

 [versión imprimible de este capítulo](#)

La transformación social y los servicios de salud	7.1
La ACSP cumple cincuenta años	7.2
Los hospitales y el futuro de la salud pública	7.2
Las cuestiones de salud pública que no se abordaron	7.4
El desarrollo de herramientas de salud pública	7.5
Los desafíos persistentes: polio, tuberculosis y enfermedades venéreas	7.6
El medio ambiente y el DDT	7.9
La talidomida y la seguridad de los medicamentos	7.9
Fluoruro	7.11
Tabaco	7.13
El control de la natalidad y el rol del Estado	7.14
Un informe final sobre los servicios de salud	7.15
Los desafíos de la salud pública	7.17



La transformación social y los servicios de salud

La década de 1960 fue un período de cambios sociales vertiginosos en Canadá, especialmente en Quebec, donde culminaron 16 años de gobierno conservador y la provincia lanzó su “Revolución Tranquila”, caracterizada por reformas económicas y sociales ambiciosas que afectaron a cada nivel de la sociedad. Los roles gubernamentales tradicionales también cambiaron radicalmente y los canadienses gozaron de un mayor acceso a la atención médica con la introducción del seguro médico público. Asimismo, la mayor esperanza de vida hizo que se centrara mayor atención en los desafíos que imponían las enfermedades crónicas. El tabaco, el alcohol y el uso de drogas se volvieron temas críticos y aumentó la incidencia de infecciones de transmisión sexual. La población tomó mayor conciencia de los posibles impactos negativos de los productos químicos sintéticos, los medicamentos recetados y los avances tecnológicos, mientras que el interés sobre el efecto del procesamiento de los alimentos sobre la nutrición incitaron estudios de investigación y demandas de mejores estrategias educativas. Sin embargo, en términos generales, la salud pública parecía “darse por sentada” y se observaba una cierta renuencia a los mensajes oficiales sobre vacunación, tabaco, fluoración del agua y seguridad de los automóviles.



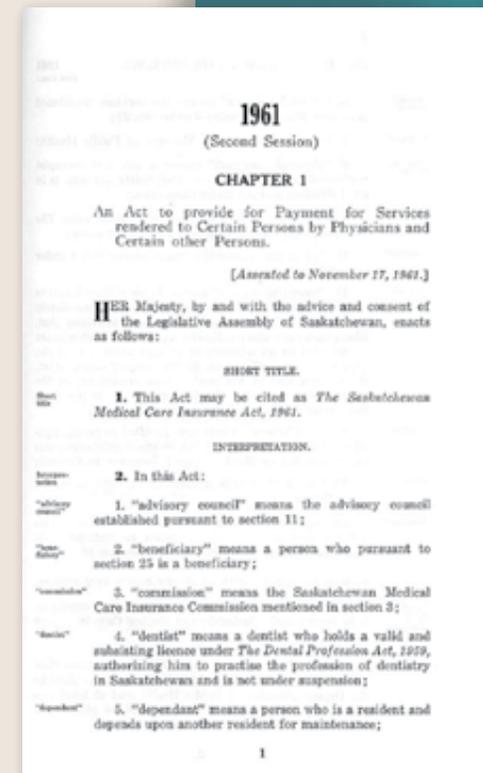
La ACSP cumple cincuenta años

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

El campo de la salud pública luchaba por redefinirse a medida que el grueso de los gastos gubernamentales de salud se dedicaba a un sistema nacional de asistencia médica hospitalaria. En un número de marzo de 1960 del *Canadian Journal of Public Health*, el Dr. Jules Gilbert, presidente de la ACSP, acentuó la necesidad de trabajar más en educación sobre salud pública, capacitación profesional, investigación y prestación de servicios preventivos. En el mismo número de esta publicación, el Dr. K.C. Charron, director de servicios de salud del Departamento de Salud y Bienestar Nacional, definió cinco prioridades clave para la salud pública: administración y organización; salud mental; rehabilitación médica y control de enfermedades crónicas; y servicios de salud de radiación diagnóstica y urgencias.¹

Los hospitales y el futuro de la salud pública

Un editorial de marzo de 1960 del *Canadian Journal of Public Health* notó la necesidad “casi imperiosa” de contar con más camas de hospital y más enfermeras. El gobierno federal y los gobiernos provinciales continuaron ampliando las infraestructuras hospitalarias



mientras se desarrollaban los planes públicos de seguros médicos. La creación del sistema de seguro médico público de Canadá comenzó en Saskatchewan en 1960 con la reelección del gobierno del Partido Neodemócrata de **Tommy Douglas** (CCF). El miedo a que el gobierno interfiera con las libertades profesionales y tenga objeciones sobre la naturaleza obligatoria del plan llevó a una huelga provincial de médicos en el verano de 1962. Sin embargo, cuando la provincia consintió en quitar o cambiar algunas secciones de la legislación que el Colegio de Médicos y Cirujanos de Saskatchewan veía como “peligrosas para las libertades profesionales”, la huelga de los médicos terminó.²

En Colombia Británica, Alberta y Ontario, se habían introducido planes voluntarios de seguros médicos y, en 1961, el gobierno federal lanzó una Comisión Real dirigida por el Presidente de la Corte Suprema de Saskatchewan Emmett Hall “para investigar e informar sobre las instalaciones existentes y la necesidad futura de servicios de salud para las personas de Canadá, así como sobre los recursos para proporcionar tales servicios, y recomendar tales medidas de manera coherente con la división constitucional de poderes legislativos de Canadá”.³

La Asociación Canadiense de Salud Pública instó a la Comisión a enfocarse en cuestiones de calidad y disponibilidad y en el uso y la coordinación eficaces de los servicios de salud. En un informe de 1962, la ACSP recomendó que “Canadá debería adoptar una filosofía más positiva con respecto a la salud” y mencionó que “los servicios orientados a la prevención y a la salud pública necesitan mucho



Thomas Clement Douglas

Padre del sistema de atención de salud de Canadá – Medicare

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

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



[haga clic para
agrandar la imagen](#)

más apoyo”. Entre las recomendaciones de la Asociación figuraban: la planificación y la evaluación a largo plazo, el control de las enfermedades crónicas, las instalaciones integrales de rehabilitación, un enfoque más progresivo e integrado de los servicios de salud mental y un mayor apoyo a la investigación y a la capacitación en salud pública.⁴

Las cuestiones de salud pública que no se abordaron

Cuando en 1964 se presentó el informe preliminar de la Comisión, se vio con buenos ojos el énfasis puesto en “un enfoque planificado y coordinado del desarrollo y el mantenimiento de los servicios de salud a escala nacional”, pero el sector quedó decepcionado por la

falta de atención a las cuestiones de salud pública. La sugerencia de “cambios radicales” en el programa de subvenciones nacionales de salud también resultó desconcertante y la Comisión aparentemente no apreció la importancia histórica de las subvenciones para establecer y ampliar los servicios provinciales de salud pública. “Es la opinión [de la ACSP] que sería desafortunado concluir, a partir las recomendaciones de la Comisión Real, que estas necesidades se han cubierto ampliamente”.⁵

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

de 4.600 canadienses murieron en accidentes automovilísticos y la atención pública y el interés en la seguridad vehicular se intensificaron después de que el defensor estadounidense del consumidor Ralph Nader publicara “*Unsafe at Any Speed*” (“Peligroso a cualquier velocidad”) en 1965, obra que documentaba la reticencia de los fabricantes de automóviles a tratar las cuestiones de seguridad de los ocupantes.⁶

El desarrollo de herramientas de salud pública

Entre las necesidades de salud pública que todavía estaban pendientes en los años 60 se hallaba el mejoramiento de los métodos y las herramientas de investigación. En 1962, la ACSP designó un comité de investigación para mejorar la capacitación de los investigadores y trabajadores de la salud en el campo de los métodos de investigación. Ya se había reconocido previamente la necesidad de contar con información sobre el estado de los servicios de salud de los pueblos aborígenes. La recopilación de esta información se vio obstaculizada por la decisión que tomó la rama federal de servicios médicos en 1962 de que se incluyeran los servicios de salud aborígen dentro de los de los empleados públicos, el personal de aviación civil, los inmigrantes, los marineros y las personas que debían ponerse en cuarentena. Había una buena documentación de las tasas de lesiones y enfermedades de los aborígenes reconocidos como indígenas, pero poco se sabía sobre el estado de salud de quienes vivían fuera de las reservas o de otros pueblos aborígenes.⁷

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



Hester Kernen

El Desarrollo Inspirado de la Salud Comunitaria

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

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

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

Los desafíos persistentes: polio, tuberculosis y enfermedades venéreas

Las tasas desiguales de inmunización contra la polio, sobre todo en los adultos, continuaban frustrando a las autoridades de salud pública. En 1961, una encuesta realizada en Victoria, Colombia Británica, reveló que sólo el 31% de todos los adultos había sido vacunado y, ante la consulta, la mayoría de ellos respondía que creía que “la polio es una enfermedad que afecta a los niños y que la vacuna sólo está disponible para los menores de 40 años”. Además de estar mal informada sobre la enfermedad, parecía que la población había perdido el temor a la polio.²



[haga clic para
agrandar la imagen](#)

La tuberculosis, empero, resultaría mucho más persistente que la polio en Canadá. En 1965, hubo un aumento del 5,6% en casos recientemente activos y del 11,4% en la cantidad de casos nuevos notificados en niños



Jean C. Leask

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

Jean C. Leask nació en Moose Jaw, Saskatchewan en 1912 y recibió un Bachelor of Arts en la Universidad de Toronto antes

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

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

Una nueva vacuna contra la polio

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



Sanofi Pasteur Limited, Connaught Campus, Archivos

“Acabemos con la polio en 1963”

de menos de 10 años. La alta tasa de infección por tuberculosis entre la población aborigen había dejado “el grueso de la población indígena con reservorios de enfermedad quietos o inactivos listos para hacer eclosión ante el primer signo de disminución de la resistencia”. El tratamiento de la tuberculosis en sanatorios se había ampliado finalmente para incluir a los pueblos aborígenes, pero esto solía terminar en tragedias familiares, sobre todo en el norte. La Expedición del Este del Ártico, creada por el director de los Servicios de Salud de los Indígenas y de las Poblaciones del Norte, Dr. Percy Moore, usó los rompehielos *HMS Nascopie* y *C.D. Howe* para llevar a los Inuits a los sanatorios del sur para que recibieran tratamiento contra la tuberculosis, y muchos nunca volvieron a ver a sus familias. La duración media del tratamiento que recibían los inuits en los sanatorios era de dos años y medio y, cuando los pacientes fallecían, a menudo se los enterraba sin avisar a sus familiares. Hacia fines de

la década, la incidencia de las cepas resistentes a fármacos había aumentado considerablemente y las estrategias de salud pública comenzaron a concentrarse en las mejoras en la supervisión del tratamiento de los casos de tuberculosis.¹⁰

Un aumento sorprendente de los casos informados de sífilis y gonorrea precedió al uso masivo de la píldora anticonceptiva en Canadá. Esto se debió posiblemente a la falta de familiaridad con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los contactos por parte de los médicos menos experimentados. La frecuencia cada vez mayor de enfermedades venéreas entre adolescentes y niños de menos de 13 años se atribuyó a las “nuevas morales normales y a la mayor independencia y libertad no supervisada que los jóvenes tienen hoy”. El Departamento de Salud promovió sus servicios gratuitos de tratamiento de enfermedades venéreas y proveyó a pedido películas actualizadas a escuelas secundarias y grupos comunitarios. Asimismo, un boletín informativo del *Canadian Journal of Public Health* de 1965 informó que “está tomando forma un esfuerzo educativo renovado”.¹¹

En 1964, un comité de la *British Medical Association* que investigaba el impacto de las enfermedades venéreas en los jóvenes advirtió a la comunidad de salud pública sobre la necesidad de comprender mejor los factores sociales involucrados en estas enfermedades. Un editorial del *British Medical Journal* comentó que “se ha dicho que la impaciencia del joven para con las generaciones mayores tiene una arista más aguda que antes, ya que las creencias y las responsabilidades sociales del pasado son reemplazadas por una autoindulgencia cínica y pugnaz, caracterizada por una desconfianza tanto ante la religión como frente a la ciencia”. Un artículo del *Canadian Journal of Public Health* mencionaba que, “sabemos mucho sobre las enfermedades venéreas como enfermedades de declaración obligatoria, pero para erradicarlas o controlarlas, debemos saber mucho más sobre nosotros mismos y aplicar este conocimiento. Éste es el desafío de la educación sobre enfermedades venéreas, y la juventud necesita imperiosamente nuestra respuesta.”¹²



Carol Buck

Una epidemióloga que se adelantó a su época

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

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

El medio ambiente y el DDT

Las preocupaciones en torno al medio ambiente salieron a la luz cuando la bióloga marina Rachel Carson publicó *Silent Spring* (*Primavera silenciosa*) en 1962, donde documentaba el daño provocado por el uso indiscriminado y desinformado de los pesticidas químicos, sobre todo el DDT. Este pesticida, que hoy se sabe que causa cáncer, se acumula en el tejido adiposo en cantidades cada vez más concentradas a lo largo de la cadena alimentaria. También se cree que el DDT provoca dolencias neurológicas, respiratorias y cardiovasculares en el hombre y puede permanecer en el suelo durante más de 30 años. Se atribuye a *Silent Spring* el impulso inicial del movimiento medioambiental y del llamado de atención sobre los riesgos que la ciencia y la tecnología suponen para la salud pública. Los científicos comenzaron a examinar la manera de reducir el uso de pesticidas y su impacto sobre la salud y el medio ambiente.¹³



La talidomida y la seguridad de los medicamentos

Las implicaciones imprevistas de los avances científicos y tecnológicos pasaron a primer plano con la catástrofe de la talidomida en Canadá. Desarrollado en Alemania Occidental en la década de 1950, este fármaco se había

Los cambios culturales

Otro cambio profundo desde la década de 1950 ha sido el flujo estable de inmigrantes hacia Canadá, por lo general de más de 100.000 personas por año. Algunos han venido de países europeos y otros tantos del sur y sudeste de Asia y China, Filipinas, América del Sur y Central, del norte de África y del Caribe. Muchos de estos inmigrantes han estado aquí un tiempo suficiente como para criar a hijos que ya son adultos. Algunos datos de censos recientemente disponibles sugieren que estos adultos jóvenes forman principalmente uniones matrimoniales dentro de su propia subcultura étnica, pero otros tantos se casan con personas de otras culturas, lo que sugiere que, si bien el mosaico cultural canadiense permanece considerablemente intacto, con el tiempo pueden surgir algunos rasgos de un crisol sociodemográfico. Este flujo de inmigrantes ha hecho de Canadá una de las naciones más multiculturales de la tierra. También hace de Canadá una nación estimulante en la cual es posible proporcionar servicios de salud pública eficaces y eficientes basados en la comunidad para satisfacer todas las necesidades, de las cuales las más importantes tal vez sean la salud reproductiva de la mujer y, cada vez más, el cuidado de las personas mayores dependientes. En épocas anteriores y en sus países de origen, pocos individuos llegaban a alcanzar una vejez dependiente, mientras que en el opulento Canadá de hoy, muchos sí lo logran, pero las exigencias de la movilidad ocupacional moderna suelen hacer difícil que los miembros jóvenes de la familia puedan cuidar de sus mayores dependientes, y habitualmente no existe una red familiar ampliada a la que se pueda recurrir. La tarea de proporcionar servicios de salud pública eficaces y eficientes para la compleja población multicultural del Canadá de la década de 2010 y posteriores es una tarea por lo menos tan difícil y desafiante como la de proporcionar servicios educativos eficaces y eficientes.

—John Last

usado ampliamente en ese país desde 1957 para tratar diversas dolencias, entre ellas la prevención de las náuseas matinales en las mujeres embarazadas. Su uso con receta médica se aprobó en Canadá el 1 de abril de 1961, y se consideró una alternativa segura a otros sedantes como los barbitúricos, así como combinada con medicamentos de venta libre para el tratamiento de resfríos, gripes, dolores de cabeza, neuralgias y asma. Su uso fue tan amplio que se hizo difícil identificar a la talidomida como la causa de las graves deformidades en bebés recién nacidos que presentaban extrañas anomalías en brazos, piernas, manos y pies. Tras acumularse informes de sus efectos secundarios, el fabricante alemán retiró el medicamento en noviembre de 1961, y los productores británicos y suecos siguieron el ejemplo poco tiempo después. Los estudios publicados a principios de 1962 convencieron finalmente al gobierno canadiense de retirar la talidomida del mercado el 2 de marzo de 1962. El Ministro de Salud y Bienestar pidió al Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá que estableciera un comité especial para realizar una revisión objetiva “de los procedimientos relacionados con el lanzamiento de nuevos medicamentos y hacer las recomendaciones que considere apropiadas a favor del interés público”. Unos 115 niños nacieron en Canadá entre 1961 y 1962 con malformaciones congénitas asociadas al uso materno de talidomida durante la primera parte del embarazo.¹⁴

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

Fluoruro

Eran comunes en los años 60 los plebiscitos y debates locales en materia de fluoración. El Dr. F.H. Compton, director de servicios de salud dental de Toronto, describía la fluoración como “una cuestión de alcance nacional que inquieta periódicamente a los canadienses de costa a costa como ningún otro hecho puntual en la historia de la salud pública”. La fluoración contaba con el amplio apoyo de expertos en salud pública, quienes opinaban que ésta reducía de manera segura y eficaz la caries dentaria en los niños, pero “para otros, no representa más que una intrusión escasamente disimulada en las preciadas libertades civiles preservadas por la constitución y la tradición”. La población solía ser fácilmente influenciable por estas voces que se imponían al consejo de los dentistas locales y los líderes en salud pública. Hubo quienes se oponían a la fluoración de los suministros de agua pública con fundamentos morales y religiosos, mientras los líderes de salud pública recordaban las oposiciones pasadas a iniciativas de salud públicas tales como la cloración, la pasteurización y la inmunización.¹⁶

Norton Whittaker

Inspector de Salud que Desarrolló Soluciones Creativas para la Comunidad

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

—Klaus Seeger

Cambios sociales y biológicos

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

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

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

—*John Last*

Tabaco

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

Tanto la ACSP como la Asociación Médica Canadiense lanzaron campañas antitabaco para educar a la población y a los profesionales de la salud sobre los peligros de fumar. En 1962, un médico redactó que “finalmente uno puede advertir el cambio inevitable en la reacción del profesional y del hombre de la calle en cuanto a la controversia del cigarrillo, gracias a las opiniones en contra del tabaco que alcanzaron rápidamente un pico la primavera pasada”.¹⁸ En la primera conferencia canadiense sobre tabaquismo y salud de 1963, el Ministro de Salud y Bienestar Nacional asignó un presupuesto quinquenal de 600.000 dólares para educación e investigación sobre el tema. En enero de 1964, el Director del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos anunció que el tabaquismo causaba cáncer de pulmón y, en 1966, los fabricantes de tabaco aceptaron un código de publicidad para Canadá mientras que en Estados

William Harding Le Riche

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

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

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

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

Las medidas dirigidas a los anunciantes de tabaco constituían una nueva estrategia de salud pública que se adoptó en la década de 1960 en el marco de nuevas tácticas para promover la salud y prevenir la enfermedad. En 1967 y 1968, se presentaron en la Cámara de los Comunes algunos proyectos de miembros privados relacionados con la publicidad, el etiquetado y el contenido de nicotina y alquitrán en los cigarrillos. El Comité Permanente de Salud, Bienestar y Asuntos Sociales celebró audiencias, pero la Asociación Canadiense de Salud Pública no estuvo entre las organizaciones que se presentaron. Un editorial de 1969 del *Canadian Journal of Public Health* mencionó que, después de la Conferencia de 1963 sobre Salud y Tabaquismo que tuvo lugar en Ottawa, la ASCP había dejado la cuestión en manos de otros grupos y agencias.²⁰

El control de la natalidad y el rol del Estado

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

E.S.O. Smith

Años de Servicio a favor de la Salud Pública en Alberta

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

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

Mientras tanto, se establecieron clínicas de planificación familiar en varias comunidades a través de las organizaciones conocidas como *Planned Parenthood* (limitación voluntaria de nacimientos), unidades locales de salud o en cooperación con hospitales. Como estas clínicas se establecieron para “promover el bien público”, pudieron eludir el *Código Penal* y, hacia fines de la década de 1960, parecía haber poco interés en hacer cumplir la letra de la ley que restringía la información sobre el control de la natalidad.²²

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

Un informe final sobre los servicios de salud

Finalmente, el *Report of the Royal Commission on Health Services* (Informe de la Comisión Real sobre Servicios de Salud) de 1966 recomendó un plan nacional de seguros de salud, pero la falta de atención a la prevención de las enfermedades y las lesiones decepcionó al sector de la salud pública. El **Dr. John E.F. Hastings**, de la Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto, describió omisiones del informe tales como los aspectos sociales y/o ambientales de la salud, los problemas relacionados con



Ann Harling

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

La Sra. Ann Harling dedicó su carrera profesional a la atención de salud de los habitantes de

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

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

el envejecimiento, los medicamentos no recetados y el mantenimiento de los ingresos durante los períodos de enfermedad. El informe prestó poca atención a la importancia de la medicina preventiva, la promoción de la salud y los programas comunitarios de salud. Hastings mencionó que el informe había pasado por alto la necesidad de reorientar la promoción y la prevención de la salud como elementos centrales de la educación médica, manteniendo un concepto anticuado de la salud pública, restringido a las áreas del control de las enfermedades de declaración obligatoria y al saneamiento ambiental y facilitando la atención médica en áreas periféricas.²³

Había escaso reconocimiento de los programas universales largamente utilizados sobre enfermería de salud pública, salud materno-infantil y salud escolar, así como del trabajo realizado por los departamentos de salud en pos de la educación, la identificación y el seguimiento de los casos de tuberculosis, enfermedades venéreas y trastornos mentales. Esencialmente, para Hastings, la Comisión no consideraba que los departamentos de salud pública tuvieran “un rol particularmente activo que desempeñar en el desarrollo futuro de nuestros servicios de salud”. El interés en otras cuestiones médicas, la falta de tiempo o “la reluctancia de algunos profesionales y de otros organismos a participar en algo más que las actividades tradicionales de salud pública relacionadas con el control ambiental y las enfermedades de declaración obligatoria” fueron factores probables para el virtual eclipse de la salud pública en el informe. Hastings añadió que el sector debía asumir buena parte de la responsabilidad por su escasa exposición en el informe, porque muchos aparentemente “no querían afectar intereses creados”. “Hemos olvidado nuestros orígenes y a nuestros antecesores”, que fueron “personas luchadoras, dedicadas y militantes que supieron ver los problemas de salud de la comunidad que había que resolver. Contra viento y marea, ellos estaban decididos a resolver estos problemas o morir en el intento”.²⁴



Jean E.C. Lewis

Instrumental la Enfermería de la Salud Pública en Terranova y Canadá

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

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

Los desafíos de la salud pública

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

Según el *Canadian Journal of Public Health*, en la reunión anual de 1967, “los miembros de la ACSP se adhirieron unánimemente a la visión de que la Asociación, de la manera en que está constituida actualmente, es probable que deje de ser una organización eficaz y relevante en el próximo siglo. La Asociación necesita un remedio en grandes dosis y el Consejo ha mostrado perseverancia en su recomendación a la reunión anual de trabajo de que se designe una comisión para analizar el objetivo y la estructura de la misma teniendo en mente su futuro”. Durante la década previa, se habían suscitado una y otra vez interrogantes sobre el futuro de la ACSP y el informe preliminar de la Comisión volvió a identificar ese año la necesidad de un Director Ejecutivo profesional de jornada completa. Las nuevas y significativas subvenciones plurianuales de la Fundación W.K. Kellogg y de la *Canadian Life Insurance Association* agilizaron la designación de un nuevo Director Ejecutivo, C.D. Noble, en 1969.²⁶

La reconstrucción de la Asociación Canadiense de Salud Pública tomaría varios años, ya que menos de un tercio de los empleados de jornada completa dedicados a actividades de salud pública eran miembros de la ACSP. Además, las “lastimosamente



Robert Davies Defries

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

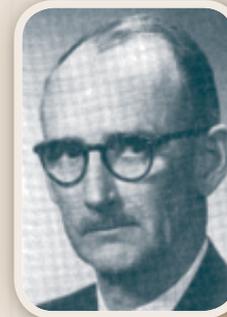
El Dr. Robert Davies Defries se desempeñó como Editor de la

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

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

pequeñas” cuotas de membresía eran inadecuadas para sustentar a la Asociación y el *Journal*, y la ACSP no quería depender del financiamiento federal si pretendía ser un asesor imparcial de la salud pública canadiense.

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



George Donald West Cameron

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

El Dr. George Donald West Cameron luchó en Francia en la Primera

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

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

Defries Award, el mayor honor de la ACSP

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

