 [versión imprimible de este capítulo](#)

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	5.6
Servicios de salud para los pueblos aborígenes	5.8
La expansión federal y la promesa de posguerra	5.12
Una bendición mixta para la salud pública	5.14
La Organización Mundial de la Salud	5.16



La Segunda Guerra Mundial y la Expansión

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

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



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

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



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 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

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

Suministro de leche
segura



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

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

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 yodo que causaban bocio. La falta de vitamina D en



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, jubilándose con el grado de Comandante de Escuadrón. Después de una formación de pos-grado 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

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

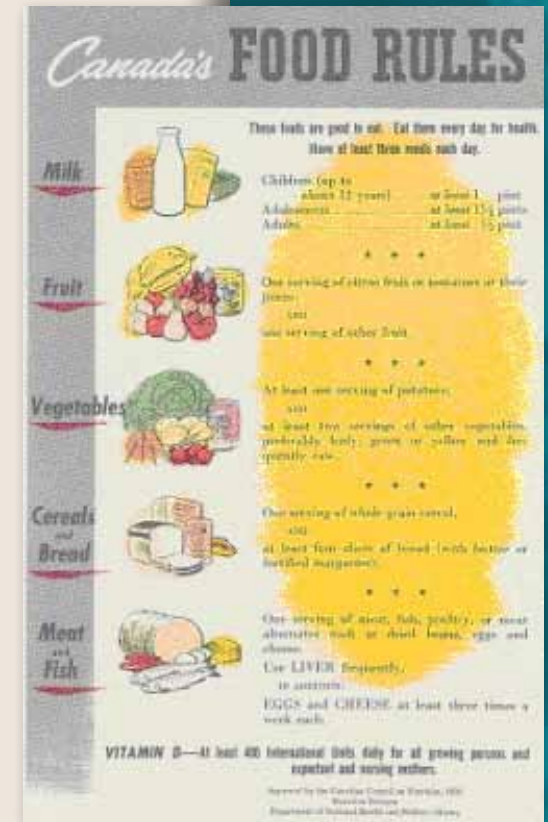
La buena forma física



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 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 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

[haga clic para agrandar la imagen](#)

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



[haga clic para agrandar la imagen](#)

Primera guía alimentaria de Canadá


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 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



Public Health Journal, 15 (junio de 1924)

 [haga clic para agrandar la imagen](#)

Canadian Public Health Journal, 34 (noviembre de 1943)



 [haga clic para agrandar la imagen](#)

“Luche contra estas cifras
Participe en la semana
de sensibilización sobre
la salud laboral, del 15
al 20 de febrero.
Haga de su forma
física una victoria”

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 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



June Lawson

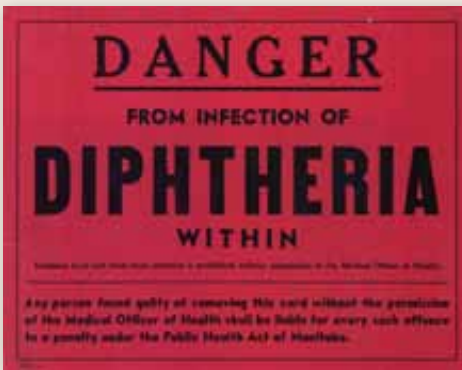
*La primera mujer
Inspectora Sanitaria del
Canadá*

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

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.

Sanofi Pasteur Limited, Connaught Campus, Archives



[haga clic para agrandar la imagen](#)

“Peligro de infección de difteria dentro”

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

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



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

Sancif Pasteur Limited, Connaught Campus, Archivos



[haga clic para
agrandar la imagen](#)

Caso grave de viruela

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



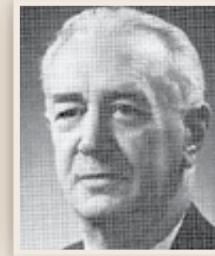
[haga clic para
agrandar la imagen](#)

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

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

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 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



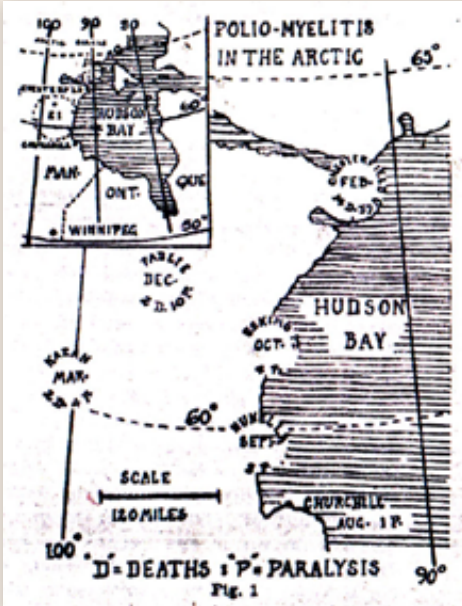
Allan Reid Morton

*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



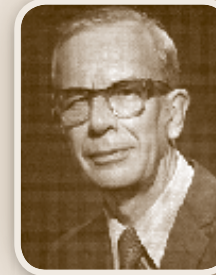
Canadian Medical Association Journal, octubre de 1949

[haga clic para agrandar la imagen](#)

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

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

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 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.



Andrew J. Rhodes

Aplicó la Microscopia 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 microscopia 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


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



Globe and Mail, 12 de febrero de 1946

Aproximadamente al mismo tiempo de la epidemia de polio en el este del Ártico, un brote excepcionalmente virulento de gripe golpeó a la población inuit de 90 personas que vivían en las regiones sur de Victoria Island al norte de los Territorios del Noroeste,

 [haga clic para agrandar la imagen](#)

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



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

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.



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



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



Dr. George Donald
West Cameron

La expansión federal y la promesa de posguerra

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.

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 de ocho años de Martin, Paul Jr., entre muchos otros niños.



Paul Martin Sr.



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

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.

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

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

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

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.

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



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

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

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 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.



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

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.



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