

 [versión imprimible de este capítulo](#)

Una nueva perspectiva sobre la salud pública	8.1
Las preocupaciones ambientales	8.3
La seguridad de los vehículos motorizados	8.4
La actividad física	8.5
Las personas con discapacidades	8.7
Las enfermedades crónicas	8.8
Una postura más firme	8.8
El informe de Lalonde	8.10
La ampliación de los intereses	8.12
Tabaco	8.14
Las enfermedades infecciosas	8.17
Una nueva cepa de gripe porcina	8.19
Las infecciones de transmisión sexual (ITS)	8.20
Cuestiones mundiales	8.22
La atención primaria de la salud — Salud para Todos en el Año 2000	8.25
La nueva salud pública	8.25
La promoción de la salud: el Informe de Epp y la Carta de Ottawa	8.26



Una nueva perspectiva sobre la salud pública

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

A principios de la década de 1970, los gobiernos federales y provinciales todavía analizaban las 348 recomendaciones emitidas durante dos años por el Grupo Nacional de Trabajo sobre el Costo de los Servicios de Salud (*National Task Force on the Cost of Health Services*), establecido en 1968 por el ministro federal y los ministros provinciales de salud para realizar consultas a los departamentos de salud, al sector académico y a agencias no



Jean Rochon

Padre de la Salud Comunitaria en Quebec

Graduado de la Universidad de Montreal, Universidad Laval y la Universidad Harvard en derecho, medicina y salud

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

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

gubernamentales, incluida la ACSP. Este grupo de trabajo sugirió varios modos de controlar los costos de asistencia médica a medida que los gastos gubernamentales se proyectaban a 6.200 millones de dólares en 1972 a partir de los 1.700 millones de dólares de 1957. El entonces Departamento de Salud y Bienestar Nacional (hoy Ministerio de Salud de Canadá) encargó

un estudio sobre centros de salud comunitaria al **Dr. John Hastings**, experto en administración de la salud de la Universidad de Toronto, quien recomendó contar con centros de salud comunitaria “accesibles y bien administrados” para aumentar la eficiencia de la prestación de los recursos, aunque sólo Quebec actuaría en pos de la integración de la prestación de servicios sociales y de salud. Entre 1973 y 1976 se desarrolló un sistema provincial de CLSC (centros locales de servicios comunitarios) que ponía énfasis en los servicios de salud comunitaria, pero la oposición a este movimiento por parte de la profesión médica disuadió a otras provincias de adoptar este enfoque.²



John E.F. Hastings

Un Impacto Profundo en el Desarrollo de Servicios de Salud Comunitarios

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

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



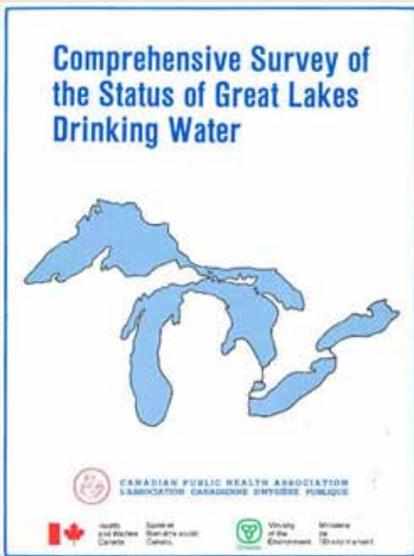
[haga clic para agrandar la imagen](#)

Cigarrillos: una trampa peligrosa

A mediados de la década de 1970, el Primer Ministro Pierre Trudeau inició controles de salarios y de precios, mientras el aumento del precio del petróleo aminoraba las economías de todo el mundo y persistían la inflación y el desempleo. En 1977 se aprobaron cambios en la Ley federal y provincial sobre arreglos fiscales y financiación de programas establecidos (*Federal-Provincial Fiscal Arrangements*

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

Las preocupaciones ambientales



CPHA Health Digest, 1984

[haga clic para agrandar la imagen](#)

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

Los miembros de la ACSP demandaron un esfuerzo unificado para establecer “normas realistas de control ambiental” con reglamentaciones ejecutables, programas de investigación ambiental más exhaustivos y una mejor información a la población sobre las

reglamentaciones gubernamentales en materia ambiental. El *Canadian Journal of Public Health* amplió su cobertura sobre cuestiones ambientales tales como la contaminación por plomo y amianto y los residuos de DDT y otros pesticidas, así como sobre las evaluaciones federales del riesgo para la salud ambiental. La ACSP también co-patrocinó la Primera Conferencia Nacional sobre Calidad de Aguas Recreativas y Salud Humana de 1983 junto con la Rama de Protección de la Salud del entonces Departamento de Salud y Bienestar Nacional y, posteriormente, realizó un estudio completo sobre el estado del agua potable de los Grandes Lagos para el gobierno federal.⁴

La seguridad de los vehículos motorizados

Además de normalizar el control de las emisiones, los gobiernos empezaron a reglamentar mejoras en la seguridad de los automóviles. La *Ley sobre la seguridad de los vehículos motorizados* de 1971, inspirada en una ley estadounidense similar, fue la primera legislación canadiense concebida para reducir las lesiones y muertes en las carreteras. A principios de la década de 1970, el Ministerio de Transportes de Canadá exigió la colocación de cinturones de seguridad en todos los automóviles nuevos. Esta medida acompañó a otras normas de seguridad en América del Norte que cambiaron considerablemente el diseño de los vehículos, con resultados notables. En esta década, más de 6.000 canadienses morían por año en accidentes automovilísticos, una tasa que se ha reducido en casi un 50% desde entonces, aunque hoy haya más conductores y automóviles en las rutas. En 1976, Ontario se convirtió en la primera provincia canadiense que hizo obligatorio el uso del cinturón de seguridad y las otras provincias y territorios siguieron el ejemplo. Las campañas de educación pública que promovían el uso del cinturón también fueron un componente significativo de lo que se ha dado en llamar



Monique Bégin

Introdujo la Ley de Salud de Canadá

La Hon. Monique Bégin nació en Roma, Italia en 1936. Muy temprano en su carrera se

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

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

“marketing social”. También se popularizaron en las décadas de 1970 y 1980 las campañas en contra de la conducción en estado de ebriedad. Se otorgó a la policía la autoridad para exigir, al borde de las carreteras, una muestra de aliento tomada a través de un dispositivo de detección, cuando se tuvieran sospechas de que el conductor estaba bajo los efectos del alcohol, y se empezaron a formar grupos provinciales en contra de la conducción alcoholizada en la década de 1980.⁵

La actividad física

La promoción de la salud a través de la actividad física fue una historia exitosa de marketing social en Canadá a lo largo de este período. Históricamente, el interés del gobierno en promover la buena forma física obedecía a intereses militares. En 1909, el gobierno federal suministró fondos a las provincias a través del Fondo Fiduciario de Strathcona para incorporar programas de actividad física en las currículas de formación de los cadetes de las escuelas, mientras que la *Ley nacional sobre la aptitud física de 1943* se promulgó en respuesta al mal estado de salud de los reclutas militares y proporcionó subvenciones a las provincias para apoyar iniciativas locales de educación para la salud. El primer indicador del mayor interés gubernamental en el bienestar físico fue la *Ley sobre la condición física y los deportes amateur*, promulgada en 1961 después de que el Príncipe Philip, durante una visita desde Gran Bretaña en 1959, reprochara a los canadienses por su estilo de vida sedentario en un discurso dirigido a la Asociación Médica Canadiense.⁶

El programa ParticipACTION se estableció en 1971 para promover en los canadienses una vida activa. Este pionero del marketing social, que no tenía fines de lucro, se lanzó gracias a una inversión inicial federal.



Russ Kisby

Promoción de la Salud a través de ParticipACTION

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

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

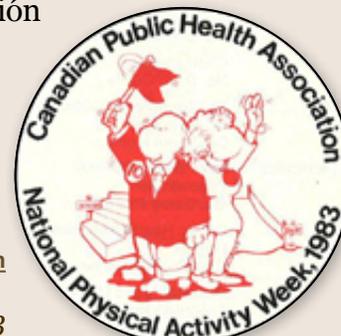


Haciendo énfasis en la participación comunitaria y en la diversión, se emprendió una gran exposición mediática que permitió que diversos socios corporativos igualaran o superaran las contribuciones gubernamentales. El gobierno federal seguiría financiando ParticipACTION durante los 29 años siguientes,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

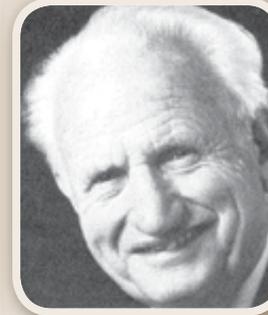
En 1972, se realizó una conferencia nacional sobre aptitud física y salud y, en 1976, la ACSP presentó y distribuyó a nivel nacional un *Fit-Kit* acompañado de un *Canadian Home Fitness Test* (cuestionario autoadministrado en el hogar sobre la aptitud física de los canadienses). El *Canadian Journal of Public Health* publicó resultados de un número cada vez mayor de investigaciones sobre los beneficios de la actividad física y de los programas de aptitud física en el lugar de trabajo, como parte de una iniciativa de salud pública más amplia de protección de la salud ocupacional. La Encuesta Nacional de Nutrición (*National Nutrition Survey*) realizada entre 1970 y 1972 también identificó al sedentarismo como una amenaza para la salud de los canadienses. La encuesta, que examinó la prevalencia de enfermedades nutricionales y de patrones de consumo de alimentos, reflejó una evolución en la recopilación de información de salud en Canadá al utilizar encuestas telefónicas para reunir datos sobre el uso de servicios médicos, el estado de salud y una amplia variedad de determinantes de la salud.

 [haga clic para agrandar la imagen](#)

Semana nacional de la actividad física, 1983



CPHA Health Digest, 1983



Cortlandt J.G. Mackenzie

Experto en Medicina Comunitaria y Contaminación Ambiental

El Dr. Cortlandt John Gordon Mackenzie fue uno

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

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

La Encuesta de Salud de Canadá de 1978-79 recogió datos sobre hábitos de vida y actividad física y, aunque los recortes presupuestarios impidieron que la encuesta durara más de un año, ésta influyó en muchas de las que le siguieron. En 1981, la ACSP participó de la *Canada Fitness Survey* (encuesta que analizó los hábitos de recreación física, la aptitud física y el estado de salud de los canadienses) y estableció una Secretaría de Aptitud Física (*Fitness Secretariat*) patrocinada por *Fitness Canada*.

Las personas con discapacidades

El interés de Canadá en la aptitud física iba acompañado de un nuevo enfoque en los desafíos que afrontaban los discapacitados. En 1981, un Comité Parlamentario Especial sobre Personas con Discapacidad publicó un informe que recomendaba al gobierno federal indicar a la Dirección General de Estadísticas de Canadá que desarrollara una estrategia a largo plazo para recopilar información sobre los discapacitados en Canadá. Como resultado, se realizó en 1983-84 una Encuesta Canadiense sobre Salud y Discapacidades con el fin de determinar la naturaleza, la causa y el impacto de las discapacidades de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a 1981 como Año Internacional del Discapacitado después de que el joven de 21 años Terry Fox lanzara en 1980 su “Maratón de la Esperanza” por todo Canadá en apoyo a la investigación sobre el cáncer, luego de haber perdido una pierna a causa de la enfermedad. Las designaciones y las consignas internacionales marcaron este período y jugaron “un rol esencial en el modelado de actitudes, definiendo las prioridades del gobierno y proporcionando los marcos esenciales para que los individuos puedan canalizar sus recursos”.⁸

Elizabeth MacKinnon Lambie

Líder Nacional en Nutrición

La señora Elizabeth MacKinnon Lambie fue líder nacional en nutrición para la salud pública, que ha influido significativamente la política y la programación de salud pública en Canadá. A lo largo de su carrera profesional como trabajadora de salud pública y educadora de nutrición, se dice que fue ejemplar su compromiso con la nutrición y la salud pública. Llegó a ser la primera nutrióloga de salud pública para el Departamento de Salud y Bienestar en Halifax y trabajó para la Provincia de Nueva Escocia como nutriólogo de salud pública además de enseñar nutrición en la Facultad de Medicina y en la Facultad de Enfermería en la Universidad de Dalhousie. Enseñó cursos de nutrición humana, el papel de la nutrición en la promoción de salud y de desarrollo comunitario y, los determinantes económicos, sociales y físicos de las prácticas de comer.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 21, No.2, verano de 1997

Las enfermedades crónicas

El cáncer era una preocupación de salud pública cada vez mayor en las décadas de 1970 y 1980, porque la incidencia de varios tipos de neoplasias fue aumentando conforme aumentaba el promedio de vida de los canadienses. La Sociedad Canadiense contra el Cáncer lanzó a mediados de la década de 1970 una campaña centrada en la promoción del autoexamen de mamas. Como parte de ella, el *Canadian Journal of Public Health* publicaba anuncios de página completa que mostraban a las mujeres cómo hacerse el autoexamen. La Sociedad Canadiense contra el Cáncer también patrocinó clínicas a través de unidades locales de salud y de asociaciones de enfermeras, donde se enseñaba a las mujeres a buscar signos del cáncer de mama. Si bien estas clínicas eran populares, era inquietante la baja cantidad de mujeres que se hacían los exámenes, y se desconocía si estos se hacían correctamente y con la frecuencia necesaria y si los médicos estaban lo suficientemente involucrados en la capacitación de las pacientes.⁹

Una postura más firme

Los miembros de la ACSP adoptaron posturas más firmes con respecto a diversas declaraciones de políticas, incluida la exigencia de que se elimine el aborto del Código Penal. Algunos artículos publicados en el *Canadian Journal of Public Health* abogaban por un acceso más equitativo a los servicios de planificación familiar. El número de abortos informados, que se había legalizado dentro de límites estrictos impuestos por comités hospitalarios, había ascendido de 542 en 1969 a 11.152 en 1970 y a 39.500 en 1972. En 1973, el Dr. Henry Morgentaler fue absuelto de realizar abortos ilegales, y ésta fue la primera de varias acciones penales fallidas durante esta era, que continuaron hasta que la Corte Suprema de Canadá dictaminó en 1988 que la legislación existente en contra del aborto era inconstitucional.¹⁰



Len Hiebert

Inspector sanitario dedicado y Redactor del Environmental Health Review [Revista de la Salud Ambiental]

Nacido en Winkler, Manitoba y educado en Alberta, Jacob Lenard

Hiebert recibió su Certificado en Inspección Sanitaria N°. 359 en 1945 y empezó una larga y dedicada carrera profesional en la salud pública. El Sr. Hiebert creyó que la inspección sanitaria fue una profesión de 24 horas al día y su lema fue, “Te mantendremos sano aunque te mate.” Sirvió como Inspector jefe de varios municipios en la Columbia Británica y fue muy activo en la división de CB del Canadian Institute of Sanitary Inspectors [Instituto Canadiense de Inspectores Sanitarios]. En 1971, el Sr. Hiebert llegó a ser redactor de la publicación nacional de CIPHI, entonces titulado *The Canadian Sanitarian* [El Inspector Sanitario canadiense], que él hizo más profesional, desarrolló y amplió con gran visión de futuro y, recomendó que se le cambiara de nombre a *Environmental Health Review* [Revista de Salud Ambiental], en la cual se convirtió en un verdadero “ejército de un solo soldado.”

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

En 1971, la presidenta de la ACSP Geneva Lewis explicó que la Asociación se esforzaba por “involucrarse en el espectro completo de cuestiones relacionadas con la salud pública y buscaba un rol más activo en los procesos políticos”, prometiendo “una reorientación del pensamiento”. El Comité de Prácticas de Salud Pública de la ACSP también estaba decidido a “abrirse paso en la batalla por una mayor porción del presupuesto, armado con hechos y cifras y con la capacidad de dirigirse a los planificadores y a los políticos en su propia lengua”.¹¹

En 1972, se envió a un comité de evaluación la propuesta de un nuevo nombre para la ACSP, dado que algunos miembros pensaban que un nombre como “Asociación Canadiense para la Salud” alentaría a más personas a hacerse miembros. Algunos miembros de la ACSP consideraban que la Asociación debería “perder parte de su naturaleza de organización profesional”, pero la idea del nuevo nombre no recibió un voto mayoritario y las asociaciones provinciales expresaron escaso entusiasmo en que las palabras “salud pública” dejaran de figurar en sus nombres.¹²

La ACSP mudó su oficina de Toronto a Ottawa en 1973 para poder fortalecer su voz nacional, influir en las políticas y trabajar en asociación con otras organizaciones y agencias nacionales e internacionales. El Dr. Andrew Sherrington pasó a ser el nuevo editor del *Journal* y **Gerald H. Dafoe** se convirtió en el nuevo Director Ejecutivo de la Asociación. Dafoe había completado una Maestría en Administración de la Salud, estaba acreditado como inspector en salud pública y se había desempeñado en el Ministerio de Salud de Ontario. La Asociación conocería un enorme desarrollo y crecimiento durante sus treinta años de liderazgo ejecutivo.

El informe de Lalonde

El 1 de mayo de 1974, el Ministro de Salud y Bienestar Nacional Marc Lalonde presentó el documento “A New Perspective on the Health of Canadians” en la Cámara de los Comunes. Este documento de trabajo fue creado por una unidad de política abierta establecida en 1971 dentro del Departamento de Salud y Bienestar Nacional bajo el mando de Hubert Laframboise. Al principio, el informe atrajo una atención limitada y suscitó reacciones diversas en Canadá, pero su impacto internacional fue inmediato, gracias a su enfoque equilibrado para analizar problemas críticos de salud y llegar a sus causas primordiales. El informe describió el concepto de “campo de salud”, una herramienta analítica en la cual la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida se consideraban significativos tanto para la salud como para el sistema de atención de la misma. Estados Unidos, Gran Bretaña y Suecia usaron la herramienta de “campo de salud” para evaluar sus sistemas de salud y desarrollar metodologías más amplias de promoción de la salud.¹³

En 1978, el Departamento Nacional de Salud y Bienestar creó una nueva Dirección de Promoción de la Salud, encabezada por **Ron Draper**. Esta dirección desarrolló políticas y programas de salud que hacían énfasis en la modificación de los comportamientos individuales como estrategia más eficaz para mejorar la salud. La ACSP, con un sentido renovado de propósito y relevancia, trabajó constructivamente con la Dirección y con otros departamentos federales para desarrollar prioridades y programas orientados a reducir los riesgos para la salud de los canadienses. El Informe de Lalonde dio como resultado un planteamiento más amplio de la salud pública y un enfoque más enérgico a la promoción de la salud, aunque algunos sintieran que el



Gerry Dafoe

Más de 30 años de visión y de liderazgo en la CPHA

Gerry Dafoe se desempeñó como Director ejecutivo de la Asociación canadiense de salud pública entre 1973 y 2003, y fue Editor ejecutivo de la *Revista canadiense de salud pública* y del *Compendio de salud de la CPHA*. Durante el transcurso de sus 30 años de liderazgo, la CPHA se convirtió en una organización no gubernamental reconocida tanto a nivel nacional como internacional, sumamente respetada por sus contribuciones en el ámbito de la salud pública. Durante su mandato, la CPHA implementó cientos de proyectos en áreas tales como salud ambiental, acondicionamiento físico y estilo de vida, nutrición, educación y sensibilización con respecto al SIDA, alfabetismo y salud, recursos educativos en torno a medicamentos de venta bajo receta médica y sin receta, programas de salud dirigidos a los aborígenes, reforma de la salud, salud infantil, educación en materia de inmunización, y planificación de recursos humanos. Por otra parte, la CPHA tuvo una participación muy activa en investigación y política de desarrollo. Luego de retirarse de la CPHA, el Sr. Dafoe trabajó como asesor de la Organización Panamericana de la Salud en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 28, No. 2, verano de 2004

énfasis en la responsabilidad personal de las elecciones de vida tendía a “culpar a la víctima” y a ignorar los contextos sociales, económicos y políticos de los comportamientos individuales.¹⁴

La muerte de **Robert D. Defries** en 1975 marcó el final de una era y su legado clave, la Escuela de **Higiene** de la Universidad de Toronto, que cerró sus puertas el 30 de junio de 1975 y se volvió a abrir al día siguiente como División de Medicina Comunitaria de la Facultad de Medicina. Según un informe del *Canadian Journal of Public Health*, la nueva división “representa la culminación de varios años de evaluación cuidadosa de las necesidades de la comunidad, presentes y futuras, de los recursos requeridos para satisfacer estas necesidades y de las estructuras organizativas más eficaces que permitan explotar y utilizar los recursos de la Universidad de Toronto para hacer frente a las mismas”.¹⁵

Disminuir los gastos de asistencia médica desplazando la atención hacia la promoción de la salud no resultó una tarea fácil. Sin embargo, en 1976, el Presidente de la ACSP Kenneth Benson advirtió que “todavía estamos embarcados – tal como lo estábamos años atrás – en un enfoque absurdo, gastando millones en el tratamiento de enfermedades evitables sin dejar de reconocer la importancia de la prevención *per se*, pero ignorándola a la vez”. Los costos asociados a la mala nutrición, los riesgos ocupacionales, la atención materno-infantil inadecuada y las lesiones evitables eran “alucinantes”, y Benson identificó la necesidad de ampliar y diversificar la membresía de la ACSP y tender vínculos más cercanos con el sector privado y con los consumidores, además de asumir un rol de defensa más activo tanto a nivel provincial como federal.¹⁶



M. Josephine Flaherty

Fuerte liderazgo en el campo de la enfermería y fuente de inspiración para las enfermeras a lo largo de Canadá

La Dra. M. Josephine Flaherty nació en Toronto y al comienzo de su carrera trabajó como Enfermera Responsable, a cargo de un puesto de avanzada de la Cruz Roja en un lugar aislado en el norte, donde participó en el campo de la salud comunitaria en general, enfermería en las escuelas, atención a domicilio de pacientes y familias, y atención de salud ocupacional en diversas minas y zonas de campamento. A su regreso a Toronto, trabajó por varios años como Enfermera General de Sala y asistente de investigación en el Hospital St. Michael, y luego como Decana de Enfermería en la Universidad del Oeste de Ontario. En 1977, la Dra. Flaherty fue nombrada Enfermera Principal del Departamento Nacional de Salud y Bienestar de Canadá. Escribió extensamente sobre enfermería, atención de salud, ética y educación, y fue coautora de *Ética–Teorías y Pragmatismo en la Enfermería*. La Dra. Flaherty fue una fuente de inspiración para las enfermeras en general, y para las enfermeras de salud pública en particular, en todo Canadá.

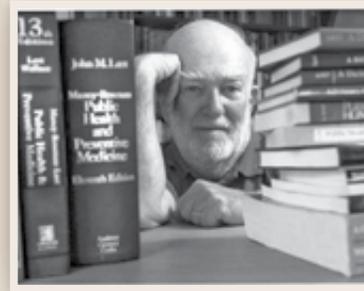
—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 6, No. 2, abril de 1982

La ampliación de los intereses

A partir de la década de 1970, muchas universidades canadienses crearon un número cada vez mayor de programas de posgrado en salud pública. Estos programas proporcionaron capacitación avanzada en ciencias y prácticas de la salud pública a nivel de maestría y, en algunos casos, a nivel doctoral. La mayoría de estos programas estaban asociados a las facultades de medicina y/o enfermería, y unos cuantos eran programas independientes.

A medida que la ACSP seguía creciendo, se creó en 1976 la filial de la Asociación de los Territorios del Noroeste, que proporcionó a la ACSP “una voz en los asuntos de salud al norte de Canadá”. Los miembros de la ACSP habían identificado la necesidad de alentar y apoyar la participación de la población aborigen en las actividades de la ACSP.

La Asociación también amplió sus actividades editoriales con monografías de investigación, suplementos especiales del *Canadian Journal of Public Health* y el lanzamiento de un nuevo boletín de noticias trimestral. La designación en 1981 del **Dr. John M. Last** como editor del *Journal* aportó una amplia perspectiva internacional, experiencia en epidemiología y medicina comunitaria y una mayor capacidad para suscitar un debate animado. La calidad y cantidad de artículos presentados crecían constantemente, aunque Last redactó la mayoría de los editoriales principales, incluido uno que criticaba “la situación intolerable de la mala salud que padecen los pueblos aborígenes de Canadá”. Según Last, “la naturaleza de los documentos



John M. Last

Profesor de Epidemiología y Medicina Comunitaria

Nacido en Australia, el Dr. John Last se graduó de la facultad de medicina de la

Universidad de Adelaide en 1949. Ocupó puestos académicos en las universidades de Sydney, Australia, Vermont, EEUU y Edimburgo, Escocia y como profesor de epidemiología y medicina comunitaria en la Universidad de Ottawa. Ha escrito o redactado numerosos libros, artículos e informes para agencias nacionales e internacionales. Fue el redactor científico de la *Canadian Journal of Public Health*, 1981–1991, redactor de los *Anales* del Real Colegio de Médicos y Cirujanos del Canadá 1990–1998 y, redactor interino del *American Journal of Preventive Medicine* en 1988–89. Es autor de *Public Health and Human Ecology [Salud Pública y la Ecología Humana]* y del *Dictionary of Public Health [Diccionario de la Salud Pública]* y redactor de cuatro ediciones del *Dictionary of Epidemiology [Diccionario de Epidemiología]*, el cual se utiliza por parte de epidemiólogos alrededor del mundo. El Dr. Last lideró la iniciativa de la International Epidemiological Association a desarrollar guías acerca de la realización ética de investigación, práctica y enseñanza de epidemiología.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 30, No. 2, verano de 2006

sobre la salud de los aborígenes ha cambiado de manera sutil; ahora reconocemos claramente la necesidad de que las comunidades obtengan poder y autonomía local y de dejar de lado la perspectiva paternalista característica de otras épocas”.¹⁷

La importancia de hacer oír las voces de los aborígenes se reflejó en el resultado de una comisión dirigida por el Juez Thomas Berger a mediados de la década de 1970, creada para examinar los efectos de la propuesta de un oleoducto y gasoducto en los Territorios del Noroeste. Luego de las campañas de presión iniciadas por líderes aborígenes a quienes inquietaba tanto el medio ambiente como la violación de sus derechos sobre la tierra, las tuberías nunca se construyeron. Los derechos indígenas también se vieron fortalecidos por la *Ley constitucional de 1982* y por la *Carta Canadiense de Derechos y Libertades*, que reconocieron a los métis como una población aborígen aparte y restablecieron la condición indígena a las mujeres que habían perdido sus derechos conforme a la *Ley relativa a los indígenas* por haberse casado con no aborígenes.

Los investigadores comenzaron a abordar las cuestiones de salud pública que atañían a las poblaciones aborígenes a través de una participación más cercana con estas comunidades, trabajando dentro de sus contextos culturales. También se realizaron encuestas de alcance más amplio sobre nutrición neonatal e infantil y sobre las necesidades generales de salud, así como evaluaciones más detalladas y a largo plazo de los patrones de mortalidad infantil y de la población general, especialmente en las reservas. Las tasas de mortalidad infantil entre los aborígenes eran más de un tercio más altas que la tasa nacional y, entre los adultos, había un elevado riesgo de todas las formas principales de accidentes y violencia, de diabetes y de neumonía.¹⁸



Jean Goodwill

Primera enfermera titulada en salud de los pueblos aborígenes de Canadá

Jean Goodwill fue líder en materia de atención de salud de la población aborígen. Una mujer Cree de las Llanuras, proveniente de la Primera Nación de Little

Pine cerca de North Battleford, en Saskatchewan, la Sra. Goodwill se graduó de enfermera en Prince Albert y posteriormente fue contratada en el Hospital Indígena de Fort Qu'Appelle. Luego asumió el cargo de Enfermera Responsable, a cargo del Puesto de Enfermería La Ronge, donde pudo darse cuenta de las condiciones de salud en las cuales estaba viviendo la población de las Primeras Naciones. Durante los 20 años en que estuvo trabajando para el gobierno federal, jugó un rol crucial en el desarrollo de políticas sociales y de salud para el pueblo aborígen. La Sra. Goodwill ayudó a fundar la Asociación de enfermeras de los pueblos aborígenes de Canadá en 1975, donde se desempeñó como Presidenta durante siete años. Como miembro del Consejo de Directores de la CPHA, la Sra. Goodwill puso de relieve la magnitud de los problemas de salud entre los aborígenes y exploró formas para tratar de incentivar a los jóvenes aborígenes a escoger carreras en el campo de la salud.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 24, No. 4, invierno de 2000

El estado de salud de los canadienses aborígenes se comparaba a menudo con el de las personas de los países en vías de desarrollo, aunque un artículo de 1982 del *Canadian Journal of Public Health* cuestionaba esta práctica. T. Kue Young, Director Médico de la zona de salud de Sioux Lookout, perteneciente a la filial de Servicios Médicos del Ministerio de Salud de Canadá, sostenía que “poner en equivalencia el estado de salud y los recursos de atención médica en el norte con las condiciones en el Tercer Mundo es estadísticamente engañoso e inexacto”. Epidemiológicamente, desde mediados de la década de 1960, la población aborígen del norte había salido de los patrones característicos de los países en vías de desarrollo conforme los principales desafíos de salud se desplazaron de las enfermedades infecciosas a las cuestiones socioeconómicas y de salud comunitaria relacionadas con la desarticulación social y con la violencia aparejadas por el abuso del alcohol y de otras sustancias. Sin embargo, Young advertía a la comunidad de salud pública de “no congratularnos de lo bien que nos ha ido en el norte canadiense”, destacando la necesidad de abordar las disparidades socioeconómicas que hacen que la brecha entre los canadienses del norte y del sur sea “substantial”.¹⁹

Tabaco

Uno de los principales objetivos en materia de opciones de vida sana orientadas a reducir la muerte y las enfermedades relacionadas con el cáncer, las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares fue la reducción de los altos niveles de tabaquismo entre los canadienses. Si bien los jóvenes en edad escolar continuaban adquiriendo el hábito tabáquico a pesar de los permanentes esfuerzos de educación sanitaria, la tendencia al tabaquismo que se observaba antes de 1973 comenzaba a revertirse cada vez más temprano. Numerosas encuestas realizadas a fines de la década de 1970 acerca de las actitudes de los fumadores y de la población en general revelaban tasas constantemente elevadas de tabaquismo, en particular entre las adolescentes. La mayoría de los no fumadores estaba cada vez más

molesta por la exposición al humo de cigarrillos ajenos y, tal como concluyó una encuesta, parecía evidente que “los políticos han sido demasiado tímidos a la hora de promulgar una legislación para controlar la acumulación del humo del cigarrillo en los lugares públicos”.²⁰

En la reunión anual de la ACSP de 1977 en Vancouver, muchas personas se sorprendieron al oír al Dr. Kenneth Benson, Presidente de la Asociación, diciendo al auditorio reunido después de un brindis en honor a la Reina: “Ahora pueden fumar”. No se hicieron esperar las numerosas cartas al editor del *Canadian Journal of Public Health* cuestionando la contradicción de esta actitud con las actividades antitabaco de la ACSP. Benson explicó que su comentario pretendía ser “una suave reprimenda” a aquellos que habían fumado antes del brindis, aunque preguntó: “¿Cuán lejos llegaremos en nuestra interferencia con los estilos de vida?” Sorprende aún hoy que haya estado permitido fumar en una reunión anual, sin mencionar que se trataba de una reunión de salud pública. No obstante, en la década de 1970, muchos profesionales de la salud continuaban fumando mientras advertían a otros de los peligros del tabaquismo. Tal como mencionara un artículo de 1978 del *Canadian Journal of Public Health*, “los profesionales de la salud aún no se han dado cuenta de todo su potencial para neutralizar este problema de salud sumamente importante y evitable.”²¹

Se acusó a Canadá de abordar “con timidez” la relación del tabaquismo con la salud,²² por cuanto la ACSP y el Departamento Nacional de Salud y Bienestar co-patrocinaron un Seminario Nacional de Tabaquismo y Salud en 1972, el cual impulsó un liderazgo más activo y sostenido en las iniciativas de educación sobre el tabaco. Un volumen cada vez mayor de estudios de investigación relacionados con el hábito de fumar puso en evidencia, entre otros, los efectos nocivos del tabaquismo pasivo y el impacto del tabaquismo materno sobre el feto. Los investigadores también intentaron calcular el costo del hábito tabáquico para



Jill Christensen

Nutricionista, desarrolló la División de la CPHA en los Territorios del Noroeste

Jill Christensen recibió el título de nutricionista de la Universidad de Toronto e

inició su carrera en los Territorios del Noroeste en 1975 en St. John Ambulance, desarrollando y enseñando enfermería a domicilio en las comunidades Inuit. Se desempeñó como Consultora en Nutrición y Dietética en el Departamento de Salud y Directora de Dietética en el Hospital de Stanton en Yellowknife, donde desarrolló las Directrices sobre Nutrición para los Territorios del Noroeste. Coordinó las campañas de sensibilización con respecto al VIH/SIDA y al consumo de tabaco para los Servicios Regionales de Salud McKenzie y desarrolló y enseñó módulos sobre nutrición en el Arctic College. La Sra. Christensen fue miembro fundadora de la División de la CPHA en los Territorios de Noroeste en 1977 y en 1979 asumió el cargo de Presidenta de la División.

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

el sistema de salud de Canadá, y los 5.100 millones de dólares estimados en 1979 alimentaron la presión por una implantación de respuestas legislativas más agresivas.²³

Si bien en 1971 se había propuesto una legislación que prohibiera por completo la publicidad del cigarrillo, la industria del tabaco consintió en utilizar directrices voluntarias en materia de publicidad antes de que la legislación se debatiera en la Cámara de los Comunes. Varias administraciones municipales aprobaron estatutos que prohibían el hábito de fumar en tiendas, ascensores, escaleras mecánicas y filas de servicios, mientras la *Carta Canadiense de Derechos y Libertades* aumentaba la presión para que se protegiera legalmente a los no fumadores del humo del tabaco en áreas públicas. La *Ley sobre la salud de los no fumadores* de 1985 prohibió fumar en todos los edificios y lugares de trabajo federales y una serie de resoluciones aprobadas en la reunión anual de 1986 de la ACSP (Vancouver) abogó por la prohibición de fumar en el interior de lugares públicos y por la interdicción de la publicidad y del patrocinio del tabaco.²⁴

El hábito de fumar se veía cada vez más como “una forma de comportamiento anormal o desviado” y el fumador como un adicto para el cual “se deben adoptar todas las medidas posibles para ayudarlo a dejar el hábito”. Comenzaron a recibir mayor atención las numerosas variables sociales que influían en la adopción del hábito por parte de los jóvenes, como la presión de los pares y el hecho de que otros miembros del hogar fumaran.²⁵



John Blatherwick

Fuerza que impulsó la primera prohibición de fumar en los lugares de trabajo en Canadá

El Dr. John Blatherwick fue quien ocupó el cargo de Médico Jefe de Salud en Canadá por más largo tiempo, retirándose de sus funciones en 2007. Durante 23 de esos años ocupó el cargo de Médico Higienista Jefe de Salud para el área costera de Vancouver y la Ciudad de Vancouver. Fue la fuerza que impulsó una serie de programas importantes para jóvenes, personas con discapacidades, personas que viven con SIDA, personas que luchan contra la drogadicción, y desplegó esfuerzos por abolir el hábito de fumar en el lugar de trabajo. “Nuestro mayor logro fue introducir la primera política antitabaco en el lugar de trabajo en Canadá y una de las primeras en América del Norte. Constituyó un logro revolucionario.” Fue nombrado Presidente Honorario de la Fundación de Salud Ambiental de Canadá, la rama de investigación del Instituto Canadiense de Inspectores de Salud Pública.

—entrevista de la Asociación canadiense de salud pública (CPHA, por sus siglas en inglés), junio de 2009

Las enfermedades infecciosas

La indiferencia ante las otrora aterradoras enfermedades infecciosas siguió creciendo, y los bajos niveles de vacunación comenzaron a preocupar a los oficiales de salud pública. Los brotes de sarampión de 1974 y 1975 en Saskatoon y Calgary llevaron al *Canadian Journal of Public Health* a pedir “una campaña mucho más enérgica... [de modo que] los padres vuelvan a darse cuenta de que el sarampión puede ser una enfermedad peligrosa que la vacunación podría eliminar”.²⁶

En vísperas de las Olimpiadas de 1976 en Montreal, se suscitaron inquietudes acerca de la importación potencial de enfermedades infecciosas. El Dr. W. Harding Le Riche, Presidente de la División de Medicina Tropical y Salud Internacional de la ACSP, afirmaba en un editorial del *Canadian Journal of Public Health* que cualquier caso de cólera o fiebre tifoidea que se presentara en visitantes internacionales a Canadá se podría “ubicar y manejar fácilmente”, pero las enfermedades nuevas y emergentes representaban una amenaza de proporciones desconocidas. El gobierno federal y los gobiernos provinciales deberían “dejar de vacilar sobre lo que harían si se introdujeran al país enfermedades epidémicas graves como plagas, tifus transmitido por piojos, cólera, fiebre tifoidea en grandes números o incluso viruela”.²⁷

El mundo se hacía más pequeño a consecuencia de la mayor velocidad de los viajes, sobre todo en avión. Canadá y Estados Unidos habían lanzado una campaña masiva de vacunación contra la viruela en la década de 1960, luego de que un adolescente canadiense de 14 años regresara de Brasil habiendo contraído la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud lanzó una iniciativa global de erradicación de la viruela en 1967, con un importante financiamiento estadounidense y una participación



Stephen J. Corber

Fuerza impulsora en relación con programas mundiales de salud

El Dr. Stephen J. Corber ha estado dedicado al ejercicio de la profesión en el campo

de la salud pública por más de 30 años, cumpliendo funciones como Médico Higienista del Departamento de Salud de Ottawa-Carleton y como Director de Prevención y Control de Enfermedades de la Organización Panamericana de Salud (OPS). Este programa de la OPS ofrece colaboración técnica y pericia en la prevención y control del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en las Américas. El Dr. Corber jugó un rol crucial en la creación del Programa de Salud Mundial de la CPHA. Además, se desempeñó como Editor Científico de la *Revista canadiense de salud pública* y más recientemente fue Director de Práctica en Salud Pública en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Simon Fraser.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. No. 2008



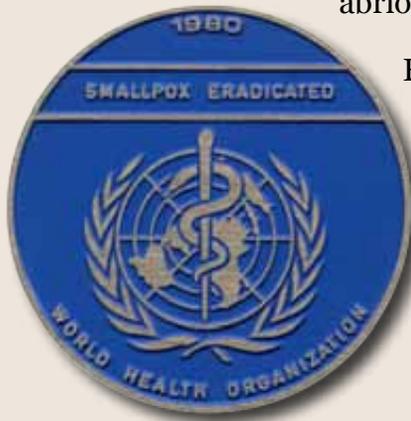
Smallpox and Its Eradication (La viruela y su erradicación) (Organización Mundial de la Salud 1986), p. 439

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

canadiense significativa. El éxito de la iniciativa se anunció oficialmente el 8 de mayo de 1980 y la erradicación global de la viruela fue un logro considerable en materia de salud pública.²⁸

La atención pública se dirigió hacia la amenaza de las enfermedades infecciosas nuevas y emergentes luego de que una mujer llegara al Aeropuerto Internacional de Toronto el 2 de agosto de 1976, luego de unas vacaciones en Europa, padeciendo lo que posteriormente los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) confirmaron que era fiebre de Lassa. Este hecho puso en evidencia la necesidad que tenía Canadá de contar con un diagnóstico más eficiente, un mejor control de la exposición y unas instalaciones de aislamiento de alta seguridad. Ontario estableció un laboratorio de nivel 4 a un costo de 5,8 millones de dólares, pero los vecinos residentes de Toronto protestaron contra su construcción, por lo que el laboratorio nunca abrió sus puertas y la provincia decidió que la problemática era en realidad una responsabilidad federal. No fue sino hasta 1999, sin embargo, que se abrió finalmente una instalación federal en Winnipeg, Manitoba.²⁹

En 1972, la Universidad de Toronto vendió los Laboratorios Connaught a una empresa estatal federal, la que más tarde los privatizó. En 1976, los Laboratorios Connaught anunciaron que ya no incurrirían en las pérdidas financieras asociadas con el mantenimiento de reservas de emergencia de vacunas y antitoxinas. Esto implicaría tener que depender ahora de los productores extranjeros de vacunas y de otros productos medicinales críticos en las situaciones de urgencia.³⁰



Sanofi Pasteur Limited (Connaught Campus)

 [haga clic para agrandar la imagen](#)



Margaret Hilson

Paladín internacional a favor de la Salud Pública y la Justicia Social

Margaret Hilson fue Directora de Programas Globales de Salud de CPHA

durante 22 años, desde el 1985 cuando la CPHA estableció su secretariado de salud internacional. La señora Hilson fue instrumental en la construcción de capacidad de salud pública en todo el mundo y sirvió como presidente de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública. Estudió enfermería y se fue a la India con Canadian University Services Overseas en la tercera década de su vida. “Fue realmente un momento decisivo para mí,” dice, “al estar involucrada en asuntos de desarrollo internacional. Cuando primero fui a la India, fue muy evidente que las disparidades y desigualdades de salud no iban a tratarse con el modelo curativo de salud.”

—entrevista de la Asociación canadiense de salud pública (CPHA, por sus siglas en inglés), junio de 2009

Una nueva cepa de gripe porcina

En el verano de 1976, algunos problemas de producción y la prohibición de coberturas contra demandas por responsabilidad médica a los productores estadounidenses de vacunas suscitaron el debate político en Washington. Una nueva cepa del virus de la gripe A, conocida popularmente como gripe porcina, había causado un brote en febrero de 1976 que había afectado a 273 de los 1.321 miembros del personal del ejército de Fort Dix, New Jersey. Entre los temores de que esta cepa estuviera relacionada con la cepa responsable de la pandemia de 1918-19 y que los jóvenes y las personas de mediana edad tuvieran escasa o nula inmunidad a la misma, las autoridades estadounidenses y canadienses lanzaron programas de inmunización contra la gripe. Conocer con la suficiente antelación el patrón de circulación de la gripe para ser capaz de prepararse y distribuir una vacuna es siempre un desafío, que en esta ocasión ofreció la oportunidad de montar un ataque preventivo a gran escala. El Presidente de Estados Unidos, Gerald Ford, aprobó en marzo un plan sin precedentes de 135 millones de dólares, destinado a inmunizar antes de noviembre a los 220 millones de ciudadanos de esa nación. Canadá puso en marcha un programa más discreto, orientado a personas con enfermedades crónicas y mayores de 65 años, ya que las autoridades provinciales no respaldaban un plan para inmunizar a todos y la OMS no veía signos de la cepa de gripe porcina en ninguna otra parte del mundo.³¹

Los CDC informaron sobre el pequeño aumento del riesgo de contraer el Síndrome de Guillain-Barré luego de recibir la vacuna contra la gripe porcina (un vínculo que se ha puesto en duda desde entonces). La mayoría de los programas provinciales de inmunización se interrumpieron después de que se informara que ocho personas de Ontario habían contraído una forma leve de parálisis tras administrarse la vacuna. El resto de la vacuna contra la gripe porcina se almacenó y nunca se usó, y lo que los medios denominaron “el fiasco

 [haga clic para
agrandar la imagen](#)

*La vacuna contra la *Hemophilus influenzae b* fue una de las primeras y de mayor éxito de la nueva generación que utilizó la técnica del ADN recombinante en la década de los años 80.*



de la gripe porcina” provocó un daño considerable a la imagen pública de las vacunas a largo plazo. En un intento por educar masivamente a la población sobre la importancia de la inmunización, la Asociación Canadiense de Pediatría lanzó la primera campaña anual conocida como *Immunization Action Month* en octubre de 1977, similar a las que se realizaban en la década de 1940. Para los productores estadounidenses de vacunas, los desafíos de la experiencia de la gripe porcina aceleraron un alejamiento de la industria que había comenzado en la década de 1960.³²

Los comienzos de la década de 1980 fueron un período fructífero para el desarrollo de diversas vacunas nuevas altamente purificadas y basadas en la nueva tecnología de ADN recombinante, las cuales combatían enfermedades como la meningitis, la hepatitis, la fiebre tifoidea, el cólera y la malaria. El control del sarampión era especialmente preocupante en el seno de la comunidad de salud pública canadiense conforme continuaban los brotes a causa de los bajos niveles de inmunidad entre los niños, a menudo a pesar de haber recibido una vacuna contra esta enfermedad. Las altas tasas de sarampión en América Latina, las fallas en los programas canadienses y estadounidenses de inmunización contra el sarampión y los bajos índices de vacunación creaban una situación peligrosa, pese al compromiso asumido por el gobierno estadounidense en 1978 de eliminar el sarampión de la nación para 1982.³³

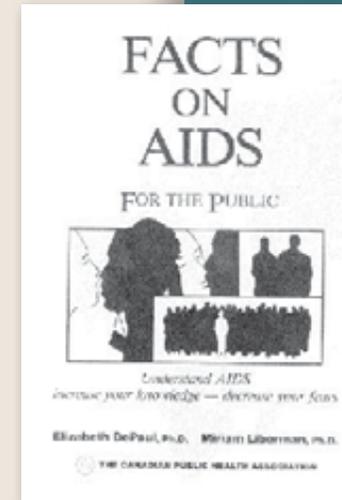
Las infecciones de transmisión sexual (ITS)

A fines de la década de 1970 surgieron ciertas formas de gonorrea resistentes a los antibióticos, lo que dio lugar a un editorial de 1979 del *Canadian Journal of Public Health* en el que se cuestionaba “por qué hasta el momento nuestras campañas en la esfera de las enfermedades de transmisión sexual han ofrecido relativamente poco en términos de resultados tangibles... Cabe admirar la astucia evolutiva [de las infecciones de transmisión sexual] y su ingeniosa decisión de usar el acto copulatorio humano como mecanismo de

propagación y supervivencia”. Persistían los tabúes, la superstición y la ignorancia general con respecto a las ITS, y los investigadores y oficiales de salud pública vacilaban a la hora de abordar las ITS del mismo modo que otras enfermedades transmisibles. En enero de 1981, la ACSP estableció una división filial para enfermedades de transmisión sexual y, en noviembre de 1982, patrocinó la Primera Conferencia Nacional sobre Enfermedades de Transmisión Sexual que tuvo lugar en Toronto, convirtiéndose en un actor clave en la redefinición y la ampliación de las iniciativas en torno a las ITS.³⁴

El SIDA fue tema de discusión en la conferencia nacional, ya que el primer caso canadiense confirmado se informó en 1982. Los medios se refirieron a esta enfermedad como la “peste alegre” ya que en América del Norte se propagó primariamente entre los homosexuales varones. De los 14 casos de SIDA conocidos en Canadá al momento de la conferencia, ninguno sobrevivió más de 20 meses. Se informaron más de 600 casos en Estados Unidos en 1982 y la cobertura de los medios, cada vez mayor, fomentó el interés en las ITS y generó debates acerca de la educación sexual y el suministro de condones en las escuelas.

David Walters, Director del Programa de Educación y Conciencia sobre el SIDA de la ACSP, definió la respuesta inicial de salud pública al SIDA (el virus de inmunodeficiencia humana – VIH – se identificó en 1984) como “una confusión fragmentada”. Varios factores clave limitaron la respuesta de la salud pública canadiense ante el VIH/SIDA, incluidos la recesión económica, el financiamiento inadecuado y esporádico por parte de diferentes ramas del gobierno, la falta de coordinación de los esfuerzos a nivel de agencias locales y voluntarias, una responsabilidad poco clara por la acción, la renuencia a actuar debido a las tensiones sociales en torno a la homosexualidad y los temores al contagio. Según Walters, “no parece haber un terreno seguro para hablar sobre homosexualidad, condones y agujas en el nivel nacional o los niveles provinciales. Esta renuencia ha traído como resultado dejadez y mensajes confusos acerca del compromiso necesario para llevar a cabo programas educativos”.³⁵



CPHA Health Digest, 1986

[haga clic para
agrandar la imagen](#)

*El ministro de Salud
Jake Epp nombra a la
CPHA socio en materia
de sensibilización y
concientización para
un importante proyecto
sobre el SIDA*

En 1986, el gobierno federal anunció un presupuesto de 6,6 millones de dólares para investigación y educación sobre SIDA para ese año, y otros 39 millones de dólares para los cinco años siguientes. Parte de esta asignación sirvió de apoyo a un Programa de Educación y Conciencia sobre SIDA conducido por la ACSP, que permitió que la Asociación asumiera un rol significativo de liderazgo en una campaña nacional sobre SIDA orientada a la población y a los profesionales de la salud. Diversos foros científicos y públicos permitieron a los profesionales de la salud reunirse con el público en general, y la ACSP distribuyó la publicación *Facts on AIDS for the Public* (Datos sobre el SIDA para la población) y difundió una amplia campaña mediática de educación y concientización.

El mensaje central de la ACSP proponía el uso del condón como símbolo y medio de prevención más fácilmente disponible, una medida que claramente sería polémica. Con la cooperación de Radio Canadá y de muchas difusoras independientes de TV y radio, se lanzaron al aire diversos anuncios de servicios públicos que alimentaron discusiones abiertas sobre el sexo seguro y el uso del condón. Estas cuestiones estaban vedadas para la televisión estadounidense de la época, por lo que la campaña de la ACSP “fue el primer esfuerzo realizado en ese sentido por una emisora nacional de América del Norte”. Como recordó John Last más tarde, la epidemia del SIDA “transformó lo que publicamos, del mismo modo que transformó el comportamiento y los valores sociales”.³⁶

Cuestiones mundiales

Las cuestiones internacionales de salud y la amenaza mundial de las enfermedades tropicales impulsaron la creación, dentro de la ACSP, de una División de Medicina Tropical y Salud Internacional en 1972 y a partir de esta base, la ACSP inició diversos programas internacionales de salud, impulsados por “un enfoque multidisciplinario donde el equipo de salud proporciona la asistencia médica primaria y donde hay una fusión bien ponderada de la medicina preventiva y curativa.”³⁷

James Howell

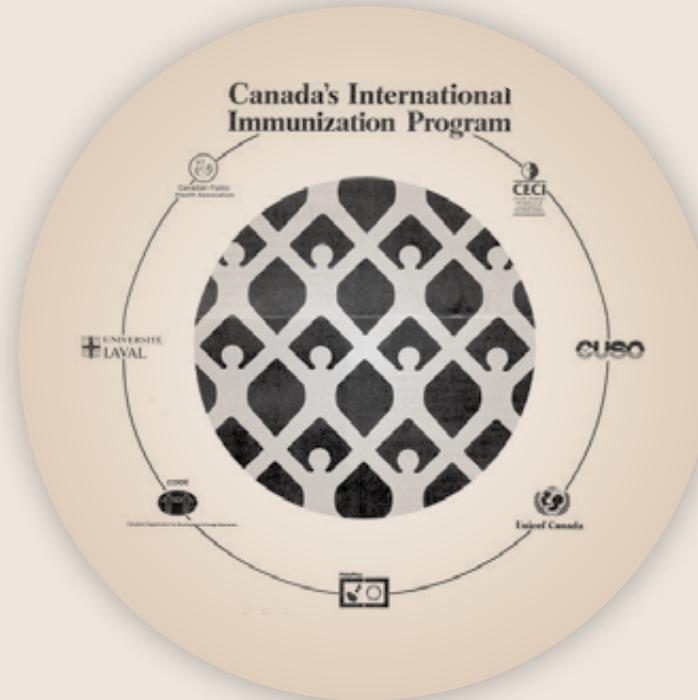
Desarrolló la Medicina Comunitaria en Alberta

El Dr. James Howell fue médico de salud pública, educador y profesional de la medicina durante más de 30 años. Dedicó su vida a la promoción y protección de la salud del público en general y su contribución a la salud pública en Alberta es sin igual. Escribió ampliamente acerca de la salud pública y temas de la salud pública. Como profesional supervisó muchas iniciativas innovadoras de salud pública, tales como el establecimiento del Centro de Salud Boyle McCauley en 1979 y programas para tratar las desigualdades de estatus de salud, la pobreza infantil y el refuerzo de comunidades. Desde el principio, el propósito del Centro de Salud fue de mirar a la persona integralmente e incluir a esa persona en las decisiones acerca de su cuidado.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 18, No. 2, 1994

A fines de la década de 1970 y principios de la de 1980, el gobierno federal respondió a los desafíos planteados por la OMS y por la UNICEF fortaleciendo su inversión en iniciativas internacionales de salud y dispersando fondos a través de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional a más de 20 ONG canadienses, incluida la ACSP, que asumió un rol de liderazgo y avanzó en varios frentes. En 1978, la ACSP emprendió un proyecto para fomentar la capacidad de las sociedades y asociaciones de salud pública de África, América del Sur y América Central y de Europa Oriental, tras la caída de la Unión Soviética. El inicio de la pandemia mundial del VIH/SIDA dio a esta iniciativa un nuevo ímpetu con el desarrollo de programas de educación y conciencia sobre el SIDA y la infección por el VIH. Estos programas, radicados inicialmente en Harare, Zimbabwe, se trasladaron más tarde a una base más estable en Johannesburgo, donde se instauraron programas de capacitación. Mayormente a través de la ACSP y de diversos trabajadores canadienses de la salud, se lanzó en 1986 un programa internacional de inmunización contra todas las enfermedades evitables por vacunas en las naciones en desarrollo francófonas y de la Comunidad Británica de Naciones, en asociación con la OMS, la UNICEF y un consorcio de ONG canadienses.

Quedaba claro para la OMS que mejorar la salud en los países en vías de desarrollo a través de la expansión de la medicina occidental no resultaba una estrategia eficaz. El énfasis en



CPHA Health Digest, 1986

[haga clic para agrandar la imagen](#)

El tema del Programa Canadiense de Inmunización Internacional era “A Miracle in the Making” (un milagro en gestación). La Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI) eligió a la CPHA para aplicar dicho programa.

los médicos, los hospitales y la tecnología y la desestimación de la prevención tenía poco para ofrecer al Tercer Mundo, donde tres mil millones de personas no tenían acceso a ninguna forma permanente de asistencia médica. Como destacó un informe del *Canadian Medical Association Journal* sobre los problemas de salud de las naciones en desarrollo: “En cierta medida, la medicina occidental había sido contraproducente al establecer modelos que alentaban a algunas naciones subdesarrolladas a emplear mal los magros fondos de asistencia médica de que disponían”. Los desafíos fundamentales eran conseguir aguas limpias y sistemas eficaces de alcantarillado, ya que cada año se producían entre los niños unas 5 millones de muertes y 10 millones de discapacidades debido a la difteria, la tos ferina, el tétanos, la polio, el sarampión y la tuberculosis.³⁸

La Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA por su sigla en inglés) se formó en la década de 1960 a través de las asociaciones nacionales de salud pública de India, Japón, Nueva Zelanda, Pakistán, Reino Unido, Estados Unidos y Venezuela y, para 1978, había incorporado a 28 de las 58 asociaciones de salud pública nacionales existentes. La ACSP se afilió a la WFPHA a principios de la década de 1970 y el Director Ejecutivo Gerry Dafoe y el Director Editorial Andrew Sherrington ejercieron la función ejecutiva por varios años durante esta década. En 1978, la ACSP organizó la segunda conferencia internacional de la WFPHA en Halifax, cuya asistencia totalizó 1.100 delegados de 30 países, en parte gracias al financiamiento de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI), la OMS y la UNICEF. Asimismo, en 1985, la ACSP recibió de la ACDI un significativo financiamiento global por tres años, para apoyar actividades internacionales.



Sharon Martin

Promocionó un Modelo Comunitario de la Salud Pública

Sharon Martin fue influyente en el Comité

Director de la Columbia Británica en que empezó las actividades “Comunidad Saludable” en mediados de los 80 y, desde su puesto con el Departamento de Salud de Vancouver, ayudó a cambiar el enfoque de los programas al desarrollo comunitario y modelos de comunidades sanas, promocionando fuertemente el involucrar a miembros de la comunidad y voluntarios en los programas de salud pública para hacer funcionar los programas. La señora Martin presidió el Grupo de Trabajo de Reestructuración de Servicios de Salud que preparó el documento de trabajo de CPHA sobre la reforma de la salud.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 20, No. 2, verano de 1996

La atención primaria de la salud — Salud para Todos en el Año 2000

La conferencia de Halifax se enfocó en el concepto de atención primaria de la salud, una noción que surgió a principios de la década de 1970 para describir “un proceso complejo que involucraba un nivel básico de servicios con una amplia orientación en salud y provisto por un elenco de profesionales de la salud que ofrecen alguna forma de continuidad en la atención”. En 1978, una Conferencia Internacional de seguimiento de la OMS sobre Atención Primaria de la Salud que tuvo lugar en Alma-Ata, Rusia, tuvo como objetivo reorientar la atención de la salud en los países en vías de desarrollo hacia la atención primaria, con “niveles apropiados de tecnología dentro del alcance y del presupuesto de un país, con el fin de poner tal atención a disposición de la mayor cantidad de personas, especialmente las de áreas rurales”. La atención primaria se consideraba una “atención esencial básica que se hace universalmente accesible a individuos y familias de la comunidad por medios aceptables para ellos, a través de su participación plena y a un costo que la comunidad y el país pueden afrontar”. La Conferencia dio como resultado la Declaración de Alma-Ata, que la OMS estimó como válida para todos los países, adoptándola dos años más tarde como una estrategia global para los gobiernos y para los trabajadores de la salud y vinculados al desarrollo. Fue entonces cuando la comunidad mundial se comprometió a trabajar en pos del proyecto *Salud para Todos en el Año 2000*.³⁹

La nueva salud pública

Tras la publicación de *The Role of Medicine*, de Thomas McKeown, que sostenía que la atención médica tenía poco que ver con las mejoras en la esperanza de vida observadas en Gran Bretaña durante los últimos cien años, el enfoque de la salud pública sobre el estilo de vida se amplió considerablemente a principios de la década de 1980 para incluir



Trevor Hancock

Visionario de la política pública en materia de salud y comunidades saludables

El Dr. Trevor Hancock, médico de familia formado en Gran Bretaña, ejerció la medicina

en Canadá durante cuatro años antes de comenzar su carrera en salud pública. Como consultor en salud pública, ha escrito y dictado charlas alrededor del mundo sobre promoción de la salud, desarrollo sustentable y proyectos para un futuro saludable. El Dr. Hancock desarrolló el “mandala para la salud” un modelo de determinantes de salud con Fran Perkins y promovió el concepto de desarrollo sustentable organizando una conferencia sobre salud y economía. Fue líder del Partido Verde de Canadá entre 1983 y 1985. El Dr. Hancock ha escrito extensamente sobre futurismo en torno a la salud y fue miembro fundador de ‘Paradigm Health’, un grupo de analistas de tendencias a futuro en el plano de la salud con sede en Toronto.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], Vol. 14, No. 3, septiembre de 1990

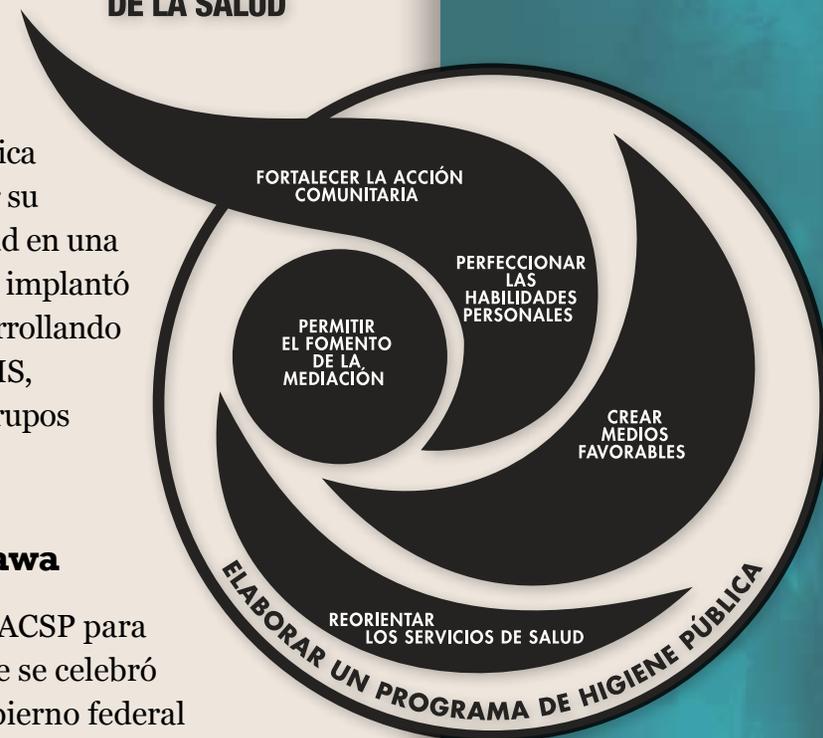
los determinantes sociales de la salud. En 1981, Ilona Kickbusch y Robert Anderson, de la Unidad Europea de Educación para la Salud de la OMS, emprendieron un viaje de estudio en Canadá, considerado entonces “la meca del mundo para la promoción de la salud”. En 1985, el Departamento de Salud y Bienestar Nacional se abocaba a la realización de una encuesta innovadora de promoción de la salud que tenía por objetivo reunir información sobre los comportamientos de estilo de vida y las prácticas preventivas de salud de los canadienses, incluidos el consumo de alcohol y tabaco, el ejercicio físico, la seguridad y la nutrición.⁴⁰

Kickbusch y Anderson, que se interesaban en iniciativas canadienses de educación para la salud como ParticipACTION, concurren a *Beyond Health Care*, la primera conferencia sobre políticas públicas sanas, que tuvo lugar en Toronto en octubre de 1984. Dicha conferencia fue organizada por el **Dr. Trevor Hancock**, profesional y teórico de la salud pública, y patrocinada por la ACSP, por la Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de Canadá para celebrar el décimo aniversario del Informe de Lalonde, por la Oficina de Salud Pública de Toronto para conmemorar su centenario y por la Ciudad de Toronto para evocar su 150° aniversario. La conferencia ayudó a poner el énfasis de la promoción de la salud en una planificación sanitaria basada en la comunidad y en la investigación participativa, e implantó el concepto de política pública sana. También inspiró a Kickbusch a continuar desarrollando el movimiento de Ciudades Saludables de la Oficina Regional de Europa para la OMS, enfocado en las desigualdades de salud, la pobreza urbana, las necesidades de los grupos vulnerables y los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.⁴¹

La promoción de la salud: el Informe de Epp y la Carta de Ottawa

En noviembre de 1986, el Ministerio de Salud de Canadá se unió a la OMS y a la ACSP para organizar la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, que se celebró en Ottawa. El Ministro de Salud, Jake Epp, presentó la nueva perspectiva del gobierno federal

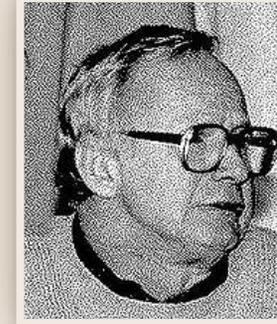
CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD



para la promoción de salud: *Achieving Health For All: A Framework for Health Promotion* (conocida como Informe de Epp). La misma hacía énfasis en la relación inequívoca entre la salud y la situación económica y en que “la promoción de la salud implica el compromiso de abordar los desafíos de reducir las injusticias, ampliar el alcance de la prevención y ayudar a las personas a hacer frente a sus circunstancias. Significa fomentar la participación pública, fortalecer los servicios de salud de la comunidad y coordinar políticas públicas sanas. Significa también crear entornos conducentes a la salud, en los cuales los individuos estén en mejores condiciones de cuidarse a sí mismos y de ofrecer el uno al otro el apoyo necesario para manejar y resolver sus problemas colectivos de salud”.⁴²

La Conferencia de Promoción de la Salud congregó a 212 invitados de 38 países, incluidos representantes de la salud y de la salud pública, del gobierno, del mundo académico y de la comunidad. Su objetivo era crear un marco que se conoció luego como Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Este marco proporcionó estrategias fundamentales que dieron como resultado progresos significativos en la promoción de la salud en todo el mundo.

El marco de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud permitió a las personas aumentar el control de su salud, un proceso en el cual deben participar en conjunto los individuos, las comunidades, los profesionales, las instituciones de la salud y los gobiernos. Según este marco, la salud no se puede separar de la realidad cotidiana de las personas y de determinantes sociales y económicos de la salud tales como el acceso al dinero, el poder y la autoestima. Los investigadores aún siguen estudiando cómo afectan estos factores la salud de los individuos y de los grupos y cómo es que los hechos sociales se pueden convertir en hechos biológicos. Los reformadores de la salud pública que lucharon por los sistemas de alcantarillado y saneamiento, por la nutrición, por la prevención de lesiones y por la planificación familiar permanecerán siempre en la base del movimiento de promoción de la salud de Canadá.⁴³



Ron Adrian Draper

Principales contribuciones al arte y ciencia en materia de promoción de la salud

Ron Draper fue la fuerza que impulsó la celebración de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en Canadá en 1986 y de la cual surgió la Carta para la Promoción de la Salud de Ottawa. Como primer Director General de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de Canadá, jugó un rol trascendental en lograr que Canadá pasara a ocupar una posición de liderazgo a nivel mundial en este campo y, de hecho, en que se estableciera de lleno el concepto y la práctica de promoción global de la salud.

—Trevor Hancock, Promoción de la salud a nivel internacional, 1998