

# Epílogo

Por John M. Last<sup>1</sup>

En su discurso presidencial de 1972, el Presidente de la ACSP Vince Matthews (1922–1988) habló bajo el título “Lo pasado es prólogo” y, aludiendo al futuro, finalizó su discurso inspirador sobre el estado de la salud pública y de los servicios de salud pública en Canadá diciendo, “¡Aún no han visto nada!” Ese título encaja perfectamente con el contenido de este libro, y su frase final es muy apropiada para aplicar a este epílogo. Vince Matthews no vivió lo suficiente para ver cuán lejos hemos llegado desde que pronunció su discurso. Él hubiera apreciado mucho este libro, al igual que muchas otras mujeres y hombres que fueron parte de la salud pública canadiense, algunos de los cuales se mencionan por su nombre en este libro, otros no. En años pasados cuando los líderes de salud pública de Canadá se reunían, las conversaciones a veces se tornaban hacia la necesidad de registrar los anales de salud pública en Canadá. Estos anales han comenzado a contar aquella historia, pero finalizan cuando recién comenzaban los grandes avances en el sector de salud pública canadiense, y la historia se tornaba más interesante que nunca.

Este libro brinda una historia cronológica de la salud pública en Canadá desde el principio de su período colonial hasta 1986. Este período completo se podría ver como el prólogo a los avances en las ciencias y la práctica de salud

pública que comenzaban alrededor de la época cuando finaliza esta historia. No obstante, hubiera sido imprudente escribir la “historia” hasta la actualidad, porque a fin de cuentas es difícil y a veces imposible determinar, hasta años más tarde, el nivel de trascendencia de acontecimientos específicos y el grado de importancia de las personas que se han visto involucradas en los mismos. También es difícil, a veces imposible, escribir imparcialmente acerca de los acontecimientos y de las personas que los hicieron posible, o que intentaron evitarlos. Es preferible posponer hasta que sea más fácil determinar cuáles son los acontecimientos que han tenido una trascendencia perdurable. El diccionario británico de biografía (*Dictionary of National Biography*) aplica la regla de los 50 años, por la cual no se incluye a ninguna persona hasta que no hayan pasado 50 años de su muerte. Para la publicación de expedientes del gabinete y otros documentos gubernamentales confidenciales, normalmente se aplica una regla de 20 ó 30 años. Cincuenta años serían demasiado tiempo para la historia de salud pública en Canadá. Han pasado muchas cosas de gran importancia desde 1960. La segunda mitad del siglo XX fue un período notable de descubrimientos científicos, desarrollo técnico, pensamiento conceptual innovador y reorientación de los valores y las creencias acerca de las funciones y responsabilidades de

1 Con el aporte de Gerry Dafoe, Margaret Hilson, Trevor Hancock, Jamie Hockin, Cory Neudorf, Klaus Seeger y Erica Di Ruggiero.

la familia, las diferencias raciales y de género, y la igualdad racial. Estos cambios profundos han acompañado y contribuido al mejoramiento de la salud de la población y han afectado muchos aspectos de la práctica de salud pública, así como de la práctica clínica médica y de enfermería, de algún modo integrando estas ramas previamente divergentes del sector de salud. Algunos de los descubrimientos, avances técnicos y conceptos que se produjeron desde 1960 se mencionan en este libro y otros se deben mencionar en este epílogo, a pesar de la regla de los 50 ó 20 años. En este epílogo mencionamos algunos acontecimientos que han ocurrido a partir de 1986 y que muy probablemente afectarán el futuro desarrollo de los servicios de salud pública en Canadá y la salud del pueblo canadiense. Futuros historiadores deberán juzgar si su mención en este epílogo refleja una percepción excepcional o simplemente orgullo.

El pasado, descrito detalladamente en capítulos anteriores, se puede resumir brevemente. Entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX los servicios de salud pública comenzaron a tomar forma en Canadá, y hubo algunos líderes inspiradores que ayudaron a encaminar su desarrollo. Independientemente del lugar donde se hayan hecho, los descubrimientos importantes sobre las formas de promover, mejorar, proteger y conservar la salud de la población canadiense en su mayor parte se han aplicado en seguida, sobre todo en las ciudades principales. En determinadas ocasiones, por ejemplo la fluoración de los suministros de agua pública y el acceso a instalaciones que aseguren el derecho a la elección de la mujer en materia de reproducción, la aplicación ha sido desigual, incompleta y variada entre las provincias,

ciudades y zonas rurales, pero en general Canadá ha mantenido el ritmo de las otras naciones industrializadas ricas y en algunos aspectos ha llevado la voz cantante.

En la década de 1970, el pensamiento conceptual canadiense acerca de los determinantes de buena salud lideró el mundo; los conceptos se establecieron en el informe *A New Perspective on the Health of Canadians* (Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses)<sup>2</sup> (el Informe de Lalonde). Estos conceptos ayudaron a reorientar la salud pública hacia la promoción de la mejora de la salud, sin quitar énfasis a la protección de la salud y la prevención de enfermedades a través del control de riesgos ambientales y realizando la inmunidad mediante el uso de una gama cada vez mayor de vacunas. Los conceptos de promoción de la salud se ven manifestados en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud,<sup>3</sup> una declaración de principios que se refinó a su forma definitiva y se firmó en una conferencia organizada por la ACSP y co-patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Canadá en Ottawa en el año 1986. Coincidiendo con esta conferencia, el Ministro de Salud, Jake Epp, publicó *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion* (Logrando salud para todos: un marco para la promoción de la salud)<sup>4</sup> (el Informe de Epp). Ron Draper (1935–1997), primer Director General de la

---

2 Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document* (abril de 1974) Ottawa: Gobierno de Canadá, disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

3 Carta de Ottawa para la promoción de la salud, Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (21 de noviembre de 1986) WHO/HPR/HEP/95.1, disponible en: [www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

4 Jake Epp, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion* (1986) Ottawa: Ministerio de Salud de Canadá

Dirección de Promoción de la Salud, contribuyó decisivamente al trabajo de este informe y del documento de la OMS que pasó a ser la Carta de Ottawa. Fue un líder mundial en materia de práctica y principios de promoción de la salud en las décadas de 1970 y 1980. En subsiguientes conferencias de la OMS sobre la promoción de la salud, en 1988 en Adelaide y más recientemente en Bangkok en 2005, se efectuaron modificaciones adicionales del pensamiento conceptual y de las aplicaciones prácticas de la promoción de la salud y de la protección y prevención de enfermedades y lesiones, pero el crédito por el concepto original pertenece a Canadá y principalmente a los canadienses, sobre todo a Ron Draper. Todos los canadienses, no sólo aquellos que pertenecen al sector de la salud, pueden estar orgullosos de este logro, que encontró aplicación inmediata en el Proyecto ciudades sanas. Toronto era una “ciudad sana” en la vanguardia del Proyecto ciudades sanas de la OMS, no sólo por el impulso, la diligencia y la dedicación que mostraron Trevor Hancock y sus colegas que lanzaron el movimiento en Toronto en la conferencia *Beyond Health Care* (Más allá de la asistencia médica) donde se lanzó el concepto del Proyecto ciudades sanas, sino también por la colaboración del alcalde y de otros funcionarios municipales elegidos, que establecieron la primera oficina de Ciudad Sana en Canadá, el primer consejo municipal de política de alimentos y otras iniciativas como el mejoramiento de instalaciones para caminar y andar en bicicleta. La oficina de Ciudad Sana de Toronto aseguró que los impactos sanitarios se tuvieran en cuenta en los departamentos municipales y fomentaron y apoyaron las acciones comunitarias, estableciendo un vínculo entre las dimensiones ambientales, sociales y económicas. Este logro no se ha celebrado

suficientemente en Canadá ni en ningún otro lado. Esta historia ofrece la oportunidad de celebrarlo y de dar merecido crédito a todos aquellos que llevaron al cambio, y a la cantidad innumerable de personas que trabajaron y apoyaron estas actividades. Trabajando con Ron Draper, Trevor Hancock y otros, la doctora Ilona Kickbusch de la Organización Mundial de la Salud llevó los conceptos y métodos a Europa, donde se aplicaron con resultados positivos en el Proyecto ciudades sanas de la OMS que comenzó en 1986, y que luego se extendió por todo el mundo.

Los individuos canadienses y las organizaciones canadienses vienen desempeñando una función muy importante en la salud internacional desde hace mucho tiempo. Son bien conocidos el rol del Norman Bethune como cirujano de guerra primero en la Guerra Civil Española, luego como miembro de las fuerzas comunistas chinas bajo Mao Zedong y su muerte por septicemia durante la Larga Marcha. Muchos doctores y enfermeras canadienses de menor perfil han dedicado sus vidas a actividades más eficaces aunque menos extravagantes que la cirugía de guerra, contribuyendo a través del fortalecimiento de las capacidades en los sistemas y servicios de salud pública, en especial mediante la protección y restauración de la salud de lactantes y niños en países en vías de desarrollo. Como ejemplo de dedicación y lealtad a esta causa, debemos considerar el trabajo de los doctores Donald y Elizabeth Hillman, pediatras capacitados en la Universidad McGill, que trabajaron durante muchos años en África Oriental, Uganda, Tanzania, Kenia, Zambia y más tarde en Malasia y Kuwait, entre otros lugares. Su trabajo fue reconocido cuando ambos recibieron la condecoración de Oficial de la Orden de Canadá.

El reconocimiento de miles de personas que hoy están vivas en África gracias a su trabajo, y de muchos estudiantes y doctores y enfermeras jóvenes que los han visto como modelos a imitar y que siguen sus pasos son, en definitiva, distinciones más importantes. Al igual que los Hillman, muchos otros doctores y enfermeras canadienses se dedican silenciosamente a mejorar la salud y las vidas de las personas menos afortunadas del mundo, en países de bajos ingresos, en comunidades de refugiados, en zonas de guerra y en regiones afectadas por desastres naturales. En el mundo nunca parecen haber escasez de comunidades y regiones necesitadas, ni tampoco parece haber escasez de enfermeras, veterinarios, ingenieros sanitarios, educadores en materia de salud y médicos canadienses dedicados y humanitarios, capaces y dispuestos a ofrecer ayuda donde y cuando haga falta. Muchas enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud han tenido carreras distinguidas en salud pública, trabajando para organizaciones no gubernamentales (ONG) canadienses como CUSO, para ONG internacionales como el Comité Internacional de la Cruz Roja / Media Luna Roja y Médicos Sin Fronteras, y para misiones religiosas, mejorando la reputación de Canadá como nación que hace un buen trabajo en el mundo.

El programa de inmunización internacional contra todas las enfermedades prevenibles con vacunas en las naciones en vías de desarrollo Francófonas y de la Mancomunidad lanzado por la ACSP y otras ONG en 1986, en colaboración con la OMS y UNICEF pasó a ser la Iniciativa Canadiense para la Vacunación Internacional y en 2010 cuando se escribió este epílogo, todavía estaba en curso. El rol de la ACSP en estas actividades internacionales fue reconocido

en 1992, cuando la ACSP recibió el Premio Sasakawa de la OMS, siendo la primera vez que una organización canadiense recibe esta prestigiosa distinción. El reconocimiento fue aún mayor cuando la Directora de Programas Internacionales de Salud de la ACSP, Margaret Hilson, recibió la condecoración de Oficial de la Orden de Canadá en 2004.

Durante las tres últimas décadas, la Asociación Canadiense de Salud Pública y otros trabajadores de salud pública han desarrollado actividades en muchos programas y proyectos de salud ambiental en todo Canadá y a veces fuera del país. Ejemplos incluyen investigación y control de arsénico ambiental como contaminante de la minería de oro en y cerca de Yellowknife, Territorios del Noroeste, y en Bangladesh donde altas concentraciones de arsénico contaminan el suelo, y también hizo que las bombas de agua financiadas por Canadá (proyecto iniciado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo) suministren agua potable limpia, donde el agua era una fuente potencial de envenenamiento letal por arsénico. El problema de arsénico en Bangladesh todavía se estaba tratando de solucionar en el año 2010. Otros problemas ambientales importantes en los cuales la ACSP y otras organizaciones e individuos han estado involucrados incluyen la contaminación industrial de fluoruro en Terranova (que afecta principalmente a las comunidades de las Primeras Naciones) a ambos lados de la frontera entre Canadá y EE.UU., cerca de Cornwall-Massena. Un problema inusual de salud ambiental fue la investigación de los impactos de vuelos supersónicos bajos que realizaban las aeronaves de la OTAN durante el entrenamiento sobre algunas zonas de Labrador. Se han estudiado los posibles impactos tanto en

la fauna como en la escasa población humana en la región. Otro desafío de salud ambiental fue el desarrollo de programas de lucha contra los vectores para reducir el riesgo de los humanos de contraer la fiebre del Nilo Occidental, particularmente en Winnipeg y el sudoeste de Ontario. Inicialmente estos programas de lucha contra los vectores tenían efectos ecológicos adversos deplorables, pero con una gestión más cuidadosa, se ha reducido el daño a los insectos que son ecológica y económicamente importantes. Otro problema de salud ambiental fue el control de brotes de listeriosis en las plantas procesadoras de carne. Los inspectores de salud pública de Canadá aceptaron el uso del Sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (HACCP por su sigla en inglés) en los programas canadienses de inocuidad alimentaria. A principios de la década de 1990, los inspectores de salud pública y los profesionales de la salud ambiental y pública fueron los primeros en Canadá en adoptar el programa HACCP para evaluar e inspeccionar todos los establecimientos de venta de alimentos al menudeo. El concepto del sistema HACCP se aplicó por primera vez en el programa espacial y fue desarrollado por la NASA. Un adelanto muy importante para mejorar la salud ambiental en Canadá fue la promulgación de la *Ley de lucha contra el tabaquismo* (1994) de Ontario y leyes similares en las otras provincias de Canadá. Esta legislación disminuyó el uso del tabaco en sitios públicos, aumentó el índice de abandono del tabaco en general y redujo el inicio del hábito de fumar en los adolescentes.

Desde la década de 1970 y hasta cierto punto antes, la mayoría de las provincias canadienses han intentado distintas variaciones de organización y provisión de servicios de salud

pública, por lo general con el propósito explícito o implícito de contener los costos, y en lo posible reducirlos. La repetida reorganización y “reforma” de los servicios comunitarios y de salud pública han marcado la mitad del siglo desde la década de 1960 hasta 2010. En determinadas ocasiones los gobiernos han cortado personal y servicios como parte de la reorganización, en el intento drástico y demasiado entusiasta para algunos, de ahorrar fondos fiscales. El brote de la mortal y lisiente *E. coli* O157:57 en Walkerton, Ontario en el año 2000 y de criptosporidiosis en North Battleford, Saskatchewan demostraron una vez más que los servicios esenciales de salud pública no se pueden cortar sin caer en el riesgo de enfrentar consecuencias nefastas. A veces las restricciones presupuestarias son el resultado de prioridades conflictivas para los fondos de los “sobres” provinciales de salud que incluyen costos de personal e infraestructura en hospitales, servicios médicos de emergencia y médicos de familia. A veces pareciera que el ministerio de salud federal y los ministerios de salud provinciales han confundido la infraestructura y los servicios esenciales de salud pública con el cuidado personal basado en la comunidad, es decir la asistencia médica, y hasta parece que las han considerado la misma cosa.

No obstante, en décadas recientes los servicios de cuidado personal y los servicios de salud pública han aunado sus esfuerzos de manera importante y particular. Un acontecimiento históricamente significativo de importancia duradera en materia de salud pública que comenzó en la década de 1970 vinculó los servicios de salud pública y los servicios de cuidado personal de una forma nueva. En 1974 se estableció el Grupo de Estudio Canadiense sobre el Examen Médico Periódico,

en un principio como un modo de averiguar si el procedimiento popular de práctica general conocido como “chequeo anual” justificaba su costo dentro del recientemente establecido programa de seguro de salud pública. Este grupo de estudio es digno de mención porque los procedimientos de detección precoz utilizados en la medicina clínica preventiva, desde el desarrollo fetal hasta el cuidado paliativo y el cuidado del anciano, tienen un papel cada vez más destacado en la salud de la población: éstos se han vuelto parte esencial de la gama completa de materiales destinados a servicios de salud pública – un vínculo de conexión entre los servicios de salud pública y los servicios de cuidados personales preventivos. Este grupo dio origen a las nuevas herramientas de medicina y salud pública basadas en la evidencia y evaluó los métodos y procedimientos usados para la detección temprana de una amplia variedad de afecciones que amenazan la vida y producen discapacidad. Imitando a Canadá, Estados Unidos formó un grupo de estudio homólogo, y ambos grupos han aunado estrechamente sus esfuerzos desde mediados de la década de 1980 y son hoy reconocidos como parte integral de los servicios de salud pública. Entre sus funciones está la evaluación sistemática de las pruebas sobre las cuales se basan las recomendaciones y notificaciones de advertencia sobre los procedimientos de detección precoz y los métodos de detección temprana.

Desde la década de 1980, se escalonaron diversos acontecimientos desafortunados que acentuaron la presión por un mayor énfasis en la salud de los canadienses, un financiamiento estable y confiable para infraestructura y un mayor número de profesionales capacitados en todas las profesiones implicadas en la prestación de

servicios de salud pública. Estos acontecimientos incluyeron la importancia cada vez mayor de la pandemia del VIH/SIDA. En 1993, en respuesta a la expansión global del SIDA, la Declaración de Lac Tremblant emitida por el *Expert Working Group on Emerging Infectious Disease Issues* (grupo de expertos sobre cuestiones relacionadas con enfermedades emergentes) pidió que se tomaran medidas en materia de vigilancia, investigación, respuesta ante los brotes y capacidad de laboratorio para tratar específicamente las enfermedades emergentes, así como una estrategia nacional de inmunización. A fines de los años 1980, la catástrofe de salud pública ocasionada por la infección por VIH/SIDA y hepatitis C en individuos que habían recibido sangre y hemoderivados contaminados afectó a muchos miles de personas en varios países, incluido Canadá. La designación del juez Horace Krever para estudiar la seguridad de los bancos de sangre de Canadá dio lugar a una serie de recomendaciones, incluido un llamamiento a mejorar los servicios de salud pública.<sup>5</sup> Una de las respuestas organizativas fue la consolidación en 2000 de muchas actividades de salud pública del Ministerio de Salud de Canadá, incluido el Laboratorio de Lucha contra la Enfermedad y la Dirección de Promoción de Salud, dentro de la Dirección General de la Salud de la Población y de la Salud Pública.

La población canadiense estaba alarmada por la aparición de brotes y epidemias de varias otras enfermedades infecciosas, incluyendo la enfermedad del virus del Nilo Occidental y un brote de *E. coli* O157:H7 en 2000 en Walkerton, Ontario, que causó al menos siete muertes y aproximadamente 2.500 casos, algunos de los

5 *Krever Commission Report* (1997) Ottawa: Ministerio de Obras Públicas y Servicios Gubernamentales de Canadá

cuales se asociaron a daño permanente al hígado y/o a los riñones. En aquel momento, el agua subterránea contaminada no se había analizado como corresponde, el personal profesional era escaso y las instalaciones existentes para el análisis de aguas se habían abandonado bajo la premisa de que el sector privado podría realizar mejor estos estudios (es decir, a un menor costo) que los “burócratas del gobierno” (es decir, científicos capacitados en calidad de agua).

En 2003, una epidemia de una nueva enfermedad, el síndrome respiratorio agudo y grave, comúnmente conocido como SARS, causó unos 330 casos concretos y 32 muertes en Toronto y tuvo consecuencias económicas graves cuando la OMS emitió una recomendación para viajes que advertía del riesgo de viajar a Toronto. Se estimó que la epidemia de SARS había provocado pérdidas económicas de 35 millones de dólares por día en Toronto. Los microbiólogos descubrieron que el SARS se debía a un coronavirus transmitido principalmente por gotitas de saliva esparcidas en las cercanías, y la investigación posterior del Dr. David Naylor derivó en un informe del Comité Consultivo Nacional sobre SARS del año 2003, en el que se recomendaba, entre otras cosas, el establecimiento de una agencia “independiente” de salud pública.<sup>6</sup>

En respuesta a las recomendaciones de Naylor, en septiembre de 2004 se estableció la Agencia de Salud Pública de Canadá, que fue confirmada como persona jurídica en diciembre de 2006 por la *Ley sobre la Agencia de Salud Pública de Canadá*. Si bien la visión de Naylor de la agencia propuesta fue más independiente que

el departamento gubernamental que se creó, un aspecto importante es que el cargo del Director de Salud Pública es también el de viceministro, y posee el mandato de comunicar directamente a los canadienses y al gobierno los asuntos importantes de salud pública. El Informe Anual del Director de Salud Pública es también un requisito legislado de la oficina, y el primero de estos informes, enfocado en las desigualdades de salud, se presentó al Parlamento en 2008.<sup>7</sup>

En 2000 se establecieron los Institutos Canadienses de Investigación sobre Salud (ICIS) con la audaz visión de transformar la investigación sanitaria en Canadá y sobresalir, siguiendo normas internacionalmente aceptadas de excelencia científica, “en la creación de nuevo conocimiento *y su traducción* en mejoras de la salud de los canadienses, en servicios y productos de salud pública más eficaces y en un sistema canadiense de atención médica fortalecido” – una visión que claramente se distinguía de la de su antecesor, el Consejo de Investigaciones Médicas de Canadá. Tras su creación, el gobierno pidió a los ICIS que apoyaran una investigación en salud interdisciplinaria e integradora que no sólo incluyera la investigación biomédica y clínica sino también de los sistemas de salud, los servicios de salud, la salud de las poblaciones y las influencias sociales, culturales y ambientales sobre la salud. Como parte de la transformación de la organización, se crearon trece institutos virtuales, incluido el mundialmente único Instituto de la Salud Pública y de las Poblaciones (ISPP).

La misión del ISPP era apoyar la investigación dentro de las complejas interacciones

6 *Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada* (2003) Ottawa: Ministerio de Salud de Canadá, disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/>

7 David Butler-Jones, *Report on the State of Public Health in Canada: Addressing Health Inequalities* (2008) Ottawa: Agencia de Salud Pública de Canadá, disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/index-eng.php>

(biológicas, sociales, culturales y ambientales) que determinan la salud de los individuos, las comunidades y las poblaciones globales, y su aplicación dentro de las políticas y prácticas de salud pública. Su primer director científico, el Dr. John Frank, dirigió el instituto hasta mediados de 2008 y fue responsable de varias iniciativas concebidas para fortalecer la capacidad de investigación de manera de abordar problemas de salud pública y sus determinantes subyacentes (la reducción de las disparidades de salud, los impactos de los entornos físicos y sociales sobre la salud y la salud global figuraban entre las prioridades del instituto). El instituto también fue uno de los líderes que pusieron en evidencia la fragilidad del sistema de salud pública en Canadá, al emprender un estudio multipartito sobre la organización y el financiamiento de los servicios de salud pública en naciones comparadas, que se inició varios meses antes de la aparición del SARS. Las recomendaciones de este informe, titulado *The Future of Public Health in Canada: Developing a Public Health System for the 21st Century (El futuro de la salud pública en Canadá: desarrollo de un sistema de salud pública para el siglo XXI)*, se ratificaron en un grupo de expertos conducido por el instituto en ocasión de la conferencia de la ACSP de 2003 en Calgary. Desde julio de 2008, el instituto ha estado a cargo de la Dra. Nancy Edwards (profesora de la Universidad de Ottawa) y ha demostrado la relevancia potencial que tiene la investigación en los problemas apremiantes de salud pública. La misión actual del instituto y sus prioridades de investigación estratégicas están en estrecha consonancia con varios llamamientos mundiales y nacionales a la acción para reducir las injusticias de salud dentro y entre los países y hacer un mayor hincapié en una investigación

orientada a políticas y programas que conduzcan a mejoras de la salud de la población y a la promoción de la equidad en materia de salud.

## **Conclusión y algunas recomendaciones**

Sería tentador sugerir que, en el último cuarto de siglo, la salud pública de Canadá ha “alcanzado la mayoría de edad” pero sería imprudente ceder ante esta tentación, que a menudo ha seducido a personas destacadas de las profesiones universitarias, las artes y el comercio. Los intelectuales de fines del siglo XIX de París, Londres y Nueva York creían que su sociedad había “alcanzado la madurez”, si no la perfección, en ciencia, arte y organización social, y rechazaban a los críticos que señalaban imperfecciones tales como los elevados índices de mortalidad infantil y la ausencia del sufragio femenino. Hemos recorrido un largo camino desde aquellos días, pero queda mucho por hacer de cara al futuro inescrutable, y nos hallamos frente a algunos desafíos obvios. Por ejemplo, los sistemas y servicios de salud pública, una de las bases más importantes de una sociedad estable y sana, tienen un bajo perfil público, suelen darse por sentados, son apenas conocidos y aun menos apreciados por la sociedad a la que sirven y protegen, que a menudo sólo toma cuenta de ellos cuando se ve amenazada por una emergencia sanitaria como una epidemia letal. Con demasiada frecuencia, estos sistemas y servicios vitales están a merced de funcionarios electos mal informados y bajo la amenaza perpetua de políticos que la población ha elegido tras falsas promesas de reducir impuestos. Cuando esa amenaza se hace efectiva, se erosionan las infraestructuras esenciales y

pueden presentarse situaciones de crisis como el brote de *E. coli* en Walkerton, Ontario. Las profesiones que forman parte de los servicios de salud pública deben alzar su voz y abogar por un cambio más enérgicamente de lo que lo han hecho en el pasado. El Dr. David Butler-Jones, primer Director de Salud Pública de Canadá, demostró ser un defensor excelente de la salud pública. Él y todos los que le sucedan en el futuro deberán estar en condiciones de hacer frente a las amenazas para la salud de los canadienses, así como al riesgo de que el cargo se politice o sea “amordazado”. Una Asociación Canadiense de Salud Pública que sea políticamente influyente y hable en nombre de todo el personal de la salud pública de Canadá podría servir de apoyo si alguna vez se presentara tal peligro, defendiendo a los canadienses contra acciones indebidas, motivadas por fines políticos. Para ser creíble, la ACSP debe representar a todos los trabajadores de la salud pública. Actualmente no es así. La mayoría de los graduados recientes de los programas de formación de posgrado que proliferan en todo Canadá se identifican con la disciplina en la que se han especializado y no con la salud pública. Algunos nunca han oído hablar de la ACSP y muy pocos se han unido a ella, ya que consideran que esta institución es irrelevante para su desarrollo profesional. Revertir esta percepción es un desafío al cual la ACSP debe responder enérgicamente.

A pesar de lo riesgoso que es hacer predicciones, parece seguro afirmar que los avances recientes en biología, ecología, comunicaciones y tecnología de la información probablemente encuentren muchas aplicaciones en la práctica de la salud pública. La genómica y la ingeniería genética ya se están aplicando al control de vectores al producir especies

genéticamente modificadas de vectores que son estériles o incapaces de portar el patógeno que de otro modo podrían transmitir. Se deben desarrollar articulaciones más estrechas entre la salud humana y la salud del ecosistema para salvaguardar la sostenibilidad de este último. Están aumentando a un ritmo espectacular las aplicaciones de la electrónica en el procesamiento y almacenamiento de información, por ejemplo, en microprocesadores de computadora destinados a usarse en las áreas del cuidado personal y de la salud pública. Es necesario lograr el acuerdo y el consenso entre especialistas y tecnólogos de la información de la salud por un lado, y los responsables de la privacidad por otro, con respecto a la información esencial para identificar a los individuos y los pasos necesarios para salvaguardar la privacidad individual. Ésta y otras cuestiones y dificultades éticas no se entienden por completo y rara vez se discuten en la práctica de la salud pública.

La mayor fortaleza de la salud pública es contar con personas capacitadas, informadas, calificadas y dedicadas a proteger y mejorar la salud de los canadienses y de las personas de todo el mundo. Por lo tanto, la oleada reciente de programas de posgrado en salud pública promete buenos augurios para fortalecer y renovar el personal del sector y crear una plantilla de nuevos profesionales que sean capaces de ejercer una influencia positiva en las décadas venideras. Su impacto dependerá de los gobiernos, ya que la palabra “pública” alude no sólo al bien público, sino también al del sector público en el cual se desempeñan la mayoría de los trabajadores de la salud pública. Los gobiernos deben aumentar su inversión en salud pública por encima del nivel actual, que resulta claramente inadecuado.

La prevención de las enfermedades y las lesiones y la promoción de la salud y el bienestar de las personas y las comunidades seguirá siendo una preocupación central de la salud pública en las próximas décadas. Esta prevención ha de complementarse con un enfoque semejante sobre los determinantes ambientales, sociales, económicos y culturales de la salud, de manera coherente con la tradición de la salud pública y su evolución reciente. Es probable que algunas áreas trascendentales de trabajo enfocadas en estos amplios determinantes sean especialmente importantes en el siglo XXI:

**Un enfoque en la salud materna y en el desarrollo neonatal y de la primera infancia**, como parte de una inversión a largo plazo en el desarrollo humano que traiga beneficios en la salud de por vida y una serie de otros beneficios sociales y económicos a las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto.

**Un enfoque en la salud y en el entorno urbanístico**, crítico en un mundo que se urbaniza rápidamente, tanto en países de ingresos bajos y medios, como en Canadá, donde tenemos un 80% de urbanización y las personas pasan el 90% de su tiempo puertas adentro. La influencia del entorno urbanístico en la seguridad, la contaminación en locales cerrados y del aire libre, la actividad física, el acceso a los alimentos, la salud mental y la cohesión social, entre otras cuestiones, amerita una mayor investigación y una intervención activa.

**Un enfoque en la equidad en materia de salud**, de acuerdo con la valoración del informe de 2008 de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, respaldado por Canadá. La reducción de las desigualdades en

el acceso a los determinantes básicos de la salud como agua limpia, alimento, techo, educación, servicios sociales y de salud, ingresos adecuados y condiciones de vida y laborales seguras y sanas, tanto en Canadá como en el resto del mundo, será crucial para poder abordar el deterioro de la salud y reducir la brecha entre ricos y pobres en este sentido. Asimismo, será necesario afrontar las implicaciones de la globalización en términos de salud, una cuestión que también ha puesto en relieve la Comisión de la OMS. Dentro de Canadá, se debe prestar una atención urgente a la corrección del estado inicuo de los habitantes de las Primeras Naciones, muchos de los cuales habitan viviendas vergonzosamente inadecuadas en reservaciones remotas, en una señal clara de que están “fuera de la vista y de la mente”.

**De la misma forma, es necesario un enfoque en el determinante fundamental de la salud humana, la salud del ecosistema.**

La ACSP exploró esta cuestión en su informe de 1992 relativo a la salud humana y del ecosistema, pero la situación global ha empeorado notablemente desde entonces, como lo atestiguan numerosos informes de las Naciones Unidas y otros informes oficiales. Cuatro áreas amplias de cambios ambientales globales, a saber, el cambio climático y atmosférico, la contaminación y la ecotoxicidad, la reducción de los recursos y, la pérdida del hábitat, de las especies y de la biodiversidad, así como sus interacciones sinérgicas, representan amenazas significativas para la salud humana de hoy y de las próximas décadas. El bienestar y la supervivencia del hombre – las preocupaciones fundamentales de la salud pública – exigen una transición a un estilo de vida más ambientalmente sostenible. Es posible que este cambio, que la salud pública tendrá que facilitar y apoyar, traiga

muchos beneficios en términos de salud, pero la transición en sí misma será un desafío.

Finalmente, la práctica de la salud pública reclama **un enfoque en la aplicación apropiada de los descubrimientos científicos y del desarrollo técnico**. Algunos departamentos de salud previsores aplican rápidamente – incluso a veces demasiado rápidamente – algunas innovaciones, por ejemplo, en los métodos de recolección, procesamiento, almacenamiento y recuperación de información biomédica, social, económica y otras informaciones relevantes. En otros contextos, tales desarrollos están retrasados o completamente ausentes.

Podemos afirmar con seguridad que “lo pasado es prólogo” y que la parte más rica de esta narración indudablemente tendrá lugar en entregas futuras sobre la historia de la salud pública de Canadá.