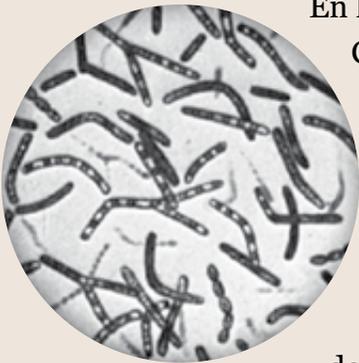


 [versión imprimible de este capítulo](#)

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	2.8
Las inspecciones en las escuelas	2.9
El crecimiento de la educación en salud pública	2.10
Las enfermedades venéreas y la higiene social	2.13
Las estructuras provinciales	2.15
Desafíos constantes	2.16
Las enfermedades venéreas	2.18
La gripe “española”	2.21
La coordinación nacional	2.23



La transformación y la Primera Guerra Mundial



Tubercle bacillus

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

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



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

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 los gastos federales.⁴



Arthur Cass, fotografía. Archivos de la Ciudad de Toronto, RG 8-32-315

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

Patio trasero, 512 Front Street East, agosto de 1914

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

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 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



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

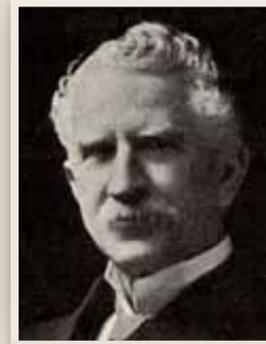
Unidos, cobrándose víctimas por cientos”.⁷ Las autoridades de salud pública reconocieron que la parálisis infantil no era una enfermedad nueva, no obstante, un artículo de la revista *Maclean's* de 1912 se tituló “Parálisis: la nueva epidemia”. Redactado por una autoridad en salud materno-infantil, **Helen 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 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.

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



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

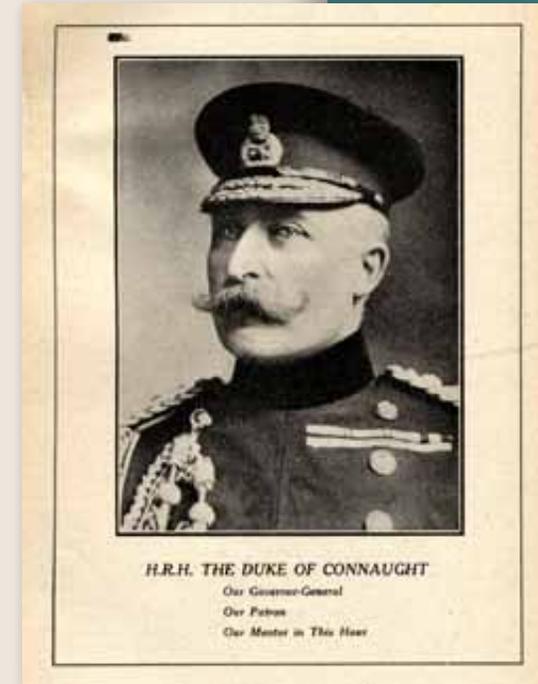
ciudad en Canadá que pasteurizara la leche. Introdujo un sistema de agua potable segura y estableció un sistema de enfermería de salud pública internacionalmente reconocido. El Dr. Hastings fue un destacado pionero en programas de educación para la salud, inspección médica y dental en las escuelas públicas 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]

Canadiense de Salud 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



Public Health Journal, 5 (septiembre de 1914)

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

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 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

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



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 ayudó generosamente con su mantenimiento.

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



La fiebre tifoidea

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

 [haga clic para agrandar la imagen](#)

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 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

“ 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*

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 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 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

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

“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*

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*

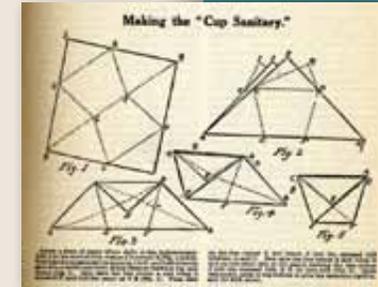
médica en escuelas, la cual estaba a cargo de comités locales de educación. Lina L. Rogers fue convocada desde Nueva York para dirigir la iniciativa de inspección escolar de Toronto en abril de 1910. Este hecho marcó un crecimiento en la demanda y prominencia de las enfermeras de salud pública. Rogers 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

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



Public Health Journal, 2 (julio de 1911)

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

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*

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



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



Newark Evening News, junio de 1916

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

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

sobrevivió, “pero si sus labios no hubieran sido esterilizados con sumo cuidado, podría haber sido víctima de una de varias 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 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



Public Health Journal (enero de 1916)

 [haga clic para agrandar la imagen](#)

Carrito itinerante y seguridad alimentaria

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

Sanofi Pasteur Limited, Comaught Campus, Archives



THESE BOYS ARE BLIND
because their mothers had gonorrhoea, in most cases contracted from the father.

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

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

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



Public Health Journal, 4 (octubre de 1913)

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

Exposición

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 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 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, 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

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*

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

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*.



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

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 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



Public Health Journal, 6 (julio de 1915)

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

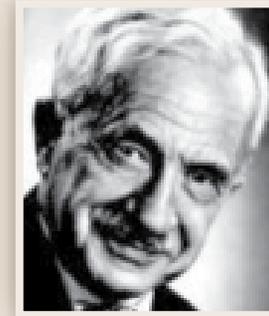
*Well Baby Clinic,
St. Christopher House,
1915*

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 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



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

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” 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

Sanofi Pasteur Limited, Comaught Campus, Archives

“Sexual intercourse is not necessary to preserve health and manly vigor. The natural sexual impulse can be kept under control by avoiding associations, conversations and thoughts of a lewd character.”

Manual of Military Training (Moss)
Section 1466, page 522

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



Public Health Journal, 8 (noviembre de 1911)

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.

 [haga clic para agrandar la imagen](#)

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 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

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 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 aborígena 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



Public Health Journal, 2 (junio de 1911)

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

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 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.

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

Colegio victoriano de enfermeras,
Halifax, 1917



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 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

Sanofi Pasteur Limited, Connaught Campus, Archivos



**Somewhere the girl who
may become your wife
is keeping clean for YOU.
YOU EXPECT HER TO REMAIN PURE
Will you take to her a
life equally clean?**

“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?”

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.