

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 energicamente 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

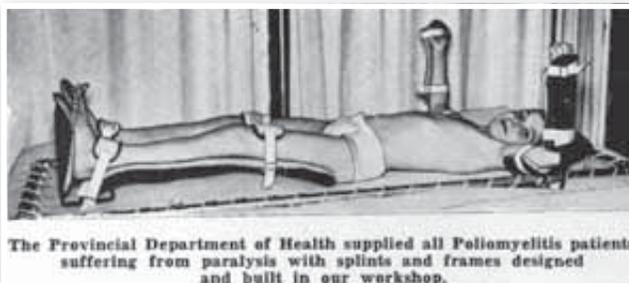
John J. MacRitchie

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