manifestados en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud,³ una declaración de principios que se refinó a su forma definitiva y se firmó en una conferencia organizada por la ACSP y co-patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Canadá en Ottawa en el año 1986. Coincidiendo con esta conferencia, el Ministro de Salud, Jake Epp, publicó *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion* (Logrando salud para todos: un marco para la promoción de la salud)⁴ (el Informe de Epp). Ron Draper (1935–1997), primer Director General de la

2 Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document* (abril de 1974) Ottawa: Gobierno de Canadá, disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

3 Carta de Ottawa para la promoción de la salud, Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (21 de noviembre de 1986) WHO/HPR/HEP/95.1, disponible en: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

4 Jake Epp, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion* (1986) Ottawa: Ministerio de Salud de Canadá

Dirección de Promoción de la Salud, contribuyó decisivamente al trabajo de este informe y del documento de la OMS que pasó a ser la Carta de Ottawa. Fue un líder mundial en materia de práctica y principios de promoción de la salud en las décadas de 1970 y 1980. En subsiguientes conferencias de la OMS sobre la promoción de la salud, en 1988 en Adelaide y más recientemente en Bangkok en 2005, se efectuaron modificaciones adicionales del pensamiento conceptual y de las aplicaciones prácticas de la promoción de la salud y de la protección y prevención de enfermedades y lesiones, pero el crédito por el concepto original pertenece a Canadá y principalmente a los canadienses, sobre todo a Ron Draper. Todos los canadienses, no sólo aquellos que pertenecen al sector de la salud, pueden estar orgullosos de este logro, que encontró aplicación inmediata en el Proyecto ciudades sanas. Toronto era una “ciudad sana” en la vanguardia del Proyecto ciudades sanas de la OMS, no sólo por el impulso, la diligencia y la dedicación que mostraron Trevor Hancock y sus colegas que lanzaron el movimiento en Toronto en la conferencia *Beyond Health Care* (Más allá de la asistencia médica) donde se lanzó el concepto del Proyecto ciudades sanas, sino también por la colaboración del alcalde y de otros funcionarios municipales elegidos, que establecieron la primera oficina de Ciudad Sana en Canadá, el primer consejo municipal de política de alimentos y otras iniciativas como el mejoramiento de instalaciones para caminar y andar en bicicleta. La oficina de Ciudad Sana de Toronto aseguró que los impactos sanitarios se tuvieran en cuenta en los departamentos municipales y fomentaron y apoyaron las acciones comunitarias, estableciendo un vínculo entre las dimensiones ambientales, sociales y económicas. Este logro no se ha celebrado

suficientemente en Canadá ni en ningún otro lado. Esta historia ofrece la oportunidad de celebrarlo y de dar merecido crédito a todos aquellos que llevaron al cambio, y a la cantidad innumerable de personas que trabajaron y apoyaron estas actividades. Trabajando con Ron Draper, Trevor Hancock y otros, la doctora Ilona Kickbusch de la Organización Mundial de la Salud llevó los conceptos y métodos a Europa, donde se aplicaron con resultados positivos en el Proyecto ciudades sanas de la OMS que comenzó en 1986, y que luego se extendió por todo el mundo.

Los individuos canadienses y las organizaciones canadienses vienen desempeñando una función muy importante en la salud internacional desde hace mucho tiempo. Son bien conocidos el rol del Norman Bethune como cirujano de guerra primero en la Guerra Civil Española, luego como miembro de las fuerzas comunistas chinas bajo Mao Zedong y su muerte por septicemia durante la Larga Marcha. Muchos doctores y enfermeras canadienses de menor perfil han dedicado sus vidas a actividades más eficaces aunque menos extravagantes que la cirugía de guerra, contribuyendo a través del fortalecimiento de las capacidades en los sistemas y servicios de salud pública, en especial mediante la protección y restauración de la salud de lactantes y niños en países en vías de desarrollo. Como ejemplo de dedicación y lealtad a esta causa, debemos considerar el trabajo de los doctores Donald y Elizabeth Hillman, pediatras capacitados en la Universidad McGill, que trabajaron durante muchos años en África Oriental, Uganda, Tanzania, Kenia, Zambia y más tarde en Malasia y Kuwait, entre otros lugares. Su trabajo fue reconocido cuando ambos recibieron la condecoración de Oficial de la Orden de Canadá.

El reconocimiento de miles de personas que hoy están vivas en África gracias a su trabajo, y de muchos estudiantes y doctores y enfermeras jóvenes que los han visto como modelos a imitar y que siguen sus pasos son, en definitiva, distinciones más importantes. Al igual que los Hillman, muchos otros doctores y enfermeras canadienses se dedican silenciosamente a mejorar la salud y las vidas de las personas menos afortunadas del mundo, en países de bajos ingresos, en comunidades de refugiados, en zonas de guerra y en regiones afectadas por desastres naturales. En el mundo nunca parecen haber escasez de comunidades y regiones necesitadas, ni tampoco parece haber escasez de enfermeras, veterinarios, ingenieros sanitarios, educadores en materia de salud y médicos canadienses dedicados y humanitarios, capaces y dispuestos a ofrecer ayuda donde y cuando haga falta. Muchas enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud han tenido carreras distinguidas en salud pública, trabajando para organizaciones no gubernamentales (ONG) canadienses como CUSO, para ONG internacionales como el Comité Internacional de la Cruz Roja / Media Luna Roja y Médicos Sin Fronteras, y para misiones religiosas, mejorando la reputación de Canadá como nación que hace un buen trabajo en el mundo.

El programa de inmunización internacional contra todas las enfermedades prevenibles con vacunas en las naciones en vías de desarrollo Francófonas y de la Mancomunidad lanzado por la ACSP y otras ONG en 1986, en colaboración con la OMS y UNICEF pasó a ser la Iniciativa Canadiense para la Vacunación Internacional y en 2010 cuando se escribió este epílogo, todavía estaba en curso. El rol de la ACSP en estas actividades internacionales fue reconocido

en 1992, cuando la ACSP recibió el Premio Sasakawa de la OMS, siendo la primera vez que una organización canadiense recibe esta prestigiosa distinción. El reconocimiento fue aún mayor cuando la Directora de Programas Internacionales de Salud de la ACSP, Margaret Hilson, recibió la condecoración de Oficial de la Orden de Canadá en 2004.

Durante las tres últimas décadas, la Asociación Canadiense de Salud Pública y otros trabajadores de salud pública han desarrollado actividades en muchos programas y proyectos de salud ambiental en todo Canadá y a veces fuera del país. Ejemplos incluyen investigación y control de arsénico ambiental como contaminante de la minería de oro en y cerca de Yellowknife, Territorios del Noroeste, y en Bangladesh donde altas concentraciones de arsénico contaminan el suelo, y también hizo que las bombas de agua financiadas por Canadá (proyecto iniciado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo) suministren agua potable limpia, donde el agua era una fuente potencial de envenenamiento letal por arsénico. El problema de arsénico en Bangladesh todavía se estaba tratando de solucionar en el año 2010. Otros problemas ambientales importantes en los cuales la ACSP y otras organizaciones e individuos han estado involucrados incluyen la contaminación industrial de fluoruro en Terranova (que afecta principalmente a las comunidades de las Primeras Naciones) a ambos lados de la frontera entre Canadá y EE.UU., cerca de Cornwall-Massena. Un problema inusual de salud ambiental fue la investigación de los impactos de vuelos supersónicos bajos que realizaban las aeronaves de la OTAN durante el entrenamiento sobre algunas zonas de Labrador. Se han estudiado los posibles impactos tanto en

la fauna como en la escasa población humana en la región. Otro desafío de salud ambiental fue el desarrollo de programas de lucha contra los vectores para reducir el riesgo de los humanos de contraer la fiebre del Nilo Occidental, particularmente en Winnipeg y el sudoeste de Ontario. Inicialmente estos programas de lucha contra los vectores tenían efectos ecológicos adversos deplorables, pero con una gestión más cuidadosa, se ha reducido el daño a los insectos que son ecológica y económicamente importantes. Otro problema de salud ambiental fue el control de brotes de listeriosis en las plantas procesadoras de carne. Los inspectores de salud pública de Canadá aceptaron el uso del Sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (HACCP por su sigla en inglés) en los programas canadienses de inocuidad alimentaria. A principios de la década de 1990, los inspectores de salud pública y los profesionales de la salud ambiental y pública fueron los primeros en Canadá en adoptar el programa HACCP para evaluar e inspeccionar todos los establecimientos de venta de alimentos al menudeo. El concepto del sistema HACCP se aplicó por primera vez en el programa espacial y fue desarrollado por la NASA. Un adelanto muy importante para mejorar la salud ambiental en Canadá fue la promulgación de la *Ley de lucha contra el tabaquismo* (1994) de Ontario y leyes similares en las otras provincias de Canadá. Esta legislación disminuyó el uso del tabaco en sitios públicos, aumentó el índice de abandono del tabaco en general y redujo el inicio del hábito de fumar en los adolescentes.

Desde la década de 1970 y hasta cierto punto antes, la mayoría de las provincias canadienses han intentado distintas variaciones de organización y provisión de servicios de salud

pública, por lo general con el propósito explícito o implícito de contener los costos, y en lo posible reducirlos. La repetida reorganización y “reforma” de los servicios comunitarios y de salud pública han marcado la mitad del siglo desde la década de 1960 hasta 2010. En determinadas ocasiones los gobiernos han cortado personal y servicios como parte de la reorganización, en el intento drástico y demasiado entusiasta para algunos, de ahorrar fondos fiscales. El brote de la mortal y lisiante *E. coli* O157:57 en Walkerton, Ontario en el año 2000 y de criptosporidiosis en North Battleford, Saskatchewan demostraron una vez más que los servicios esenciales de salud pública no se pueden cortar sin caer en el riesgo de enfrentar consecuencias nefastas. A veces las restricciones presupuestarias son el resultado de prioridades conflictivas para los fondos de los “sobres” provinciales de salud que incluyen costos de personal e infraestructura en hospitales, servicios médicos de emergencia y médicos de familia. A veces pareciera que el ministerio de salud federal y los ministerios de salud provinciales han confundido la infraestructura y los servicios esenciales de salud pública con el cuidado personal basado en la comunidad, es decir la asistencia médica, y hasta parece que las han considerado la misma cosa.

No obstante, en décadas recientes los servicios de cuidado personal y los servicios de salud pública han aunado sus esfuerzos de manera importante y particular. Un acontecimiento históricamente significativo de importancia duradera en materia de salud pública que comenzó en la década de 1970 vinculó los servicios de salud pública y los servicios de cuidado personal de una forma nueva. En 1974 se estableció el Grupo de Estudio Canadiense sobre el Examen Médico Periódico,

en un principio como un modo de averiguar si el procedimiento popular de práctica general conocido como “chequeo anual” justificaba su costo dentro del recientemente establecido programa de seguro de salud pública. Este grupo de estudio es digno de mención porque los procedimientos de detección precoz utilizados en la medicina clínica preventiva, desde el desarrollo fetal hasta el cuidado paliativo y el cuidado del anciano, tienen un papel cada vez más destacado en la salud de la población: éstos se han vuelto parte esencial de la gama completa de materiales destinados a servicios de salud pública – un vínculo de conexión entre los servicios de salud pública y los servicios de cuidados personales preventivos. Este grupo dio origen a las nuevas herramientas de medicina y salud pública basadas en la evidencia y evaluó los métodos y procedimientos usados para la detección temprana de una amplia variedad de afecciones que amenazan la vida y producen discapacidad. Imitando a Canadá, Estados Unidos formó un grupo de estudio homólogo, y ambos grupos han aunado estrechamente sus esfuerzos desde mediados de la década de 1980 y son hoy reconocidos como parte integral de los servicios de salud pública. Entre sus funciones está la evaluación sistemática de las pruebas sobre las cuales se basan las recomendaciones y notificaciones de advertencia sobre los procedimientos de detección precoz y los métodos de detección temprana.

Desde la década de 1980, se escalonaron diversos acontecimientos desafortunados que acentuaron la presión por un mayor énfasis en la salud de los canadienses, un financiamiento estable y confiable para infraestructura y un mayor número de profesionales capacitados en todas las profesiones implicadas en la prestación de

servicios de salud pública. Estos acontecimientos incluyeron la importancia cada vez mayor de la pandemia del VIH/SIDA. En 1993, en respuesta a la expansión global del SIDA, la Declaración de Lac Tremblant emitida por el *Expert Working Group on Emerging Infectious Disease Issues* (grupo de expertos sobre cuestiones relacionadas con enfermedades emergentes) pidió que se tomaran medidas en materia de vigilancia, investigación, respuesta ante los brotes y capacidad de laboratorio para tratar específicamente las enfermedades emergentes, así como una estrategia nacional de inmunización. A fines de los años 1980, la catástrofe de salud pública ocasionada por la infección por VIH/SIDA y hepatitis C en individuos que habían recibido sangre y hemoderivados contaminados afectó a muchos miles de personas en varios países, incluido Canadá. La designación del juez Horace Krever para estudiar la seguridad de los bancos de sangre de Canadá dio lugar a una serie de recomendaciones, incluido un llamamiento a mejorar los servicios de salud pública.⁵ Una de las respuestas organizativas fue la consolidación en 2000 de muchas actividades de salud pública del Ministerio de Salud de Canadá, incluido el Laboratorio de Lucha contra la Enfermedad y la Dirección de Promoción de Salud, dentro de la Dirección General de la Salud de la Población y de la Salud Pública.

La población canadiense estaba alarmada por la aparición de brotes y epidemias de varias otras enfermedades infecciosas, incluyendo la enfermedad del virus del Nilo Occidental y un brote de *E. coli* O157:H7 en 2000 en Walkerton, Ontario, que causó al menos siete muertes y aproximadamente 2.500 casos, algunos de los

5 *Krever Commission Report* (1997) Ottawa: Ministerio de Obras Públicas y Servicios Gubernamentales de Canadá

cuales se asociaron a daño permanente al hígado y/o a los riñones. En aquel momento, el agua subterránea contaminada no se había analizado como corresponde, el personal profesional era escaso y las instalaciones existentes para el análisis de aguas se habían abandonado bajo la premisa de que el sector privado podría realizar mejor estos estudios (es decir, a un menor costo) que los “burócratas del gobierno” (es decir, científicos capacitados en calidad de agua).

En 2003, una epidemia de una nueva enfermedad, el síndrome respiratorio agudo y grave, comúnmente conocido como SARS, causó unos 330 casos concretos y 32 muertes en Toronto y tuvo consecuencias económicas graves cuando la OMS emitió una recomendación para viajes que advertía del riesgo de viajar a Toronto. Se estimó que la epidemia de SARS había provocado pérdidas económicas de 35 millones de dólares por día en Toronto. Los microbiólogos descubrieron que el SARS se debía a un coronavirus transmitido principalmente por gotitas de saliva esparcidas en las cercanías, y la investigación posterior del Dr. David Naylor derivó en un informe del Comité Consultivo Nacional sobre SARS del año 2003, en el que se recomendaba, entre otras cosas, el establecimiento de una agencia “independiente” de salud pública.⁶

En respuesta a las recomendaciones de Naylor, en septiembre de 2004 se estableció la Agencia de Salud Pública de Canadá, que fue confirmada como persona jurídica en diciembre de 2006 por la *Ley sobre la Agencia de Salud Pública de Canadá*. Si bien la visión de Naylor de la agencia propuesta fue más independiente que

el departamento gubernamental que se creó, un aspecto importante es que el cargo del Director de Salud Pública es también el de viceministro, y posee el mandato de comunicar directamente a los canadienses y al gobierno los asuntos importantes de salud pública. El Informe Anual del Director de Salud Pública es también un requisito legislado de la oficina, y el primero de estos informes, enfocado en las desigualdades de salud, se presentó al Parlamento en 2008.⁷

En 2000 se establecieron los Institutos Canadienses de Investigación sobre Salud (ICIS) con la audaz visión de transformar la investigación sanitaria en Canadá y sobresalir, siguiendo normas internacionalmente aceptadas de excelencia científica, “en la creación de nuevo conocimiento *y su traducción* en mejoras de la salud de los canadienses, en servicios y productos de salud pública más eficaces y en un sistema canadiense de atención médica fortalecido” – una visión que claramente se distinguía de la de su antecesor, el Consejo de Investigaciones Médicas de Canadá. Tras su creación, el gobierno pidió a los ICIS que apoyaran una investigación en salud interdisciplinaria e integradora que no sólo incluyera la investigación biomédica y clínica sino también de los sistemas de salud, los servicios de salud, la salud de las poblaciones y las influencias sociales, culturales y ambientales sobre la salud. Como parte de la transformación de la organización, se crearon trece institutos virtuales, incluido el mundialmente único Instituto de la Salud Pública y de las Poblaciones (ISPP).

La misión del ISPP era apoyar la investigación dentro de las complejas interacciones

6 *Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada* (2003) Ottawa: Ministerio de Salud de Canadá, disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/>

7 David Butler-Jones, *Report on the State of Public Health in Canada: Addressing Health Inequalities* (2008) Ottawa: Agencia de Salud Pública de Canadá, disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/index-eng.php>

(biológicas, sociales, culturales y ambientales) que determinan la salud de los individuos, las comunidades y las poblaciones globales, y su aplicación dentro de las políticas y prácticas de salud pública. Su primer director científico, el Dr. John Frank, dirigió el instituto hasta mediados de 2008 y fue responsable de varias iniciativas concebidas para fortalecer la capacidad de investigación de manera de abordar problemas de salud pública y sus determinantes subyacentes (la reducción de las disparidades de salud, los impactos de los entornos físicos y sociales sobre la salud y la salud global figuraban entre las prioridades del instituto). El instituto también fue uno de los líderes que pusieron en evidencia la fragilidad del sistema de salud pública en Canadá, al emprender un estudio multipartito sobre la organización y el financiamiento de los servicios de salud pública en naciones comparadas, que se inició varios meses antes de la aparición del SARS. Las recomendaciones de este informe, titulado *The Future of Public Health in Canada: Developing a Public Health System for the 21st Century (El futuro de la salud pública en Canadá: desarrollo de un sistema de salud pública para el siglo XXI)*, se ratificaron en un grupo de expertos conducido por el instituto en ocasión de la conferencia de la ACSP de 2003 en Calgary. Desde julio de 2008, el instituto ha estado a cargo de la Dra. Nancy Edwards (profesora de la Universidad de Ottawa) y ha demostrado la relevancia potencial que tiene la investigación en los problemas apremiantes de salud pública. La misión actual del instituto y sus prioridades de investigación estratégicas están en estrecha consonancia con varios llamamientos mundiales y nacionales a la acción para reducir las injusticias de salud dentro y entre los países y hacer un mayor hincapié en una investigación

orientada a políticas y programas que conduzcan a mejoras de la salud de la población y a la promoción de la equidad en materia de salud.

Conclusión y algunas recomendaciones

Sería tentador sugerir que, en el último cuarto de siglo, la salud pública de Canadá ha “alcanzado la mayoría de edad” pero sería imprudente ceder ante esta tentación, que a menudo ha seducido a personas destacadas de las profesiones universitarias, las artes y el comercio. Los intelectuales de fines del siglo XIX de París, Londres y Nueva York creían que su sociedad había “alcanzado la madurez”, si no la perfección, en ciencia, arte y organización social, y rechazaban a los críticos que señalaban imperfecciones tales como los elevados índices de mortalidad infantil y la ausencia del sufragio femenino. Hemos recorrido un largo camino desde aquellos días, pero queda mucho por hacer de cara al futuro inescrutable, y nos hallamos frente a algunos desafíos obvios. Por ejemplo, los sistemas y servicios de salud pública, una de las bases más importantes de una sociedad estable y sana, tienen un bajo perfil público, suelen darse por sentados, son apenas conocidos y aun menos apreciados por la sociedad a la que sirven y protegen, que a menudo sólo toma cuenta de ellos cuando se ve amenazada por una emergencia sanitaria como una epidemia letal. Con demasiada frecuencia, estos sistemas y servicios vitales están a merced de funcionarios electos mal informados y bajo la amenaza perpetua de políticos que la población ha elegido tras falsas promesas de reducir impuestos. Cuando esa amenaza se hace efectiva, se erosionan las infraestructuras esenciales y

pueden presentarse situaciones de crisis como el brote de *E. coli* en Walkerton, Ontario. Las profesiones que forman parte de los servicios de salud pública deben alzar su voz y abogar por un cambio más enérgicamente de lo que lo han hecho en el pasado. El Dr. David Butler-Jones, primer Director de Salud Pública de Canadá, demostró ser un defensor excelente de la salud pública. Él y todos los que le sucedan en el futuro deberán estar en condiciones de hacer frente a las amenazas para la salud de los canadienses, así como al riesgo de que el cargo se politice o sea “amordazado”. Una Asociación Canadiense de Salud Pública que sea políticamente influyente y hable en nombre de todo el personal de la salud pública de Canadá podría servir de apoyo si alguna vez se presentara tal peligro, defendiendo a los canadienses contra acciones indebidas, motivadas por fines políticos. Para ser creíble, la ACSP debe representar a todos los trabajadores de la salud pública. Actualmente no es así. La mayoría de los graduados recientes de los programas de formación de posgrado que proliferan en todo Canadá se identifican con la disciplina en la que se han especializado y no con la salud pública. Algunos nunca han oído hablar de la ACSP y muy pocos se han unido a ella, ya que consideran que esta institución es irrelevante para su desarrollo profesional. Revertir esta percepción es un desafío al cual la ACSP debe responder enérgicamente.

A pesar de lo riesgoso que es hacer predicciones, parece seguro afirmar que los avances recientes en biología, ecología, comunicaciones y tecnología de la información probablemente encuentren muchas aplicaciones en la práctica de la salud pública. La genómica y la ingeniería genética ya se están aplicando al control de vectores al producir especies

genéticamente modificadas de vectores que son estériles o incapaces de portar el patógeno que de otro modo podrían transmitir. Se deben desarrollar articulaciones más estrechas entre la salud humana y la salud del ecosistema para salvaguardar la sostenibilidad de este último. Están aumentando a un ritmo espectacular las aplicaciones de la electrónica en el procesamiento y almacenamiento de información, por ejemplo, en microprocesadores de computadora destinados a usarse en las áreas del cuidado personal y de la salud pública. Es necesario lograr el acuerdo y el consenso entre especialistas y tecnólogos de la información de la salud por un lado, y los responsables de la privacidad por otro, con respecto a la información esencial para identificar a los individuos y los pasos necesarios para salvaguardar la privacidad individual. Ésta y otras cuestiones y dificultades éticas no se entienden por completo y rara vez se discuten en la práctica de la salud pública.

La mayor fortaleza de la salud pública es contar con personas capacitadas, informadas, calificadas y dedicadas a proteger y mejorar la salud de los canadienses y de las personas de todo el mundo. Por lo tanto, la oleada reciente de programas de posgrado en salud pública promete buenos augurios para fortalecer y renovar el personal del sector y crear una plantilla de nuevos profesionales que sean capaces de ejercer una influencia positiva en las décadas venideras. Su impacto dependerá de los gobiernos, ya que la palabra “pública” alude no sólo al bien público, sino también al del sector público en el cual se desempeñan la mayoría de los trabajadores de la salud pública. Los gobiernos deben aumentar su inversión en salud pública por encima del nivel actual, que resulta claramente inadecuado.

La prevención de las enfermedades y las lesiones y la promoción de la salud y el bienestar de las personas y las comunidades seguirá siendo una preocupación central de la salud pública en las próximas décadas. Esta prevención ha de complementarse con un enfoque semejante sobre los determinantes ambientales, sociales, económicos y culturales de la salud, de manera coherente con la tradición de la salud pública y su evolución reciente. Es probable que algunas áreas trascendentales de trabajo enfocadas en estos amplios determinantes sean especialmente importantes en el siglo XXI:

Un enfoque en la salud materna y en el desarrollo neonatal y de la primera infancia, como parte de una inversión a largo plazo en el desarrollo humano que traiga beneficios en la salud de por vida y una serie de otros beneficios sociales y económicos a las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto.

Un enfoque en la salud y en el entorno urbanístico, crítico en un mundo que se urbaniza rápidamente, tanto en países de ingresos bajos y medios, como en Canadá, donde tenemos un 80% de urbanización y las personas pasan el 90% de su tiempo puertas adentro. La influencia del entorno urbanístico en la seguridad, la contaminación en locales cerrados y del aire libre, la actividad física, el acceso a los alimentos, la salud mental y la cohesión social, entre otras cuestiones, amerita una mayor investigación y una intervención activa.

Un enfoque en la equidad en materia de salud, de acuerdo con la valoración del informe de 2008 de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, respaldado por Canadá. La reducción de las desigualdades en

el acceso a los determinantes básicos de la salud como agua limpia, alimento, techo, educación, servicios sociales y de salud, ingresos adecuados y condiciones de vida y laborales seguras y sanas, tanto en Canadá como en el resto del mundo, será crucial para poder abordar el deterioro de la salud y reducir la brecha entre ricos y pobres en este sentido. Asimismo, será necesario afrontar las implicaciones de la globalización en términos de salud, una cuestión que también ha puesto en relieve la Comisión de la OMS. Dentro de Canadá, se debe prestar una atención urgente a la corrección del estado inicuo de los habitantes de las Primeras Naciones, muchos de los cuales habitan viviendas vergonzosamente inadecuadas en reservaciones remotas, en una señal clara de que están “fuera de la vista y de la mente”.

De la misma forma, es necesario un enfoque en el determinante fundamental de la salud humana, la salud del ecosistema.

La ACSP exploró esta cuestión en su informe de 1992 relativo a la salud humana y del ecosistema, pero la situación global ha empeorado notablemente desde entonces, como lo atestiguan numerosos informes de las Naciones Unidas y otros informes oficiales. Cuatro áreas amplias de cambios ambientales globales, a saber, el cambio climático y atmosférico, la contaminación y la ecotoxicidad, la reducción de los recursos y, la pérdida del hábitat, de las especies y de la biodiversidad, así como sus interacciones sinérgicas, representan amenazas significativas para la salud humana de hoy y de las próximas décadas. El bienestar y la supervivencia del hombre – las preocupaciones fundamentales de la salud pública – exigen una transición a un estilo de vida más ambientalmente sostenible. Es posible que este cambio, que la salud pública tendrá que facilitar y apoyar, traiga

muchos beneficios en términos de salud, pero la transición en sí misma será un desafío.

Finalmente, la práctica de la salud pública reclama **un enfoque en la aplicación apropiada de los descubrimientos científicos y del desarrollo técnico**. Algunos departamentos de salud previsores aplican rápidamente – incluso a veces demasiado rápidamente – algunas innovaciones, por ejemplo, en los métodos de recolección, procesamiento, almacenamiento y recuperación de información biomédica, social, económica y otras informaciones relevantes. En otros contextos, tales desarrollos están retrasados o completamente ausentes.

Podemos afirmar con seguridad que “lo pasado es prólogo” y que la parte más rica de esta narración indudablemente tendrá lugar en entregas futuras sobre la historia de la salud pública de Canadá.

Glosario

Aborígen

En general, “pueblos aborígenes” se refiere a los habitantes indígenas de Canadá, compuestos por tres grupos principales, reconocidos en la Constitución—Inuit, Primeras Naciones y pueblo métis. Dentro de cada uno de estos vastos grupos existe una serie de idiomas y culturas diferentes. Actualmente, el término Primeras Naciones reemplaza a la palabra “indio” que el gobierno de Canadá utilizó históricamente para describir a los pueblos indígenas con quienes el gobierno de Canadá o el gobierno de Gran Bretaña había suscrito tratados. Los métis son pueblos aborígenes distintos, cuyos primeros antepasados recibieron una herencia mixta (Primeras Naciones, o inuit en el caso de los métis de Labrador, y europea). Inuit reemplaza al término esquimal y se refiere a los pueblos indígenas del norte.

—*Comisión real sobre pueblos aborígenes*

Alto Canadá

Colonia británica creada en 1791, en lo que actualmente es la provincia de Ontario.

—*Enciclopedia canadiense en línea*

antibiótico

También denominado “antimicrobiano,” una clase de sustancias producidas por organismos vivos, tales como hongos, capaces de inhibir el crecimiento de bacterias patógenas.

antígeno

Una sustancia, tal como una proteína, un tejido vivo o un órgano, que es extraño al cuerpo y que induce a una respuesta inmunológica específica.

antitoxina

Una sustancia tal como un suero o un medicamento que inhibe o previene la acción de una toxina. Entre los ejemplos, cabe destacar las antitoxinas del tétanos y la difteria, las cuales evitan el daño que de lo contrario ocasionarían las toxinas que producen estos organismos.

ántrax

Una enfermedad bacteriana que afecta a los seres humanos y a los animales, causada por el *Bacillus anthracis*, el cual puede entrar al cuerpo a través de la piel, por inhalación o ingestión.

arsénico

Un tipo de sustancia química que contiene compuestos de arsénico. El arsénico, un veneno agudo y crónico, se usaba antes en compuestos medicinales, incluyendo la “bala mágica” de Paul Ehrlich usada para tratar la sífilis a comienzos del siglo XX.

asma

Una enfermedad crónica, recurrente, que afecta los pulmones y se caracteriza por el angostamiento de las vías respiratorias pequeñas.

atenuar

Debilitar, diluir, reducir o eliminar los efectos nocivos de un organismo patógeno o sus antígenos para ser utilizados en vacunas.

bacilo

Bacteria en forma de vara, originalmente usado para describir a todas las bacterias que tienen esta forma, pero que ahora se limita a un solo género de organismos que forman esporas.

Baja Canadá

Colonia británica creada en 1791, en lo que actualmente es la provincia de Quebec.

—*Enciclopedia canadiense en línea*

barbitúrico

Un derivado del ácido barbitúrico que actúa como sedante o hipnótico disminuyendo la frecuencia respiratoria, la presión sanguínea, la temperatura, y el sistema nervioso central.

—*Diccionario de términos médicos*
Mosby

botulismo

Una enfermedad transmitida por los alimentos, producida por la ingestión de la toxina del *Clostridium botulinum*, la cual por lo general se encuentra en los vegetales o la carne preparados sin tomar las precauciones higiénicas adecuadas.

bulbar

La polio bulbar ocurre cuando el virus de la polio ataca el tallo cerebral, y se dañan los centros nerviosos que controlan la deglución y el habla. Se acumulan secreciones en la garganta, las cuales pueden producir sofocación.

—*Enciclopedia británica en línea*

caries dentales

Deterioro de los dientes

chancroide

Una enfermedad de transmisión sexual que causa lesiones genitales ulcerosas dolorosas.

cólera

Una enfermedad entérica bacteriana aguda que causa una diarrea acuosa profusa. Si no se trata, la pérdida de fluidos a menudo origina la muerte.

congénito

Que existe al momento de nacer o data desde la fecha del nacimiento, a saber, la sordera congénita.

cuarentena

Aislamiento de un animal o de una persona que se sabe que ha estado en contacto con un caso de enfermedad contagiosa, con el fin de evitar la transmisión de la enfermedad a otros.

diabetes

Una enfermedad sistémica en la cual el metabolismo de los carbohidratos se altera debido a un suministro insuficiente de insulina para satisfacer las necesidades del cuerpo.

difteria

Una enfermedad bacteriana aguda que afecta principalmente al tracto respiratorio superior, ocasionando la obstrucción de la vía aérea. El organismo causante, el bacilo de la difteria, produce además una toxina que causa parálisis de los músculos respiratorios y miocarditis.

efecto cohorte

Una cohorte se refiere al grupo poblacional nacido en un período en particular, generalmente un año o una década, a saber, una cohorte de nacimiento. Un efecto cohorte es cualquier efecto asociado con el hecho de ser miembro de un grupo nacido aproximadamente en el mismo momento y vinculado por experiencias de vida en común (por ejemplo, haber crecido en la década del ochenta).

—*Encyclopedia.com*

enfermedad de transmisión sexual

El término “enfermedad venérea” fue reemplazado por “enfermedad de transmisión sexual” (ETS) en la década del setenta debido a que el nuevo término era menos injurioso y abarcaba un contexto más amplio. (El término “infección de transmisión sexual” (ITS) se usa actualmente para incluir una infección que puede que no siempre conduzca a enfermedad.)

enfermedades venéreas

El término “enfermedad venérea” fue reemplazado por “enfermedad de transmisión sexual” (ETS) en la década del setenta debido a que el nuevo término era menos injurioso y abarcaba un contexto más amplio. El término “infección de transmisión sexual” (ITS) se usa actualmente para incluir una infección que puede que no siempre conduzca a enfermedad.

enfermera de salud pública

Una persona que forma parte de la profesión de enfermería y que ha recibido formación especializada en las teorías y prácticas de salud pública. Las enfermeras de salud pública brindan servicios de atención materno-infantil

y de puericultura, educación en materia de salud, seguimiento de contactos como parte de la vigilancia y control de enfermedades transmisibles, y visitas a domicilio a personas de edad avanzada y enfermas, entre otros roles especializados.

epidemia

La ocurrencia en una población específica de muertes o casos de una condición en cifras superiores a las que se espera habitualmente para un período determinado.

epidemiología

Una ciencia basada en la observación, la inferencia, y la experimentación, que sirve para evaluar regímenes terapéuticos y preventivos destinados a controlar condiciones de salud.

estadísticas vitales

Datos sobre nacimientos, fallecimientos, matrimonios y divorcios, recogidos por las autoridades de gobierno a nivel nacional, regional o local para identificar problemas y avances en materia de salud pública.

ETS

El término “enfermedad venérea” fue reemplazado por “enfermedad de transmisión sexual” (ETS) en la década del setenta debido a que el nuevo término era menos injurioso y abarcaba un contexto más amplio. El término “infección de transmisión sexual” (ITS) se usa actualmente para incluir una infección que puede que no siempre conduzca a enfermedad.

eugenesia

La eugenesia es un término que fue acuñado en 1883 por el biólogo británico Francis Galton, el cual significa buena reproducción. Este concepto se convirtió en una característica importante de la teoría de salud pública, mediante el cual aquéllos que eran considerados como excelente material genético tales como académicos y atletas destacados, se les alentaba a reproducirse. Otros eran considerados poco aptos para reproducirse debido a su bajo nivel de inteligencia, trastornos mentales, o ciertos tipos de enfermedad crónica y discapacidad como la tuberculosis y el alcoholismo.

—*John Last*

EV

El término “enfermedad venérea” fue reemplazado por “enfermedad de transmisión sexual” (ETS) en la década del setenta debido a que el nuevo término era menos injurioso y abarcaba un contexto más amplio. El término “infección de transmisión sexual” (ITS) se usa actualmente para incluir una infección que puede que no siempre conduzca a enfermedad.

fiebre escarlata

También denominada escarlatina, es una enfermedad contagiosa que anteriormente era común en niños y adultos jóvenes, causada por una infección, produciendo una erupción en la cara y extremidades, y a menudo seguida de fiebre reumática. Sin un tratamiento, a menudo era grave y hasta podía ser fatal, pero se ha vuelto poco común e inofensiva en la mayoría de los casos.

fiebre ondulante

Conocida actualmente como “brucelosis,” una enfermedad transmisible, causada por microorganismos pertenecientes al género *Brucella*, se presenta en cabras, vacas y animales domésticos. Se transmite a los seres humanos a través de la leche o por contacto directo.

fiebre tifoidea

Una enfermedad epidémica grave, transmitida por piojos corporales, con un alto índice de mortalidad si no recibe tratamiento. Por lo general, la fiebre tifoidea está asociada a vestimentas sucias, andrajosas, y al hacinamiento.

fisiología

La ciencia que se ocupa de la forma en que funciona el cuerpo y sus órganos y tejidos.

fluorización

La adición planificada y sistemática de cantidades medidas cuidadosamente de fluoruro de sodio al suministro de agua potable.

fumigación

El proceso de aplicar o de inyectar gases pesticidas a un espacio cerrado con el propósito de desinfectarlo o para eliminar del espacio a plagas tales como insectos o ratas.

gonorrea

Una infección de transmisión sexual común que puede ser prácticamente asintomática en la mujer, pero que en los hombres causa una uretritis dolorosa.

gripe

También denominada “influenza” y “gripa”, es una enfermedad infecciosa aguda que afecta principalmente al tracto respiratorio y es causada por el virus de la influenza. La “influenza epidémica” a menudo conlleva un alto índice de casos fatales.

hepatitis

Inflamación del hígado, puede ser causada por infecciones virales o bacterianas y diversas sustancias químicas, incluyendo el alcohol.

higiene

Los principios y prácticas que dicen relación con la conservación de buena salud, lo cual implica valores que determinan el comportamiento individual y colectivo, incluyendo un compromiso con la limpieza en la manipulación de alimentos, eliminación de desechos sanitarios, eliminación de parásitos e insectos y prevención de la contaminación.

higiene industrial

El arte y ciencia dedicados al reconocimiento, evaluación, y control de factores y tensiones ambientales existentes en el lugar de trabajo y en torno a las condiciones de trabajo, o relacionados con éstos, que pueden causar un deterioro de la salud y del bienestar.

higiene mental

También denominada salud mental, la rama de atención de salud que se ocupa de la prevención y tratamiento de enfermedades de la mente.

higiene social

Un movimiento vinculado con la prevención de enfermedades venéreas, el cual incluyó valores y principios morales relacionados con la represión

del vicio y la prostitución y la restricción de actividad sexual a personas casadas con fines de procreación.

indígenas

En general, “pueblos aborígenes” se refiere a los habitantes indígenas de Canadá, compuestos por tres grupos principales, reconocidos en la Constitución—Inuit, Primeras Naciones y pueblo métis. Dentro de cada uno de estos vastos grupos existe una serie de idiomas y culturas diferentes. Actualmente, el término Primeras Naciones reemplaza a la palabra “indio” que el gobierno de Canadá utilizó históricamente para describir a los pueblos indígenas con quienes el gobierno de Canadá o el gobierno de Gran Bretaña había suscrito tratados. Los métis son pueblos aborígenes distintos, cuyos primeros antepasados recibieron una herencia mixta (Primeras Naciones, o inuit en el caso de los métis de Labrador, y europea). Inuit reemplaza al término esquimal y se refiere a los pueblos indígenas del norte.

*—Comisión real sobre pueblos
aborígenes*

indios

En general, “pueblos aborígenes” se refiere a los habitantes indígenas de Canadá, compuestos por tres grupos principales, reconocidos en la Constitución—Inuit, Primeras Naciones y pueblo métis. Dentro de cada uno de estos vastos grupos existe una serie de idiomas y culturas diferentes. Actualmente, el término Primeras Naciones reemplaza a la palabra “indio” que el gobierno de Canadá utilizó históricamente para describir a los pueblos indígenas con quienes el gobierno de Canadá o el gobierno de Gran Bretaña había suscrito tratados. Los métis son pueblos aborígenes distintos, cuyos primeros antepasados recibieron una herencia mixta

(Primeras Naciones, o inuit en el caso de los métis de Labrador, y europea). Inuit reemplaza al término esquimal y se refiere a los pueblos indígenas del norte.

—*Comisión real sobre pueblos aborígenes*

infección de transmisión sexual

El término “enfermedad venérea” fue reemplazado por “enfermedad de transmisión sexual” (ETS) en la década del setenta debido a que el nuevo término era menos injurioso y abarcaba un contexto más amplio. (El término “infección de transmisión sexual” (ITS) se usa actualmente para incluir una infección que puede que no siempre conduzca a una enfermedad.)

influenza

También denominada “gripe,” y “gripa”, es una enfermedad infecciosa aguda que afecta principalmente al tracto respiratorio y es causada por el virus de la influenza. La “influenza epidémica” a menudo conlleva un alto índice de casos fatales.

ingeniero en salud pública

También denominado “ingeniero sanitario,” un ingeniero capacitado profesionalmente que se especializa en la eliminación sanitaria de aguas residuales, diseño y funcionamiento de plantas de tratamiento de aguas residuales, y/o suministro de agua potable, pura e inocua y otros aspectos de vigilancia y control ambiental, incluyendo la calidad del aire y la eliminación de desechos sólidos.

inmunización

También denominada vacunación, consiste en la inducción artificial de inmunidad activa al introducir el antígeno específico de un organismo causante de una enfermedad, habitualmente mediante una inyección o por vía oral.

inoculación

Sinónimo de “vacunación,” es la inducción artificial de inmunidad activa al introducir el antígeno específico de un organismo causante de enfermedad, habitualmente mediante una inyección o por vía oral.

inspector sanitario

También conocido como inspector de salud , o sanitario, es un especialista capacitado técnicamente y que es capaz de detectar riesgos ambientales para la salud debido a deficiencias en cuanto a condiciones sanitarias, ventilación, manipulación de alimentos, e higiene.

insulina

Una hormona esencial, producida por el páncreas, la cual se requiere en la metabolización de carbohidratos y grasas.

Inuit

En general, “pueblos aborígenes” se refiere a los habitantes indígenas de Canadá, compuestos por tres grupos principales, reconocidos en la Constitución—Inuit, Primeras Naciones y pueblo métis. Dentro de cada uno de estos vastos grupos existe una serie de idiomas y culturas diferentes. Actualmente, el término Primeras Naciones reemplaza a la palabra “indio” que el gobierno de Canadá utilizó históricamente para describir a los pueblos indígenas con quienes

el gobierno de Canadá o el gobierno de Gran Bretaña había suscrito tratados. Los métis son pueblos aborígenes distintos, cuyos primeros antepasados recibieron una herencia mixta (Primeras Naciones, o inuit en el caso de los métis de Labrador, y europea). Inuit reemplaza al término esquimal y se refiere a los pueblos indígenas del norte.

—*Comisión real sobre pueblos aborígenes*

ITS

El término “enfermedad venérea” fue reemplazado por “enfermedad de transmisión sexual” (ETS) en la década del setenta debido a que el nuevo término era menos injurioso y abarcaba un contexto más amplio. El término “infección de transmisión sexual” (ITS) se usa actualmente para incluir una infección que puede que no siempre conduzca a enfermedad.

“Journal of Public Health”

La Revista canadiense de salud pública, bajo diversos nombres, fue lo que impulsó la creación de la Asociación canadiense de salud pública (CPHA, por sus siglas en inglés). En 1910, fue publicada por primera vez bajo el nombre de Revista canadiense de salud pública, luego se llamó “Canadian Therapeutist and Sanitary Engineer” (Ingeniero sanitario y terapéutico canadiense), más tarde apareció publicada bajo el nombre de Revista de salud pública de Canadá y luego como Revista de salud pública (todo en 1910). Entre 1929 y 1942, adoptó el nombre de Revista de salud pública canadiense y desde 1943 hasta la fecha, ha pasado a llamarse Revista canadiense de salud pública.

Liga de Naciones

Una organización internacional creada a fines de la Primera Guerra Mundial para proteger la paz y la seguridad mediante el arbitraje de conflictos internacionales.

—*Enciclopedia canadiense en línea*

malaria (o paludismo)

Una infección protozoaria severa, transmitida por un mosquito que ataca a la sangre y órganos formadores de sangre y que produce rachas recurrentes de fiebre alta debido a la destrucción de corpúsculos rojos de la sangre por parásitos de la malaria.

meningitis

Inflamación del revestimiento del cerebro y de la médula espinal causada por bacterias o virus. Esta enfermedad que pone en riesgo la vida puede ocurrir como epidemia y como complicación de otras enfermedades infecciosas. Puede prevenirse mediante vacunas de tipo específico.

Métis

En general, “pueblos aborígenes” se refiere a los habitantes indígenas de Canadá, compuestos por tres grupos principales, reconocidos en la Constitución—Inuit, Primeras Naciones y pueblo métis. Dentro de cada uno de estos vastos grupos existe una serie de idiomas y culturas diferentes. Actualmente, el término Primeras Naciones reemplaza a la palabra “indio” que el gobierno de Canadá utilizó históricamente para describir a los pueblos indígenas con quienes el gobierno de Canadá o el gobierno de Gran Bretaña había suscrito tratados. Los métis son pueblos aborígenes distintos, cuyos primeros

antepasados recibieron una herencia mixta (Primeras Naciones, o inuit en el caso de los métis de Labrador, y europea). Inuit reemplaza al término esquimal y se refiere a los pueblos indígenas del norte.

—*Comisión real sobre pueblos
aborígenes*

morbilidad

Enfermedad, la condición de no estar bien de salud.

neumonía

Una enfermedad inflamatoria del tejido pulmonar causada por bacterias o virus en que los espacios alveolares se llenan de líquido y se deteriora la capacidad para realizar eficientemente el proceso de intercambio de aire.

neuralgia

Dolor crónico de los nervios

—*MayoClinic.com*

no vacunado

Una persona o un animal que no ha recibido el antígeno específico de un organismo causante de enfermedad.

obstetricia

La especialidad médica que se ocupa de atender a las mujeres embarazadas, del manejo de su trabajo de parto y alumbramiento, y su atención durante el período postparto.

ortopédico

Se aplica a la especialidad quirúrgica que se ocupa de fracturas, dislocaciones, y otras lesiones de los huesos y articulaciones, con énfasis en la corrección de las deformaciones óseas.

pandemia

Una epidemia que trasciende las fronteras nacionales y se extiende a lo largo de gran parte o de la totalidad del mundo.

pasteurización

Tratamiento térmico de la leche, de los productos lácteos y de otros alimentos para matar microorganismos potencialmente dañinos.

pasteurizar

Tratar la leche, los productos lácteos y otros alimentos mediante un proceso térmico para matar microorganismos potencialmente dañinos.

patólogo

Especialista en patología, el estudio científico de los cambios en los tejidos y órganos del cuerpo asociados con la ocurrencia y avance de las enfermedades.

penicilina

El primer antibiótico eficaz derivado de un hongo o moho, un descubrimiento hecho en 1928 por Alexander Fleming.

pertussis

También denominada tos convulsiva, una enfermedad respiratoria bacteriana debilitante que afecta a los niños y que a menudo es prolongada, y puede producir enfisema.

peste

Una de las enfermedades contagiosas más peligrosas, causada por una bacteria que se transmite a los seres humanos por mordeduras de pulgas de las ratas.

polio

También denominada poliomiелitis, una enfermedad viral contagiosa transmitida por vía fecal-oral. Habitualmente asociada al desarrollo asintomático de anticuerpos, puede producir una inflamación aguda y alteración del funcionamiento de los nervios dorsales, resultando en una parálisis de los músculos controlados por esos nervios. La poliomiелitis paralítica puede prevenirse mediante vacunación con organismos muertos en la vacuna Salk o ingestión de la vacuna Sabin viva atenuada.

poliomiелitis

También denominada polio, una enfermedad viral contagiosa transmitida por vía fecal-oral. Habitualmente asociada al desarrollo asintomático de anticuerpos, puede producir una inflamación aguda y alteración del funcionamiento de los nervios dorsales, resultando en una parálisis de los músculos controlados por esos nervios. La poliomiелitis paralítica puede prevenirse mediante vacunación con organismos muertos en la vacuna Salk o ingestión de la vacuna Sabin viva atenuada.

Primeras Naciones

En general, “pueblos aborígenes” se refiere a los habitantes indígenas de Canadá, compuestos por tres grupos principales, reconocidos en la Constitución—Inuit, Primeras Naciones y pueblo métis. Dentro de cada uno de estos vastos

grupos existe una serie de idiomas y culturas diferentes. Actualmente, el término “Primeras Naciones” reemplaza a la palabra “indio” que el gobierno de Canadá utilizó históricamente para describir a los pueblos indígenas con quienes el gobierno de Canadá o el gobierno de Gran Bretaña había suscrito tratados. Los métis son pueblos aborígenes distintos, cuyos primeros antepasados recibieron una herencia mixta (Primeras Naciones, o inuit en el caso de los métis de Labrador, y europea). Inuit reemplaza al término esquimal y se refiere a los pueblos indígenas del norte.

—*Comisión real sobre pueblos aborígenes*

profiláctico

Relativo a la profilaxis, el manejo preventivo de una enfermedad en individuos y poblaciones.

profilaxis

El manejo preventivo de una enfermedad en individuos y poblaciones.

promoción de la salud

Las políticas y procesos que permiten a las personas reforzar el control sobre su salud y mejorarla, abordando las necesidades del conjunto de la población.

“Public Health Journal”

(Revista de salud pública)

La Revista canadiense de salud pública, bajo diversos nombres, fue lo que impulsó la creación de la Asociación canadiense de salud pública (CPHA, por sus siglas en inglés). En 1910, fue publicada por primera vez bajo el nombre de Revista canadiense de salud pública, luego se llamó “Canadian Therapeutist and Sanitary

Engineer” (Ingeniero sanitario y terapéutico canadiense), más tarde apareció publicada bajo el nombre de Revista de salud pública de Canadá y luego como Revista de salud pública (todo en 1910). Entre 1929 y 1942, adoptó el nombre de Revista de salud pública canadiense y desde 1943 hasta la fecha, ha pasado a llamarse Revista canadiense de salud pública.

pulmón de acero

Un término lego que se usa para referirse al tipo de respirador inventado por Philip Drinker, ciudadano norteamericano, el cual funciona encerrando el cuerpo de la persona en un cilindro hermético dentro del cual la presión del aire aumenta y disminuye de manera alternada para ayudar a la inhalación y exhalación cuando los músculos respiratorios están paralizados.

rabia

Una enfermedad viral casi invariablemente fatal que se transmite a través de la saliva de un animal infectado. En los seres humanos, un período de incubación prolongado puede anteceder a síntomas de aprensión, seguidos de delirio, fiebre, convulsiones y muerte. Anteriormente se conocía con el nombre de hidrofobia, a raíz de una aversión o temor al agua.

retrete

Un excusado exterior.

Revista canadiense de salud pública

La Revista canadiense de salud pública, bajo diversos nombres, fue lo que impulsó la creación de la Asociación canadiense de salud pública (CPHA, por sus siglas en inglés). En 1910, fue publicada por primera vez bajo el nombre de

Revista canadiense de salud pública, luego se llamó “Canadian Therapist and Sanitary Engineer” (Ingeniero sanitario y terapéutico canadiense), más tarde apareció publicada bajo el nombre de Revista de salud pública de Canadá y luego como Revista de salud pública (todo en 1910). Entre 1929 y 1942, adoptó el nombre de Revista de salud pública canadiense y desde 1943 hasta la fecha, ha pasado a llamarse Revista canadiense de salud pública.

riesgo

La probabilidad de que ocurra un evento. En un sentido no técnico, el término abarca diversos significados y medidas de probabilidad, y a menudo, éstos hacen que sea poco claro el significado técnico y se confunda “riesgo” con “peligro,” lo cual puede significar cualquier agente o factor potencialmente dañino. En los debates técnicos, tal como ocurre con las estimaciones actuariales y en la evaluación de riesgo ambiental, lo mejor es limitar el uso de la palabra “riesgo” a contextos en los cuales es posible estimar o calcular una probabilidad de que ocurra un evento.

salud comunitaria

No obstante que a menudo se la considera como equivalente a “salud pública”, se refiere a una comunidad en la cual no existen problemas de salud dominantes, no hay una pobreza sistémica, desempleo, o una patología social.

sanataria

Se refiere a los servicios sanitarios, un conjunto de políticas y acciones de salud pública enfocadas al suministro de agua potable inocua y a la eliminación higiénica de desechos

humanos, animales, domésticos e industriales, minimizando así los riesgos de que se transmitan enfermedades por vía fecal u oral.

sanatorio

Un hospital especializado para el cuidado y tratamiento de la tuberculosis.

saneamiento

Un conjunto de políticas y acciones de salud pública enfocadas al suministro de agua potable inocua y a la eliminación higiénica de desechos humanos, animales, domésticos e industriales, minimizando así los riesgos de que se transmitan enfermedades por vía fecal u oral.

sanitario

Se refiere a los servicios sanitarios, un conjunto de políticas y acciones de salud pública enfocadas al suministro de agua potable inocua y a la eliminación higiénica de desechos humanos, animales, domésticos e industriales, minimizando así los riesgos de que se transmitan enfermedades por vía fecal u oral.

sarampión

Una enfermedad viral altamente infecciosa que presenta un índice muy alto de casos fatales entre bebés y niños pequeños si no son vacunados.

séptico

Contaminado por bacterias, o relacionado con un sistema séptico de eliminación de aguas residuales.

—*Diccionario canadiense Oxford*

sífilis

La infección de transmisión sexual más grave y letal hasta que apareció el VIH/SIDA en la década del ochenta. La principal enfermedad venérea, y la peor, apareció por primera vez en Europa a fines del siglo XIV o comienzos del siglo XV donde se presentó como una epidemia arrasadora, aguda y a menudo con un desenlace fatal rápido, evolucionando hacia una forma más crónica, con un período latente, y luego a sífilis terciaria, la cual ataca al sistema nervioso central, al sistema cardiovascular, y a veces a otros órganos. Varias décadas después de la década del cincuenta, se logró controlar adecuadamente la sífilis, pasando a ser poco común, aunque ha entrado en un período en que ha vuelto a surgir, principalmente entre personas que tienen su sistema inmunológico comprometido a raíz de la infección causada por el VIH/SIDA.

suero de convaleciente

Componentes líquidos del plasma sanguíneo extraídos de una persona que se ha recuperado de una infección en particular, los cuales pueden ser de utilidad para tratar a alguien que padece de la misma infección.

TB

Una enfermedad bacteriana causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Se estima que un tercio de la población del mundo está infectado con tuberculosis (TB), pero sólo una pequeña proporción tiene la enfermedad activa, afectando en su gran mayoría a los pulmones, aunque hay otros órganos que también podrían verse comprometidos. Anteriormente se la denominaba la peste blanca, debido al aspecto pálido de aquéllos que la padecían.

tétanos

Una enfermedad generalizada causada por una toxina que habitualmente invade el cuerpo a través de una laceración o fractura compuesta que no fue limpiada adecuadamente; la toxina del tétanos produce espasmos musculares y rigidez de los músculos voluntarios.

tifoidea

También denominada fiebre entérica, la tifoidea es una enfermedad sistémica grave, habitualmente transmitida por vía fecal u oral o por agua o alimentos contaminados con *Salmonella typhi*. Anteriormente, la tifoidea tenía un índice de casos fatales de entre un 10% y un 20%, pero responde bien a los antibióticos y las medidas sanitarias y el agua potable inocua prácticamente ha logrado eliminarla en entornos urbanos modernos.

toxoides

Una toxina bacteriana u otra toxina que ha sido tratada con formaldehído para disminuir su toxicidad sin reducir su propiedad antigénica. La vacuna contra la difteria y la vacuna contra el tétanos se preparan a partir de toxoides.

tuberculosis

Una enfermedad bacteriana causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Se estima que un tercio de la población del mundo está infectado con tuberculosis (TB), pero sólo una pequeña proporción tiene la enfermedad activa, afectando en su gran mayoría a los pulmones, aunque hay otros órganos que también podrían verse comprometidos. Anteriormente se la denominaba la peste blanca, debido al aspecto pálido de aquellos que la padecían.

vacuna

El antígeno biológicamente activo que se inyecta o administra oralmente para inmunizar (vacunar) a las personas contra enfermedades transmisibles.

vacunación

También denominada inmunización, es la inducción artificial de inmunidad activa al introducir el antígeno específico de un organismo causante de enfermedad, habitualmente mediante una inyección o por vía oral.

viruela

También conocida como variola, esta enfermedad viral altamente contagiosa se presentó como epidemias devastadoras que alcanzaron elevados índices de mortalidad de hasta un 30% ó 40%, hasta que entre 1796 y 1798, el Dr. Edward Jenner, un médico británico que trabajaba en zonas rurales, probó con éxito una vacuna contra el virus de la viruela (cowpox). La viruela fue declarada erradicada en el mundo entero en 1980 por la Organización Mundial de la Salud.

Editores

Revista canadiense de salud pública

La *Revista canadiense de salud pública*, bajo diversos nombres, fue lo que impulsó la creación de la Asociación canadiense de salud pública (CPHA, por sus siglas en inglés). En 1910, fue publicada por primera vez bajo el nombre de *Revista canadiense de salud pública*, luego se llamó “*Canadian Therapeutist and Sanitary Engineer*” (*Ingeniero sanitario y terapéutico canadiense*), más tarde apareció publicada bajo el nombre de *Revista de salud pública de Canadá* y luego como *Revista de salud pública* (todo en 1910). Entre 1929 y 1942, adoptó el nombre de *Revista de salud pública canadiense* y desde 1943 hasta la fecha, ha pasado a llamarse *Revista canadiense de salud pública*.

Más abajo se indican los nombres de los editores (más adelante denominados editores científicos).

(1910–1916)	Duncan Anderson y L.M. Coulter	(1981–1991)	John Last
(1916–1927)	Gordon Bates	(1992–1995)	Stephen Corber
(1928–1964)	Robert D. Defries	(1996–1998)	Richard Mathias
(1964–1965)	Antoine B. Valois y Edgar J. Young	(1998–2001)	Douglas Angus
(1966–1967)	William G. Brown	(2001–2006)	Patricia Huston
(1968–1969)	J. Ellis Moore	(2006–2007)	Jeanette Ward
(1970–1973)	J. J. Keays	(2007–hasta la fecha)	Gilles Paradis
(1974–1981)	Andrew M. Sherrington		

Ex-Presidentes/ Directores

Miembros de la Junta Directiva de la CPHA

1910	Dr. T.A. Starkey	1940	Dr. R.O. Davidson
1911	Dr. T.A. Starkey	1941	Dr. J. Grégoire
1912	Dr. C.A. Hodgetts	1942	Dr. J.J. McCann
1913	Dr. John W.S. McCullough	1943	Dr. A. Groulx
1914	Dr. C.J. Hastings	1944	Dr. B.T. McGhie
1915	Dr. M.M Seymour	1945	~
1916	Dr. C.J. Hastings	1946	Dr. C.W. MacMillan
1917	Dr. J.D. Pagé	1947	Dr. A.R. Foley
1918	Dr. W.H. Hattie	1948	Dr. G.F. Amyot
1919	Dr. J.A. Hutchinson	1949	Dr. A.G. Morton
1920	Dr. H.E. Young	1950	Dr. J.T. Phair
1921	Dr. A.Y. Amyot	1951	Dr. G.D. Cameron
1922	Dr. W.F. Roberts	1952	Dr. M.R. Elliott
1923	Dr. J.A. Baudouin	1953	Dr. R.D. Defries
1924	~	1954	Sr. T.J. LaFrenière, P. Eng.
1925	Dr. J.A. Baudouin	1955	Dr. A. Sommerville
1926	Dr. G.D. Porter	1956	Dr. J.A. Melanson
1927	Dr. G.D. Porter	1957	Dr. L.A. Pequegnat
1928	Dr. G.D. Porter	1958	Dr. S. Murray
1929	Dr. N.M. Harris	1959	Dr. Jules Gilbert
1930	Dr. A.J. Douglas	1960	Dr. John S. Robertson
1931	Dr. F.C. Middleton	1961	Dr. H. Burns Roth
1932	Dr. W.J. Bell	1962	Dr. Gordon W. Brown
1933	Dr. Wm. Warwick	1963	Dr. Ken C. Charron
1934	Dr. A. Lessard	1964	Dr. O.H. Curtis
1935	Dr. F.W. Jackson	1965	Dr. M.G. McCallum
1936	Dr. J.W. McIntosh	1966	Dr. Jacques Gélinas
1937	Dr. M.R. Bow	1967	Dr. Leonard A. Miller
1938	Dr. P.S. Campbell	1968	Dr. James A. Taylor
1939	Dr. R.E. Wodehouse	1969	Dr. C.B. Stewart

1970	Dr. James B. Morrison	1992	Srta. Fran Perkins
1971	Sra. Geneva Lewis, R.N.	1993	Sr. Merv Ungurain
1972	Dr. Vince L. Matthews	1994	Sr. Merv Ungurain
1973	Dr. Jean M. Fredette	1995	Srta. Nancy Kotani
1974	Dr. Boyd Suttie	1996	Srta. Nancy Kotani
1975	Dr. E.S.O. Smith	1997	Dr. John Hastings
1976	Dr. E.A. Watkinson	1998	Dr. John Hastings
1977	Dr. K.E. Benson	1999	Dr. David Butler-Jones
1978	Dr. K.E. Benson		
1979	Sr. Ralph Ricketts	2000	Dr. David Butler-Jones
		2001	Dr. David Butler-Jones
1980	Sr. Ralph Ricketts	2002	Dra. Christina Mills
1981	Dra. Marie Loyer, Ph.D.	2003	Dra. Christina Mills
1982	Dra. Marie Loyer, Ph.D.	2004	Dra. Christina Mills
1983	Dr. David A. Clarke	2005	Srta. Sheilah Sommer
1984	Dr. David A. Clarke	2006	Srta. Sheilah Sommer
1985	Sra. Karen Mills, R.N.	2007	Sr. Ron de Burger
1986	Sra. Karen Mills, R.N.	2008	Sr. Ron de Burger
1987	Dr. Franklin M.M. White	2009	Dr. Cordell Neudorf
1988	Dr. Franklin M.M. White		
1989	Sra. Sandy McKenzie	2010	Sr. Cordell Neudorf
		2011	Srta. Erica Di Ruggiero
1990	Srta. Sandy McKenzie		
1991	Srta. Fran Perkins		