

1950–1959

CAPÍTULO 6

Esto es salud pública: una historia canadiense

El crecimiento de la investigación, los servicios y el financiamiento

El crecimiento de la investigación, los servicios y el financiamiento	6.1
Servicios de salud para la población aborígen	6.3
Una crisis nacional de polio	6.3
Lesiones y muertes evitables	6.6
La inocuidad alimentaria	6.6
La contaminación ambiental	6.8
La salud pública	6.11

Los años 50 se caracterizaron por la continuidad de la expansión significativa de la financiación federal y provincial para los servicios de salud. Las subvenciones federales de salud a las provincias sirvieron de apoyo a diversos programas específicos de tratamiento y control de las enfermedades, así como a proyectos de investigación, de los cuales un área clave era la investigación sobre el desarrollo de una vacuna contra la polio, ya que el país experimentaba graves epidemias de esta enfermedad. La frecuencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas disminuyó, especialmente gracias a los programas de inmunización orientados a los niños, a la introducción de la vacuna contra la polio de Salk y al amplio uso de nuevos medicamentos antibióticos. La salud dental se convirtió en un tema excluyente de salud pública y se ampliaron los programas de fluoración del agua, mientras que las lesiones evitables en los niños y las enfermedades crónicas como el cáncer y las enfermedades cardiopulmonares se volvieron causas principales de muerte en los adultos.

Las subvenciones federales a la investigación habían apoyado una variedad de iniciativas provinciales de salud pública desde 1948, incluidos el control de la tuberculosis, las



Harry Knowlton Brown

Soldado y dentista de salud pública

El Dr. Harry Knowlton Brown se distinguió como servidor público y miembro de la profesión de odontología. Nació en Nueva Escocia y se desempeñó como soldado ametrallador en la Primera Guerra Mundial y en el Cuerpo Dental en la Segunda Guerra Mundial donde alcanzó el rango de Teniente Coronel. Asistió a la Escuela de Higiene de la Universidad de Toronto después de la guerra y se graduó recibiendo un Diploma en Salud Pública Dental. Luego de un período breve en la práctica privada, fue nombrado Director de Salud Pública Dental en el Departamento de Salud y Bienestar Nacional en Ottawa. Allí, organizó y dirigió uno de los primeros estudios de investigación científica sobre fluorización del agua realizados en América del Norte.

— Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 56, 1965

enfermedades venéreas y el cáncer, el cuidado de la salud mental, el apoyo a los niños lisiados y la capacitación profesional en salud pública. El Programa Nacional de Salud también proporcionó subvenciones para encuestas provinciales de salud y construcción de hospitales, y se amplió en 1953 para incluir el apoyo a servicios de salud materno-infantil, de rehabilitación médica y de laboratorio y radiológicos. En 1957, se promulgó una legislación que permitía al gobierno federal firmar un acuerdo con las provincias para establecer un plan completo y universal que cubriera los cuidados agudos en hospitales y los servicios de laboratorio y de diagnóstico radiológico.

Colombia Británica, Alberta, Saskatchewan y Terranova ya habían implementado sus propios programas de atención hospitalaria con patrocinio gubernamental y, hacia el final de la década, todas las provincias habían acordado participar en el plan nacional de seguros de servicios hospitalarios.



Peter J. Moloney

Científico, Educador y Desarrollador de Vacunas

El Dr. Peter J. Moloney obtuvo un MA en Química de la Universidad de Toronto y, en 1919, fue nombrado químico de investigación en los Connaught Laboratories. Se le dio al Dr. Moloney la responsabilidad de preparar el toxoide de difteria para Connaught Laboratories en 1924, haciendo que fuese posible su uso temprano en Canadá. Fue Vice-Director de Connaught hasta 1955 y contribuyó al desarrollo del llamado “test de reacción” para el toxoide de difteria. En estudios con el toxoide de tétano, desarrolló métodos para su ensayo y purificación y esclareció sus antígenos constituyentes. El Dr. Moloney también fue miembro de un equipo que diseñó con éxito métodos para preparar la penicilina durante la Segunda Guerra Mundial, lo cual fue un desafío urgente y complejo. Asimismo, la llamada por un potente antisuero polivalente para la gangrena gaseosa fue respondida con éxito a través del trabajo de sus colegas y sus propios estudios al final de la guerra.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 53, junio de 1962

En el otoño de 1950, se lanzó la primera encuesta de salud a nivel nacional, la *Canadian Sickness Survey*. El Programa Nacional de Salud, iniciado en 1948, había provocado un aumento del uso de los servicios sociales, por lo que el gobierno necesitaba planificar y evaluar los nuevos y costosos programas. La *Canadian Sickness Survey*, que recolectó datos de hogares durante un período de 12 meses, se concibió para proporcionar una visión general de los problemas de salud de los canadienses en el contexto de su entorno social, físico y económico.¹ La demanda creciente de servicios de salud superaba el suministro de profesionales, sobre todo en enfermería.

Servicios de salud para la población aborigen

Los programas federales de salud para los inuits se proporcionaron más tarde que para las poblaciones de las Primeras Naciones de Canadá. El contacto de los inuits con las poblaciones no aborígenes aumentó considerablemente en los años 50, iniciándose así un período de cambio social acelerado. Los servicios de salud al norte de los 60 grados de latitud se expandieron de la mano del aumento de la actividad militar. Los pueblos aborígenes se trasladaron cerca de bases y ciudades militares en busca de oportunidades de empleo y de servicios centralizados de salud.

La elevada mortalidad infantil entre las Primeras Naciones y los Inuits era una gran preocupación para los Servicios de Salud del Norte, creados en 1954 y luego reemplazados por la Rama de Servicios Médicos. Se contrataron parteras no aborígenes para trabajar en estaciones

1 O. Kendall, T. Lipskie y S. MacEachern, "Canadian Health Surveys, 1950–1997" en *Chronic Diseases in Canada*, 18 (2), 1997 consultado en http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/18-2/b_e.html

de enfermería, las que formaron parte de un esfuerzo concertado en los años 50 para lograr que las mujeres tengan a sus bebés en estaciones de enfermería u hospitales.²

Una crisis nacional de polio



Centro de salud de Riverview, Winnipeg, Manitoba

Carrera de sillas de ruedas en Winnipeg

La amenaza de las enfermedades invalidantes creció a niveles sin precedentes de este a oeste y hacia el Ártico. Las epidemias de polio aumentaron su

alcance y su gravedad y también afectaron a un número cada vez mayor de adultos, generando una mayor presión para la salud pública y las infraestructuras hospitalarias y requiriendo una mayor ayuda financiera de parte del gobierno para cubrir los gastos crecientes de atención médica. Lo que solía ser una infección gastrointestinal generalmente inocua en los niños pequeños se volvió una afección cada vez más grave a medida que las mejoras sanitarias retrasaban la exposición infantil al virus de la polio. Las subvenciones federales de salud reforzaron las cada vez más generosas políticas provinciales de hospitalización y tratamiento de la polio, proporcionaron pulmones de acero y otros elementos terapéuticos y apoyaron el cuidado a largo plazo de los casos de polio a través de subvenciones de salud para niños lisiados.³

- 2 K. Plummer, "From Nursing Outposts to Contemporary Midwifery in 20th Century Canada", *Journal of Midwifery and Women's Health* 45 (2), marzo/abril de 2000, 172
- 3 Christopher J. Ruty, "Do Something! Do Anything! Poliomyelitis in Canada", (Tesis de doctorado: Departamento de Historia, Universidad de Toronto, 1995), pp. 209–61

Archivos provinciales de Manitoba



La epidemia de polio en Canadá alcanzó su punto máximo en 1953. Durante ese verano y otoño, y entrados los meses de invierno, la polio afectó a casi todo el país, provocando

casi 9.000 casos y costando aproximadamente 500 vidas: la mayor crisis epidémica desde la pandemia de gripe de 1918. En comunidades como Winnipeg, la incidencia de la polio alcanzó límites jamás vistos, con números alarmantemente altos de casos bulbares entre adultos jóvenes y un gran número de cuartos de hospital llenos de pulmones de acero. Los médicos y las enfermeras eran particularmente vulnerables a la enfermedad y varias mujeres dieron a luz mientras estaban confinadas en un pulmón de acero. Se convocó a la Real Fuerza Aérea de Canadá para las entregas de emergencia de pulmones de acero en todo el país a medida que aumentaba la necesidad. En el pico de la crisis de polio de Winnipeg, 92 personas dependían de respiradores en forma simultánea. Esta situación dramática y desesperante se repetía a escala ligeramente menor en muchas partes de Canadá, por lo que el Ministro de Salud Martin declaró la emergencia nacional.

Un grupo de investigadores de Boston, liderado por el Dr. John F. Enders, había hallado una manera de cultivar el virus de la polio en tubos de ensayo en 1949. Este descubrimiento, que les valió un Premio Nobel, motivó a otros equipos de investigación, incluidos los Laboratorios de Investigación Médica de Connaught. En un esfuerzo por aumentar el volumen de poliovirus necesario para desarrollar una



Joseph Donovan Ross

Ministro de Salud de Alberta

El Dr. Joseph Donovan Ross nació en Waldo, Columbia Británica en 1911. En 1951, fundó la Fundación para el Alcoholismo de Alberta y sirvió como Presidente y Presidente de la Junta. En 1952, fue elegido como candidato del partido Crédito Social a la Legislatura de Alberta y, durante 12 años sirvió como Ministro de Salud. El Dr. Ross fue responsable por el desarrollo del Plan de Salud de Alberta, lo cual allanó la entrada de Alberta en el Plan Nacional de Medicare. Amplió los programas preventivos de protección de salud, desarrolló programas en cuanto a la salud ocupacional, e inició programas de protección ambiental, especialmente con relación a la industria petroquímica. Después de abandonar la vida política, el Dr. Ross tenía cada vez más interés en la provisión de atención sanitaria en países menos prósperos y dirigió Project Concern Incorporated, que da servicios en México, Indonesia, Hong Kong y otros países.

—Canadian Journal of Public Health
[Revista canadiense de salud pública],
Vol. 66, marzo/abril de 1975

vacuna, el Dr. Arthur E. Franklin probó una base nutritiva sintética conocida como Medio 199, que constituyó una base no alergénica para la vacuna. Tras este desarrollo clave, el Dr. Jonas Salk de la Universidad de Pittsburgh consideró que una vacuna de polio inactivada podría estimular el sistema inmunológico lo suficiente como para prevenir la polio en el humano. En 1952, los residentes de una institución de niños discapacitados cerca de Pittsburgh fueron los



Clennel E. van Rooyen

Pionero en el Desarrollo de la Vacuna contra la Polio

El Dr. Clennel Evelyn van Rooyen nació en 1907 en Ceilán y recibió numerosos honores por su trabajo en Egipto sobre viruela, fiebre tifoidea, la plaga, y poliomielitis. Sus tempranos trabajos sobre la poliomielitis llevaron al desarrollo de la vacuna contra la polio por el Dr. Sabin y el Dr. Paul de la Universidad Yale. Se trasladó al Canadá y en 1956 fue nombrado Profesor y Jefe del Departamento de Bacteriología en la Facultad de Medicina de la Universidad Dalhousie, y Director de la División de Laboratorios de Salud Pública en el Departamento de la Salud Pública. Fue líder en la lucha contra la poliomielitis en Canadá y dirigió la primera prueba de la Vacuna Sabin contra la Poliomielitis en el área de Yarmouth en Nueva Escocia. Desarrolló el primero laboratorio de virus en la Región Atlántica y fue el responsable de muchos de los usos clínicos mejorados de antibióticos modernos en la zona.

—Canadian Journal of Public Health
[Revista canadiense de salud pública],
Vol. 67, mayo/junio de 1976

primeros en recibir la vacuna de Salk elaborada con el Medio 199 de Connaught.⁴

En 1954, se realizó en Estados Unidos una prueba de campo de la vacuna sin precedentes, utilizando un sistema elaborado de seguimiento

4 D. Duncan, A.E. Franklin, W. Wood y A.J. Rhodes, "Cultivation of Poliomyelitis in Tissue Culture: V, Observations on Virus Propagation in Certain Animal Tissues with a Synthetic Nutrient Medium", *Canadian Journal of Medical Science* 31 (febrero de 1953): 75–83; J.E. Salk, "Studies in Human Subjects on Active Immunization Against Poliomyelitis: I, A Preliminary Report of Experiments in Progress", *Journal of the American Medical Association* 151 (28 de marzo de 1953): 1081–98

de aproximadamente 1.800.000 niños. El gobierno canadiense participó en forma limitada del ensayo, cuando Estados Unidos ofreció un excedente de vacuna que se usó en Manitoba (excepto Winnipeg), Alberta y Halifax. La prueba en campo de Estados Unidos reveló que la vacuna de Salk tenía un 60 a 90% de efectividad en la protección de niños contra la enfermedad parálitica, en función del tipo de poliovirus. En 1955, la vacuna obtuvo una licencia y seis productores estadounidenses se apresuraron para suministrarla. Sin embargo, a diferencia de las pruebas de campo, el gobierno estadounidense no evaluó todos los lotes de la nueva vacuna producida. A la postre, 79 niños estadounidense contrajeron la polio debido a la inactivación incompleta del poliovirus en algunos lotes. Canadá logró fabricar y distribuir con éxito una vacuna segura contra la polio, y el director de Connaught, Dr. Robert D. Defries, recibió el máximo honor de la *American Public Health Association* al retirarse en 1955, por su prolongado servicio y su liderazgo personal durante el desarrollo y la introducción de la vacuna contra la polio de Salk.⁵

La inmunización con la vacuna de Salk asestó un golpe decisivo a la polio parálitica y la incidencia nacional se mantuvo en niveles bajos durante 1956 y 1957, pero una ola inesperada de brotes y epidemias de polio en varias provincias entre 1958

5 "Administration of Poliomyelitis Vaccine (Salk)", *Canadian Journal of Public Health* 46 (mayo de 1955): 212–4



Ontario March of Dimes

CANADA'S POLIO PROGRAM	
Program started	April 13, 1955
Vaccine used	Salk vaccine
Administered by	Federal, local governments
Children treated	750,000 first inoculations 250,000 second inoculations
Paralysis among those treated	none
Cost to Government per child	\$1.50 for three shots
U.S.A.:	To inoculate 2 million children by March 31, 1956

US News and World Review, 3 de junio de 1955



Christian Smith

*Periodista y Reformador Social
en Saskatchewan*

Christian Smith nació en Amsterdam se trasladó al Canadá en 1910. En 1922, entró a formar parte del personal de periódico Saskatoon Daily Star y quedó con esta publicación durante 21 años. En 1944, aceptó el puesto de Director de Educación Sanitaria en el Departamento de Salud Pública. Durante sus años de periodista, el Sr. Smith escribió una serie de artículos acerca de la tuberculosis, salud mental, y el tráfico de narcóticos. Durante los primeros años de la Segunda Guerra Mundial, participó en el primer programa de ese tipo en Canadá para la educación acerca de enfermedades venéreas. Dio de su tiempo como voluntario a la John Howard Society y, en 1946, se hizo secretario de una Real Comisión nombrada en Saskatchewan para investigar la práctica de los servicios correccionales. En 1952, el Sr. Smith estableció el primero programa global de prevención de accidentes llevado a cabo por agencia pública en Canadá.

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

y 1960 impulsó campañas de inmunización más agresivas en todo el país, sobre todo en adultos. La polio persistió, especialmente en los grupos que tardaron en utilizar la vacuna de Salk, por lo que se realizó un intenso esfuerzo de investigación en 1959 para proporcionar una vacuna oral contra la polio basada en cepas de poliovirus atenuadas desarrolladas por el Dr. Albert Sabin.

Lesiones y muertes evitables

En los años 50, los niños sufrían una proporción cada vez mayor de lesiones evitables y muertes en el hogar como consecuencia de caídas, cortes y perforaciones, además de envenenamientos. La prevención requería esfuerzos cooperativos de parte de administradores, enfermeras de salud pública, médicos, sanitaristas y educadores de salud, así como un “asalto a dos bandas” sobre los riesgos personales y ambientales.⁶ Además de los esfuerzos educativos y de investigación, se estableció una red de centros de control de intoxicaciones en todo Canadá a través de los esfuerzos de los viceministros provinciales de salud. Hacia 1958, existían 13 de estos centros con base en hospitales seleccionados, los que proporcionaban tratamientos de urgencia e información sobre la naturaleza de las sustancias implicadas en el envenenamiento, su antídoto posible y las opciones de tratamiento, además de ofrecer asesoramiento telefónico.⁷

La inocuidad alimentaria

El botulismo provocado por los alimentos enlatados mal esterilizados se daba por lo general en productos conservados en el hogar, y las enfermedades de origen alimentario exigían una rápida respuesta de la salud pública local para identificar y aislar la fuente de infección. Sin embargo, en la década de 1950, los esfuerzos educativos comenzaron a dirigirse a manipuladores de alimentos y dueños de

6 Edward J. Brower, “Fatal Accidents in the Home”, *Canadian Journal of Public Health* 49 (junio de 1958): 225–9; Antoine B. Valois, “Integration of Home Safety in a Public Health Program”, *Canadian Journal of Public Health* 50 (noviembre de 1959): 474–7

7 C. Collins-Williams, “Poison Control Centres”, *Canadian Journal of Public Health* 49 (marzo de 1948): 91–



Alex Cross

El más alto estándar en el ejercicio de la profesión en salud ambiental en Canadá

Alex Cross comenzó un período de aprendizaje de cinco años en 1923 como montador de tuberías en la compañía nacional de ferrocarriles de Canadá y gracias a su educación y experiencia pasó a ser Inspector de Distrito en el Departamento de Salud de Winnipeg en 1931. Durante la guerra, fue destinado a la Sección canadiense N° 11 de Higiene en el Campo de Batalla correspondiente a la Quinta División Blindada de Canadá, y una vez concluidas sus funciones, regresó al Departamento de Salud de Winnipeg donde con el tiempo, pasó a ocupar el cargo de Jefe Adjunto del Departamento de Salud. El Sr. Cross fue miembro colegiado del Instituto canadiense de inspectores sanitarios y en honor a su contribución a la salud pública durante toda su vida, en 1984 el Instituto creó el Premio Alex Cross, el cual se otorga una vez al año a un miembro que haya demostrado “El más alto estándar en el ejercicio de la profesión en el campo de la salud ambiental en Canadá.”

—Tim Roark, historiador, basado en una biografía de Alex Cross de 1977

restaurantes, y los conceptos de saneamiento apropiado de los alimentos se integraron mejor a los establecimientos de comidas. La educación sanitaria de los manipuladores de alimentos y las inspecciones y correcciones periódicas del saneamiento siguieron siendo desafíos para los departamentos locales de salud pública a lo largo de esta década.⁸

La producción industrial, el tratamiento y la distribución de productos alimenticios acapararon la atención federal a fines de los años 50, sobre todo en lo referente a productos cárnicos embalados y listos para el consumo. En 1954 se puso en práctica una *Food and Drugs Act* (Ley de Alimentos y Drogas) reforzada y más proactiva. Esta ley prohibía la preparación y la venta de alimentos, medicamentos o cosméticos en condiciones antihigiénicas, y hacía de las violaciones una cuestión de derecho penal. La implementación de la ley exigió la formación de un equipo cada vez mayor de inspectores

8 C.E. Hornady, “The Education of Food Handlers”, *Canadian Journal of Public Health* 47 (julio de 1956): 288–92; C.F. Barrigan, “Restaurant Design”, *Canadian Journal of Public Health* 47 (octubre de 1956): 438–41; C.G. More, “Securing Correction of Defects in Restaurant Sanitation”, *Canadian Journal of Public Health* 47 (noviembre de 1956): 485–88

federales de la Dirección de Alimentos y Drogas que trabajara en cooperación estrecha con los departamentos de salud provinciales y locales para detectar sistemáticamente condiciones antihigiénicas o insalubres, en particular en la producción de alimentos. Las inspecciones comenzaron en las fábricas de quesos y continuaron en mataderos, molinos de harina y plantas de aves de corral. Si bien su alcance era nacional, el enfoque legislativo de los inspectores federales en materia de saneamiento ambiental seguía siendo limitado. “Consideramos condiciones insatisfactorias sólo las que puedan afectar el producto”, mencionó O.B. Petursson de la Dirección de Alimentos y Drogas. Además de contemplar si el estado del producto representaba un peligro para la salud, la Dirección consideraba “si el producto contiene suciedad o sustancias extrañas que no deban estar allí”.⁹ La nueva *Ley de Alimentos y Drogas*

9 O.B. Petursson, “The Role of the Food and Drug Inspector in Sanitation”, *Canadian Journal of Public Health* 48 (diciembre de 1957): 522–3; “The Food and Drugs Act and Food Sanitation”, *Canadian Journal of Public Health* 47 (agosto de 1956): 352–3; Randolph M. Frisen, “Problems of Packaged, Ready-to-Eat Meat Products”, *Canadian Journal of Public Health* 48 (julio de 1957): 295–9; Andrew Hollett, “Food Plant Inspection”, *Canadian Journal of Public Health* 49 (agosto de 1958): 351–3

proporcionó un fuerte impulso legislativo, pero se contaba con un equipo limitado de inspectores federales que trabajaban para reglamentar una industria alimentaria que crecía rápidamente, y las opiniones tendían a ser dominadas y constreñidas por las economías de producción y la preservación y el aumento del nivel de vida.

La evaluación de la inocuidad de los alimentos se hacía cada vez más compleja a medida que se usaban nuevas herramientas químicas, biológicas y tecnológicas para preservar la calidad y extender la duración de la conservación de los productos alimenticios. El impacto potencial sobre la salud de los residuos de pesticidas sobre frutas y verduras, el agregado de varias clases de productos químicos en la producción de alimentos y el uso de antibióticos como preservativos en productos alimenticios se convirtieron en temas cada vez más acuciantes en términos de salud pública a fines de los años 50.¹⁰ El Consejo Federal de Higiene se refirió al gran número de nuevos productos pesticidas “presentados con una evaluación inadecuada



Inspectores de carne analizando ternera en Jenkins Grocerteria, Calgary

de factores toxicológicos” y destacó que “una vez que un producto obtiene una licencia, no hay control adicional alguno que se pueda ejercer sobre su uso”.¹¹

10 L.L. Pugsley, “Food Additives”, *Canadian Journal of Public Health* 50 (octubre de 1959): 403–10; R.C.B. Graham y M.G. Allmark, “Residue Tolerances for Pesticides in Foods”, *Canadian Journal of Public Health* 49 (octubre de 1958): 430–4; F.S. Thatcher, “Antibiotics in Foods: A Review of Some Public Health Aspects”, *Canadian Journal of Public Health* 49 (febrero de 1958): 58–72

11 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 16–18 de marzo de 1953



Douglas A. Strong

Inspector-Jefe de Salud Pública para Terranova

Se dice que Douglas Anderson Strong fue un funcionario destacado y líder de su comunidad durante los 27 años que estuvo de Inspector-Jefe de Salud Provincial en Terranova. En 1949, fue el primer habitante de Terranova a recibir un certificado en Inspección de salud pública. Cuando el Sr. Strong se jubiló del servicio público en 1981, fue Director de Servicios Sanitarios de Emergencia. En 1967, presidió el Comité de Dirección que llevó a la formación de la División de Terranova y Labrador de la CPHA y se convirtió en su primer presidente. Fue socio fundador de la División Atlántica del Canadian Institute of Public Health Inspectors.

—CPHA Health Digest [Compendio de salud de la CPHA], 1993

La contaminación ambiental

El uso cada vez mayor de nuevos productos químicos industriales y agrícolas introdujo toxinas en el aire y el suelo, pero la principal preocupación ambiental era la contaminación del agua. La *International Joint Commission on Boundary Waters* (Comisión Conjunta Internacional sobre Aguas Limítrofes) se reorganizó después de la guerra y llevó a cabo estudios de la contaminación de los Grandes Lagos y de otras aguas limítrofes. Un informe publicado en 1951 indicaba que la contaminación del agua, en particular de los volúmenes cada vez mayores de desechos industriales no tratados y parcialmente tratados, había generado un peligro para la salud, además de efectos económicos adversos.

La supervivencia de los peces y la fauna se veía amenazada, por lo que la Comisión ordenó el

tratamiento de todos los desechos descargados en las aguas para que se cumpliera con el control de calidad de las aguas limítrofes. A diferencia de Estados Unidos, donde las administraciones estatales y municipales recibían financiamiento federal para construir nuevas plantas de tratamiento de aguas residuales, la total responsabilidad de la conducción de las aguas y del tratamiento y la eliminación de aguas residuales en Canadá quedaba en manos de las municipalidades locales. Desde comienzos de los años 30, había habido escasas o nulas mejoras, expansiones o nuevas construcciones de infraestructuras de aguas residuales y de

conducción de aguas en Canadá, y las municipalidades habían optado por los métodos más baratos y sencillos de eliminación de aguas residuales.

Se habían

realizado algunas obras para el tratamiento de aguas y alcantarillado en las provincias occidentales gracias al apoyo de las subvenciones nacionales de salud, y también en Ontario con financiamiento de la recientemente establecida comisión provincial para la lucha contra la contaminación. El Consejo Federal de Higiene expresó en 1953 que las autoridades de salud pública “pueden haber perdido de vista las cuestiones ambientales al expandir sus intereses a otros campos”. El desarrollo de las instalaciones necesarias no había seguido el ritmo de la rápida expansión industrial y de la vivienda, y las cuestiones ambientales de salud iban más allá del control de las autoridades de salud pública. En 1956, Ontario estableció una



Planta depuradora R.C. Harris, vista desde el eje del túnel, 2 de septiembre de 1953

Fondo 200, Serie 372, Subserie 72, Elemento 2036, la Ciudad de Toronto es la propietaria de los derechos de autor de estos registros



Margaret Isobel Whelan

La primera mujer Inspectora Sanitaria en Ontario

Margaret Isobel Whelan nació en 1919 en Buffalo, Nueva York y llegó a ser la primera mujer Inspectora Sanitaria (SI) cualificada en Ontario. Originalmente trabajó en el Departamento de Bacteriología en Connaught Medical Research Laboratories, realizando trabajos técnicos en investigación de antibióticos e inmunización. Encontró a muchos profesionales de la salud pública en Connaught, lo cual despertó su interés en seguir una carrera como SI. La señora Whelan comenzó con la inspección de tiendas de comestibles, salones de belleza y restaurantes, trabajando para el Departamento de Salud del Municipio de Etobicoke. La señora Whelan se trasladó más tarde al Salud Pública de Peel en Brampton, Ontario, donde trabajó como Inspectora de Salud Pública hasta su jubilación en mediados de los años 80.

—Dennis Persaud, Inspector de Salud Pública, Salud Pública de Peel

Comisión de Recursos Hídricos que trajo agua y construyó plantas de aguas residuales para los tres millones de personas que habitaban la provincia.¹²

El Consejo Federal de Higiene formó un panel sobre contaminación del agua y otro sobre contaminación del aire; ambos incluían a representantes de la industria. Los desafíos aparejados por la contaminación del agua incluían la disminución de los abastecimientos de agua subsuperficiales y el retroceso de la capa freática debido al aumento de la demanda urbana

¹² “The Control of Water Pollution”, *Canadian Journal of Public Health* 47 (diciembre de 1956): 529

de agua, que se veían agravados y alimentados por la rápida expansión industrial y por “la elevación continua del estándar y el confort de vida”. Como destacó el Consejo: “No importa cuán detestable sea la idea: en las áreas pobladas, la masa de agua potable consiste mayormente de aguas residuales diluidas que se han sometido a un tratamiento artificial o natural para recuperarlas de su estado original más o menos no contaminado... Muchas municipalidades urbanas no tienen más remedio que usar la basura líquida de una o varias municipalidades ubicadas corriente arriba o en la misma línea divisoria de aguas, sin el beneficio de la dilución natural”. Los representantes de la industria se resistieron a la instauración de una única norma provincial legislada para controlar la calidad del agua. “Es nuestra opinión que la corriente se utilice para la eliminación de desechos tanto domésticos como industriales en base a una capacidad de asimilación coherente con el programa para aquella corriente.”¹³

El representante de la industria en el panel de contaminación del aire también consideraba al aire como “un medio natural para la eliminación de residuos inservibles que, como en el caso del agua, debe atenerse al principio de ‘uso y no abuso’. A nuestro parecer, el aire se debe utilizar en la mayor medida posible coherente con la seguridad pública, el bienestar y el confort, siempre que sea el método más económico de eliminación. Pensamos así porque, por definición, cualquier otro método sería más caro y como el costo adicional en última instancia lo soporta la población, se produciría ineludiblemente una disminución

13 Minutas del Consejo Federal de Higiene, 5-7 de octubre de 1955; “Canada’s Problem of Water Pollution”, *Canadian Journal of Public Health* 46 (agosto de 1955): 339-41



E.A. Electa MacLennan

*Distinguida Enfermera-
Educadora para Nueva Escocia*

Electa MacLennan nació en Brookfield, Nueva Escocia y se educó en la Universidad de Dalhousie, la Escuela Hospital Real Victoria de Montreal, la Escuela de Enfermeras Graduadas de la Universidad de McGill, y consiguió un MA en Supervisión de la Salud Pública en la Universidad Columbia. Su disfrute de la enfermería comunitaria le llevó a la Victorian Order of Nurses, primero como supervisora en Montreal, luego como Supervisora de las Provincias Marítimas en la Oficina Nacional. En 1949, se nombró primera directora de la nueva Escuela de Enfermería en Dalhousie. Entre sus significativas innovaciones fue el organizar Institutos de Enfermería anuales para todas las provincias atlánticas. La señora MacLennan consiguió mucho para la formación de enfermeros a los niveles provincial, nacional e internacional.

—Canadian Journal of Public Health
[*Revista canadiense de salud pública*],
Vol. 67, mayo/junio de 1976

del nivel de vida”. Se optó por la creación de chimeneas más altas para dispersar los contaminantes del aire en lugar de cualquiera de las muchas técnicas de ingeniería que existían para evitar la descarga de humo, niebla y otros efluentes gaseosos al aire.¹⁴ Tales opiniones representaban la actitud económica, política y popular imperante de los años 50 hacia la salud ambiental. La suburbanización también aumentó la distancia física a los servicios de

14 Archivos, Cominio del Consejo de Salud, October 5-7, 1953; Gordon H. Josie, “Estadísticas de la Salud Pública en Estudios de la Contaminación del Aire,” *Canadian Journal of Public Health* 45 (Febrero de 1954): 64-9



J. Arthur Melanson

*Servicio Distinguido Militar
y a la Salud Pública de Nuevo
Brunswick*

El Dr. J. Arthur Melanson nació en Shediac, Nuevo Brunswick y completó sus estudios médicos en Escocia en la Universidad Edimburgo y en la Universidad de Toronto. Durante la Segunda Guerra Mundial, fue Vice-Director de Higiene con el grado de Teniente Coronel con el Cuartel General del Segundo Cuerpo Canadiense. Fue Vice-Ministro de Salud de Nuevo Brunswick y Médico-Jefe Higienista del Departamento de Salud Provincial de 1945–65, además de Registrador General del Registro de Estado Civil de Nuevo Brunswick. El Dr. Melanson comenzó su trabajo en salud pública en Nuevo Brunswick como diagnosticista de tuberculosis y médico higienista de distrito. El Dr. Melanson fue instrumental en organizar la División de Nuevo Brunswick-Isla del Príncipe Eduardo de la CPHA y sirvió como su primer presidente.

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

salud pública y hospitalarios y la dependencia del uso del automóvil. Por otra parte, como se señaló oportunamente, cuando no se contaba con dos automóviles en la familia, las amas de casa suburbanas solían quedar “abandonadas a su suerte” en sus hogares ante la falta de transporte público.¹⁵

15 Anthony Adamson, “Suburbanization”, *Canadian Journal of Public Health* 46 (agosto de 1955): 324–7

La salud pública

La escasez permanente de personal ante la creciente demanda pública y gubernamental de servicios de salud llevó a la ACSP a evaluar cómo hacer frente a las necesidades de la profesión. Tal como se observó en la primera reunión anual de la Asociación para la Salud Pública de Ontario, celebrada en Toronto junto con la reunión anual de la ACSP en junio de 1950, “un problema descollante en el funcionamiento de la Asociación Canadiense de Salud Pública a lo largo de los años ha sido el de la geografía”. Las reuniones anuales de la ACSP se celebraron en las regiones este, central y occidental, dejando largas pausas entre las reuniones en una provincia determinada.

En esta coyuntura, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el *Canadian Journal of Public Health* se aprestaban a celebrar su quincuagésimo aniversario. Ambos habían luchado desde el final de la guerra. El cargo de Director Ejecutivo establecido en 1945 sólo había durado tres años, dejando a la Asociación nuevamente a merced de una dirección ejecutiva voluntaria, un personal mínimo y un espacio de oficinas donado por la Escuela de Higiene. En 1957 se formó un comité especial para examinar los modos de mejorar la organización de la ACSC y sus finanzas. Entre las recomendaciones que se hicieron un año más tarde estaba el plan de aumentar el número y los honorarios de las membresías, agregando una nueva categoría de “membresía de apoyo” para que empresas e instituciones proporcionaran ayuda económica, y otorgando un rol más prominente a las asociaciones provinciales en el modelado de las políticas de orden nacional. La organización nacional proporcionaría servicios a las provincias

y se contrataría nuevamente a un director ejecutivo de jornada completa, con personal de media jornada y de jornada completa que proporcionara el liderazgo profesional y la coordinación de la gama de actividades cada vez mayor de la Asociación de cara al futuro.¹⁶

Un artículo del *Canadian Journal of Public Health* redactado por E.G. McGavran, Decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte, describió los vientos de cambio que remodelaban la profesión a fines de los años 50. Según McGavran, la salud pública parecía “perder terreno” y “caer en el oprobio” a medida que otras partes del gobierno asumían algunas funciones que debían ser inherentes al sector. Se estaban formando nuevos órganos y comisiones oficiales “sin una representación de salud pública uniforme que aborde asuntos tales como la contaminación de corrientes, la contaminación del aire, la construcción de hospitales, las administraciones de atención médica y el control de las enfermedades

crónicas”. McGavran sugirió un nuevo concepto de salud pública “basado en la aceptación reciente y futura de que la salud pública consiste en el diagnóstico y tratamiento científico de las comunidades”. Un enfoque excesivo en el tratamiento de las personas a



Qué mal que no nos vacunen para esto también

16 K.C. Charron, “The Association: Today and Tomorrow”, *Canadian Journal of Public Health* 50 (septiembre de 1959): 378–84; “The Canadian Public Health Association, Annual Report, 1958–1959”, *Canadian Journal of Public Health* 50 (junio de 1959): 256–60



Adelard Groulx

Médico Jefe de Salud Pública de Montreal por casi 30 años

El Dr. Adelard Groulx jubiló como Médico Jefe de Salud Pública de Montreal en 1965, cargo que ocupó desde 1937. Nació en Sainte-Scholastique, se graduó de médico de la Universidad de Montreal y se incorporó al servicio cívico en Montreal como jefe de la división de salud infantil en el Departamento de Salud. Desempeñó una serie de cargos en la Escuela de Higiene de la Universidad de Montreal y dio charlas en la Escuela de Enfermeras de Salud Pública, como asimismo en la Facultad de Odontología, Facultad de Farmacia, y en el Instituto de Administración Hospitalaria. Además, fue director del Instituto de Microbiología e Higiene de la Universidad de Montreal. El Dr. Groulx fue Presidente de la CPHA en 1943 y contribuyó de manera muy significativa y valiosa a la Asociación mediante su trabajo en diversos comités. El Dr. Adelard Groulx fue nombrado Médico Higienista Jefe para la *Expo '67*.

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

través de nuevas “drogas mágicas y herramientas diagnósticas refinadas” había impedido que el sector de la salud pública viera “el verdadero foco” y la importancia de su trabajo que, a su modo de ver, siempre debía enfocarse en la comunidad.¹⁷

17 Edward G. McGavran, “The Promise of Public Health”, *Canadian Journal of Public Health* 50 (mayo de 1959): 197–2



Eleanore Louise Miner

Promocionando la Enfermería de la Salud Pública y la Prevención Primaria

Eleanore Louise Miner, de Regina, Saskatchewan, fue líder en el campo de la salud pública durante su compromiso con ellos de 35 años. En cada oportunidad, promovió la prevención primaria y apoyó la ampliación del personal de salud comunitaria para que incluyera higienistas dentales, nutricionistas, logopedas, psicólogas y fisioterapeutas. Trabajó para establecer programas de salud pública para los desfavorecidos, para trabajadores expuestos a riesgos de salud, para madres y los recién nacidos. Fue presidente de sus asociaciones de enfermeras tanto provincial como nacional y, desde 1959 a 1961, fue presidente de la Asociación para la Salud Pública de Saskatchewan. La señora Miner publicó una serie de artículos sobre financiamiento público de la enfermería de la salud pública en la *Canadian Journal of Public Health*, documentando las contribuciones significativas de las enfermeras de la salud pública en la comunidad.

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

Con los canadienses viviendo más tiempo, la salud pública se enfrentaba a nuevos desafíos. Las enfermedades y lesiones crónicas y los riesgos del “estilo de vida” relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, aunados al resurgimiento de infecciones de transmisión sexual, se convertirían en las próximas

cuestiones clave en el área de la prevención. El uso masivo del automóvil aumentaría las muertes y lesiones debidas a accidentes de tránsito, mientras que las cuestiones ambientales se implantarían en la próxima década como el área de la salud pública que debería hacer frente a una redefinición.