

PANDEMIAS EN PERSPECTIVA: GESTIÓN SANITARIA Y EFECTOS SOCIOCULTURALES DE LA «GRIPE ESPAÑOLA» Y EL COVID-19 EN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

PANDEMICS IN PERSPECTIVE: HEALTHCARE MANAGEMENT AND SOCIOCULTURAL EFFECTS OF THE “SPANISH FLU” AND COVID-19 IN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Marcos de los Reyes Marrero-Santana* 

Fecha de recepción: 05 de mayo de 2025

Fecha de aceptación: 16 de junio de 2025

Cómo citar este artículo/Citation: Marcos de los Reyes Marrero-Santana (2025). «Pandemias en perspectiva: gestión sanitaria y efectos socioculturales de la «Gripe española» y el Covid-19 en Las Palmas de Gran Canaria». *Anuario de Estudios Atlánticos*; núm. 72: 072-012.

<https://revistas.grancanaria.com/index.php/aea/article/view/11152/aea>

ISSN 2386-5571. <https://doi.org/10.36980/11152/aea>

Resumen: Las pandemias de «Gripe española» y COVID-19 tuvieron un alto impacto en términos de incidencia y mortalidad global, guardando varios paralelismos en su aparición, desarrollo, gestión y consecuencias. En España, Canarias sufrió menos sus efectos que otras regiones del territorio debido a la insularidad. Aun así, Gran Canaria experimentó un significativo número de infecciones y defunciones, fundamentalmente por la llegada de buques mercantes y trasatlánticos al puerto marítimo (1918-1920) y de vuelos al aeropuerto (2020-2022). Mediante un estudio histórico-comparativo de la gestión y efectos socioculturales de ambas pandemias en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, se presentan datos sobre el contexto insular a inicios del siglo XX y en la segunda década del XXI, al tiempo que se subrayan tanto el papel de las autoridades locales para contener la propagación como el de los medios de comunicación para difundir estrategias de prevención e higiene.

Palabras clave: Gripe española, COVID-19, pandemia, Las Palmas de Gran Canaria, salud, efectos socioculturales, gestión sanitaria y epidemiología cultural.

Abstract: The “Spanish Flu” and COVID-19 pandemics had a major impact in terms of global incidence and mortality, sharing several parallels in their emergence, development, management, and consequences. In Spain, the Canary Islands were less affected than other regions of the country due to their insularity. Nevertheless, Gran Canaria experienced a significant number of infections and deaths, mainly due to the arrival of merchant ships and transatlantic liners at the seaport (1918-1920) and flights at the airport (2020–2022). Through a historical-comparative analysis of the management and sociocultural effects of both pandemics in the city of Las Palmas de Gran Canaria, data is presented on the island context at the beginning of the 20th century and in the second decade of the 21st century, while highlighting both the role of local authorities in containing the spread and the role of the media in promoting prevention and hygiene strategies.

Keywords: Spanish Flu, COVID-19, pandemic, Las Palmas de Gran Canaria, health, sociocultural effects, health management and cultural epidemiology.

* Investigador predoctoral (FPU21/05398) en el Departamento de Antropología Social de la Universidad de Granada. Campus Universitario de Cartuja, s/n. 18071. Granada, España. Teléfono: +34 646 775 960; correo electrónico: mmarreros@ugr.es; marcosms5198@gmail.com.

1. INTRODUCCIÓN¹

Mientras que la erróneamente conocida como «gripe española» dejó en España un rastro de 8 millones de contagios y más de 300 000 defunciones² entre 1918 y 1920, la enfermedad por COVID-19 causó alrededor de 14 millones de infecciones y el deceso de más de 121 000³.

Además de tratarse de dos de las pandemias con mayor grado de incidencia y mortalidad de la historia, tienen en común haber paralizado el mundo, compartiendo una serie de paralelismos⁴. Partiendo de la hipótesis de que a pesar de los avances científicos y tecnológicos, la gestión sanitaria y las respuestas ante ambas pandemias en Las Palmas de Gran Canaria presentan similitudes estructurales que evidencian la persistencia de factores sociales, culturales y logísticos determinantes en la llegada, propagación y percepción de ambas enfermedades, este trabajo tiene como objetivo principal realizar un análisis histórico-comparativo entre las pandemias de «gripe española» y de COVID-19 en Las Palmas de Gran Canaria, con el fin de identificar similitudes y diferencias.

En el caso de España, no todas las regiones se vieron afectadas en la misma medida. Canarias, donde apenas se contabilizaron 10 000 contagios y 1300 muertes por «gripe española»⁵ y 330 000 infecciones y 1600 defunciones por COVID-19⁶, gozó de una mejor situación gracias a la insularidad. No obstante, Gran Canaria experimentó en ambas pandemias un amplio número de infecciones y defunciones con respecto a otras islas⁷. De hecho, con la pandemia de COVID-19 se observaron patrones socioculturales similares a los registrados un siglo antes. En ambos contextos, las creencias populares y las prácticas socioculturales incidieron de manera significativa tanto en la propagación del virus como en las respuestas individuales y colectivas frente a la emergencia sanitaria. Por ello, la elección de Las Palmas de Gran Canaria como caso de estudio responde a su condición de principal ciudad del archipiélago y nodo de conexión marítimo-aérea, factores que la convirtieron en un punto de entrada crucial de las epidemias y en un entorno privilegiado para observar sus efectos.

Este estudio adopta un enfoque metodológico mixto que combina técnicas cuantitativas y cualitativas con el fin de analizar comparativamente las pandemias de gripe de 1918-1920 y de COVID-19 (2020-2022) en Las Palmas de Gran Canaria. Para la interpretación de los patrones de contagio y mortalidad a partir de registros históricos y bases de datos oficiales, se aplican técnicas estadísticas complementadas con el análisis documental de prensa, archivos y literatura científica. En términos cualitativos, se emplean los métodos histórico-comparativo y descriptivo-documental para examinar la evolución de ambas pandemias en su contexto social y cultural. El enfoque teórico de la epidemiología cultural permite explorar cómo creencias, prácticas sociales y estructuras de poder influyeron en la percepción y gestión de la enfermedad en distintos momentos históricos.

La investigación se ha fundamentado a partir de fuentes estadísticas y documentales de alta fiabilidad, entre las que se encuentran organismos oficiales como el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto Canario de Estadística (ISTAC), el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III y Eurostat. Asimismo, se ha recurrido a una amplia bibliografía especializada y multidisciplinar, compuesta por investigaciones académicas, estudios históricos y análisis epidemiológicos publicados por autores con sólida trayectoria en el ámbito de la salud pública, la historia demográfica y la economía de la salud. Esta combinación de fuentes proporciona una base empírica sólida y contrastada para el análisis comparativo de los efectos de la «gripe española» y el COVID-19 en Las Palmas de Gran Canaria.

Así pues, mediante un estudio histórico-comparativo del contexto a inicios del siglo XX y la segunda década del siglo XXI de Las Palmas de Gran Canaria, y de la aparición, desarrollo, gestión y

1 Mis agradecimientos al Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades del Gobierno de España por su ayuda para la Formación de Profesorado Universitario (FPU21/05398), cuya financiación ha hecho posible este trabajo. También quiero agradecer al editor y a los revisores anónimos sus comentarios sobre este trabajo.

2 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2022).

3 INSTITUTO DE SALUD CARLOS III DE MADRID (2022).

4 PORRAS (2020).

5 MARICHAL (2020).

6 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2022).

7 MARRERO-SANTANA (2022).

efectos de la «gripe española» y el COVID-19 en esta urbe, se enumeran multitud de similitudes entre ambas pandemias que van más allá del mero impacto sanitario. Asimismo, se analiza brevemente el papel de los medios de comunicación en el transcurso de estas enfermedades, ya que constituyeron un importante elemento en la difusión de medidas de prevención e higiene, así como en la formación de opiniones públicas.

2. CONTEXTO HISTÓRICO-EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

La gripe de 1918, identificada inicialmente en Estados Unidos y popularizada como «española» debido a la cobertura mediática sin censura durante la Primera Guerra Mundial en España⁸, se expandió rápidamente por Europa a través del movimiento de tropas estadounidenses en el frente. Realmente el virus, identificado en la primavera de 1918, pudo haberse originado en Fort Riley (Kansas), donde un soldado presentó síntomas graves como fiebre alta y dificultad respiratoria⁹, aunque también se ha barajado la posibilidad de un origen alternativo en China¹⁰. En España, que contaba con una población de 20 millones de habitantes, se registraron alrededor de 8 millones de contagios y 300 000 defunciones¹¹. El primer caso apareció en Madrid hacia la tercera semana de mayo de 1918, posiblemente vinculado a las festividades de San Isidro¹² o al regreso de trabajadores temporales desde Francia¹³. Las tasas de mortalidad variaron entre regiones: mientras Madrid y zonas del norte como Barcelona, Burgos o Zamora superaban los 1000 fallecimientos por cada 100 000 habitantes, en lugares como Canarias las cifras fueron considerablemente menores¹⁴. La debilidad del sistema sanitario, la falta de controles fronterizos y las condiciones de hacinamiento y pobreza agravaron la situación, a pesar de las medidas adoptadas, como el cierre de escuelas o la suspensión de actos públicos¹⁵.

Más de un siglo después, el brote de COVID-19 emergió en Wuhan¹⁶ y se expandió a través de las redes globales de transporte¹⁷ debido, en gran medida, a los desplazamientos masivos por el Año Nuevo Chino y a la ausencia de medidas tempranas de contención¹⁸. La propagación del virus fue potenciada por conexiones con zonas de alta incidencia como Lombardía¹⁹ o Wuhan, así como por eventos deportivos internacionales²⁰. En España, el primer caso se detectó en La Gomera²¹, poco más de un mes antes de que el Gobierno español decretase el estado de alarma y el confinamiento de toda la población. Aun así, hasta mayo de 2023 (fecha oficial del fin de la emergencia sanitaria para la OMS), la pandemia dejó más de 13 millones de contagios y más de 121 000 muertes en el país²². Las medidas sanitarias adoptadas, como confinamientos, cierre de fronteras y refuerzo de espacios asistenciales²³, mostraron una notable continuidad con respecto a las implementadas durante la pandemia de 1918.

La comparación entre ambas pandemias ha motivado una línea de investigación que combina análisis epidemiológicos, históricos y demográficos, conformando una incipiente perspectiva demohistórica de la salud pública. Esta visión considera las pandemias no sólo como crisis sanitarias, sino como eventos profundamente anclados en sus contextos históricos, sociales y culturales. En este marco se inscribe la llamada epidemiología cultural, propuesta por James Trostle en su libro *Epidemiology and Culture*, que plantea que la forma en que las distintas sociedades entienden, inter-

8 SPINNEY (2018).

9 RUIZ-DOMÈNEC (2020).

10 SPINNEY (2018); PORRAS (2020).

11 SPINNEY (2018); MARRERO-SANTANA (2022).

12 MARRERO-SANTANA (2022).

13 PORRAS (2020).

14 PORRAS (2020).

15 KABBABE (2020).

16 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2020).

17 MAGUIÑA, GASTELO Y TEQUEN (2020); BOUYOU-LELO (2022).

18 MAGUIÑA y otros (2020); PAGANI (2022).

19 Región noroccidental de la República Italiana con capital en Milán.

20 PAGANI (2022).

21 SERRANO-CUMPLIDO (2020).

22 ORÚS (2025).

23 PAGANI (2022); SERRANO-CUMPLIDO (2022).

pretan y gestionan la enfermedad responde a sistemas de creencias, estructuras de poder y prácticas culturales específicas²⁴.

En el ámbito internacional, múltiples aportes fundamentales han puesto de relieve tanto la distribución desigual de la mortalidad como la dimensión política y simbólica de las pandemias. Entre ellos, la obra de Alfred W. Crosby, *America's Forgotten Pandemic*²⁵, sigue siendo un referente en el estudio de la «gripe española», al mostrar cómo una pandemia puede ser recordada científicamente, pero olvidada culturalmente en muchas sociedades. Este olvido ha condicionado tanto las políticas de prevención como la conciencia histórica sobre la vulnerabilidad colectiva. En la misma línea, Snowden ha subrayado que las epidemias no sólo desafían los sistemas sanitarios, sino que también revelan fallas en las estructuras políticas y sociales, funcionando como «pruebas de estrés de la civilización»²⁶. Desde una perspectiva cuantitativa y geográfica, los trabajos de Patterson y Pyle²⁷ y de Johnson y Mueller²⁸ han sido claves al demostrar que la distribución de la mortalidad durante la gripe española no fue aleatoria, sino que respondió a patrones geográficos y demográficos concretos, como densidad de población, movilidad y desigualdad socioeconómica, que la convirtieron en una de las pandemias más letales de la historia moderna.

En España y, concretamente, en Canarias, esta línea de análisis ha sido menos sistemática, aunque existen aportes valiosos. Entre ellos destacan los trabajos de Martín del Castillo²⁹ sobre la construcción social de la enfermedad durante la gripe española en Las Palmas de Gran Canaria, así como el estudio de Marrero-Santana³⁰ sobre la geografía de la mortalidad en el contexto urbano y rural de Gran Canaria. Desde la demografía histórica, autores como Díaz Hernández³¹ y Arbelo³² han abordado los efectos de las pandemias en la evolución urbana y poblacional del archipiélago. Respecto al COVID-19, la producción académica ha sido más amplia y diversa, aunque todavía poco sistematizada desde un enfoque histórico. Estudios como los de Abásolo y otros³³ o Negrín y Torres³⁴ han analizado tanto las carencias del sistema sanitario canario como el impacto socioeconómico desigual de la crisis, ofreciendo así puntos de conexión con los efectos documentados durante la pandemia de «gripe española»

Pese a estos avances, persiste un vacío en estudios que integren de forma sistemática los datos cuantitativos históricos con análisis cualitativos desde una perspectiva local e insular. Este trabajo busca contribuir a cubrir dicha laguna, ofreciendo una lectura comparada y contextualizada de la «gripe española» y el COVID-19 en Las Palmas de Gran Canaria. Con ello, se espera aportar a la consolidación de una historia demográfica de las pandemias con utilidad interpretativa para el presente.

3. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA AYER Y HOY

3.1. Comienzos del siglo XX

A principios del siglo XX, Las Palmas³⁵ estaba compuesta por 5 grandes distritos: Tafira, Vegueta, Triana, Arenales y Puerto de la Luz³⁶. En 1910 la ciudad tenía 60 338 habitantes, mientras que en

24 TROSTLE (2005).

25 CROSBY (2003).

26 SNOWDEN (2019).

27 PATTERSON y PYLE (1991).

28 JOHNSON Y MUELLER (2002).

29 MARTÍN DEL CASTILLO (2004).

30 MARRERO-SANTANA (2022).

31 DÍAZ HERNÁNDEZ (2006).

32 ARBELO (1987).

33 ABÁSULO, LÓPEZ-VALCÁRCCEL y RODRÍGUEZ-MIRELES (2020).

34 NEGRÍN y TORRES (2021).

35 La denominación oficial del municipio hasta 1927 era Las Palmas. En ese año, mediante un Real Decreto durante la dictadura de Miguel Primo de Rivera, se estableció la provincia de Las Palmas. Probablemente a partir de ese momento se comenzó a usar «Las Palmas de Gran Canaria» para distinguir la ciudad de la provincia, un término que se fue generalizando a lo largo del siglo XX.

36 ARBELO (1987).



Fig. 1. Mapa de Las Palmas en 1918. En la parte superior aparecen los distritos de Vegueta, Triana y Arenales y en la inferior el distrito del Puerto. El distrito de Tafira no aparece. Fuente: Instituto Geográfico Nacional (IGN).

1920 ascendía a 65 059³⁷. Desde finales del siglo XIX, Las Palmas fue testigo de un significativo y continuo flujo migratorio como resultado de la construcción del Puerto de La Luz³⁸. Esto último fue un factor determinante para el surgimiento de este fenómeno migratorio desde y hacia Gran Canaria, ya que muchas personas buscaban empleo y mejores oportunidades económicas en el extranjero, sobre todo en Cuba, Puerto Rico, Venezuela y Argentina. Asimismo, la edificación del Puerto de la Luz también atrajo una importante inversión extranjera en el ámbito comercial, especialmente por parte de las navieras y empresas fruteras británicas³⁹, coincidiendo con el surgimiento de un nuevo ciclo en la agricultura de exportación en la isla.

De esta manera, la ciudad se consolidó como un importante puerto marítimo y centro comercial en el contexto atlántico en las primeras décadas del siglo. La actividad portuaria impulsó el crecimiento económico y la llegada de migrantes de diferentes lugares, lo que contribuyó a una diversificación cultural y social significativa.

Durante la década de 1910 se experimentó una crisis demográfica en Gran Canaria debido al impacto de la Primera Guerra Mundial en el comercio exterior de las islas. El bloqueo naval y la interrupción de las exportaciones agrícolas afectaron significativamente la actividad del Puerto de la Luz y tuvieron un impacto negativo en la economía de la isla. Las consecuencias demográficas de la

37 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2020).

38 PÉREZ Y ENRÍQUEZ (1914).

39 ARBELO (1987).

epidemia de gripe de 1918-1920 contribuyeron al escaso crecimiento de la población en la segunda década del siglo. Las Palmas no solo fue el municipio más afectado de la isla, sino también la ciudad del archipiélago que sufrió más fuertemente los estragos del virus. Esto se debió en gran medida a su gran número de habitantes en comparación con otras localidades, así como a la llegada de personas infectadas a través de los barcos que arribaban al puerto.

La situación sanitaria y asistencial de la época estaba influenciada por factores socioeconómicos y demográficos. En ese período, los hospitales en la isla solían ser de menor tamaño y los recursos médicos y la formación de los profesionales de la salud eran más limitados que la actualidad, por lo que la atención médica se basaba principalmente en métodos y tratamientos convencionales de la época. En cuanto a salubridad e higiene, existían abundantes casos de hacinamiento, desnutrición y poca calidad del agua⁴⁰. En relación con esto, las patologías infecciosas eran la principal causa de mortalidad en la ciudad en las primeras décadas del siglo XX, especialmente por sarampión y tuberculosis⁴¹, variando ampliamente la tasa de mortalidad entre distintos barrios de la ciudad, con una mayor incidencia en aquellos que presentaban condiciones socioeconómicas desfavorables en comparación con otros.

3.2. Segunda década del siglo XX

A lo largo del siglo XX, Las Palmas de Gran Canaria continuó experimentando un notable crecimiento urbanístico, económico y cultural. Se consolidó como un importante centro comercial y portuario con influencias de diferentes orígenes y desarrolló una rica vida social y cultural. Desde el año 2004, la capital grancanaria se encuentra dividida en 5 distritos: Vegueta, Cono Sur y Tafira; Centro; Isleta-Puerto-Guanarteme; Ciudad Alta; y Tamaraceite-San Lorenzo-Tenoya.

En términos demográficos, Las Palmas de Gran Canaria tiene una población estimada en 380 000 habitantes⁴², siendo, por tanto, la ciudad más poblada de Canarias. Gran parte de su población está compuesta por personas migrantes provenientes de diferentes partes de España y de otros países, específicamente de Colombia, Venezuela, Cuba, Gran Bretaña y Marruecos⁴³. Además, tiene una fuerte presencia de turismo, tanto nacional como internacional, en especial durante los meses de verano y con motivo de la celebración de numerosos festivales, conciertos y otros eventos culturales.

En referencia a la infraestructura, Las Palmas de Gran Canaria posee una buena red de transporte público que facilita la movilidad intraurbana y hacia otras zonas de la isla. En cuanto a la situación sanitaria, la ciudad cuenta con un sistema de salud bien desarrollado, albergando varios hospitales y centros de atención médica de alta calidad, donde se brindan servicios y asistencia médica a la población local y a los visitantes. Estos hospitales, a diferencia de un siglo atrás, están equipados con tecnología avanzada y ofrecen una amplia gama de especialidades y servicios de salud, con profesional médico y personal sanitario altamente capacitado y cualificado⁴⁴.

Con respecto a la mortalidad, las principales causas de muerte en Las Palmas de Gran Canaria en la segunda década del actual siglo XXI han sido aquellas ligadas a patologías del sistema circulatorio, tumores y enfermedades infecciosas⁴⁵.

40 DÍAZ HERNÁNDEZ (2006).

41 MARRERO-SANTANA (2022).

42 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2023).

43 DÍAZ HERNÁNDEZ (2022).

44 ABÁSULO y otros (2020).

45 CANARIAS7 (2022).



Fig. 2. Mapa de Las Palmas de Gran Canaria en 2024. La ciudad ha registrado una notable expansión desde el siglo XX. Las áreas con dispersión de trazos ennegrecidos representan los distritos poblacionales, a saber: Vegueta, Cono Sur y Tafira (Distrito 1), limitando con Telde y Santa Brígida; Centro (Distrito 2); Isleta-Puerto-Guanarteme (Distrito 3), en el norte; Ciudad Alta (Distrito 4), junto al centro; y Tamaraceite-San Lorenzo-Tenoya (Distrito 5), en los márgenes municipales con Arucas, Teror y Santa Brígida. Fuente: Geoportal del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria.

4. LA «GRIPE ESPAÑOLA» EN LAS PALMAS

4.1. Llegada a la ciudad

El archipiélago canario evitó en gran medida los estragos de la pandemia de gripe de 1918 gracias a su aislamiento geográfico y a la implementación de cuarentenas obligatorias para quienes arribaban del exterior⁴⁶. Este contexto permitió tasas de contagio y mortalidad notablemente inferiores a las del resto del país. La llegada del virus probablemente siguió rutas similares a las de epidemias previas como la tuberculosis o el cólera, introducidas desde Cuba por vía marítima debido al estrecho vínculo comercial y migratorio entre ambos territorios⁴⁷.

Gran Canaria fue la isla más afectada, registrando aproximadamente 800 muertes entre residentes y transeúntes en los 19 meses que duró la crisis⁴⁸. Inicialmente las autoridades municipales fueron reticentes a declarar el estado de epidemia debido al temor a frenar la actividad portuaria, esencial para la economía insular. Sin embargo, aunque el tráfico marítimo reducido atrasó la propagación, se señala como punto de entrada el vapor «Infanta Isabel», que atracó en el Puerto de la Luz en octubre de 1918 con unos 200 infectados. No obstante, no se descarta una posible llegada previa en agosto del mismo año a través de reclutas militares⁴⁹ del Cuartel de San Francisco⁵⁰.

La pandemia llegó por vía marítima en un momento de fuerte crisis económica derivada del conflicto bélico mundial, lo que amplificó el impacto social de la enfermedad⁵¹. En general, Las Palmas logró evitar la primera ola en gran parte por la interrupción del comercio marítimo por la Primera Guerra Mundial, pero no pudo impedir la propagación en la segunda. La geografía insular también influyó positivamente al funcionar, en cierto modo, como un «cordón sanitario», moderando la virulencia del brote.

46 ARBELO (1987).

47 TRISTÁN (2015).

48 MARRERO-SANTANA (2022).

49 MARRERO-SANTANA (2022).

50 Antiguo cuartel localizado en el distrito de Triana de Las Palmas, entre las actuales calles General Bravo y Maninidra. Fue demolido en 1961.

51 DOMINGO MÉNDEZ (2020).

4.2. Gestión sanitaria municipal

Desde septiembre de 1918, el gobierno municipal, encabezado por el alcalde Bernardino Valle y Gracia⁵², adoptó medidas inmediatas para hacer frente a la epidemia gripal como inspecciones sanitarias, eliminación de criaderos y basura, y comisiones de vigilancia en cada barrio⁵³. Los infectados fueron hospitalizados o aislados, y se prestó atención a sectores vulnerables ante el riesgo de hacinamiento e insalubridad⁵⁴. En un inicio los enfermos fueron aislados en el Lazareto de Gando⁵⁵, adonde eran trasladados por rutas terrestres restringidas y, posteriormente, por vía marítima para evitar la propagación del virus⁵⁶. Al desbordarse este centro, se habilitaron hospitales improvisados en edificios públicos y privados, especialmente en la zona de Santa Catalina, en el distrito del Puerto. Uno de los focos iniciales se localizó en el distrito de Tafira, vinculado a la acequia que abastecía de agua a varios barrios y a la presencia de visitantes extranjeros, aunque también se registraron brotes en el hospicio y en el barrio de Triana, donde se aplicaron medidas de aislamiento y desinfección⁵⁷.

Ante tal panorama, el Cabildo limitó la actividad en mercados y decretó el cierre de escuelas y la suspensión de actos públicos desde el 10 de octubre de 1918⁵⁸. Este conjunto de restricciones e iniciativas se mantuvieron hasta diciembre de ese mismo año, cuando la incidencia comenzó a descender.

Durante el transcurso de la epidemia en la ciudad, las autoridades también enfrentaron escasez de personal médico, fármacos ineficaces y recursos limitados, lo que derivó en decisiones inusuales como lanzar cadáveres al mar o improvisar centros hospitalarios⁵⁹.

A lo largo de 1919 la epidemia gripal en la ciudad transcurrió discretamente, contrastando con el repunte que se produjo en enero de 1920 y que condujo a una nueva clausura de escuelas y espacios públicos, especialmente en zonas empobrecidas. Asimismo, se reactivaron medidas como comisiones médicas por distrito, colectas públicas, distribución de alimentos y vacunas, refuerzo de limpieza urbana, decidiéndose también tanto trasladar los presos infectos desde la cárcel a centros médicos como establecer, una vez más, hospitales de aislamiento y reabrir el Lazareto de Gando⁶⁰. En conjunto, esta respuesta municipal logró contener la expansión de la gripe mediante medidas sanitarias preventivas, con un rol clave del Lazareto de Gando como barrera frente a la llegada de contagios desde el exterior.

4.3. Desarrollo de la epidemia gripal

La epidemia de gripe tuvo un fuerte impacto inicial en Gran Canaria entre octubre y diciembre de 1918, especialmente en Las Palmas de Gran Canaria⁶¹. Los primeros casos surgieron tres semanas después de la llegada del «Infanta Isabel» y se propagaron con rapidez: en octubre ya se registraban más de 600 hospitalizaciones por gripe. Pese a las protestas de los habitantes, continuaron arribando barcos con personas infectadas al Puerto de la Luz, obedeciendo órdenes del Ministerio de Gobernación y Sanidad Exterior, que obligaba al gobierno insular a hospitalizar y aislar a los pasajeros enfermos que necesitaran asistencia⁶².

52 Médico y alcalde de Las Palmas entre 1917 y 1920, donde tuvo un papel destacado en la gestión de la epidemia gripal en la ciudad. Además, fue diputado a cortes durante la República y era hijo de Bernardino Valle Chinestra, reconocido compositor y director de orquesta aragonés afincado en Las Palmas.

53 MARRERO-SANTANA (2022).

54 MARTÍN DEL CASTILLO (2004).

55 Antigua instalación de referencia sanitaria sin acceso por carretera, teléfono ni agua corriente, concebida inicialmente para el aislamiento de leprosos y situada a poco más de 30 kilómetros de Las Palmas, en un páramo de la Costa de Gando, término municipal de Telde, se convirtió en el lugar escogido por el Cabildo Insular para el ingreso de los infectados de gripe (o sospechosos de serlo) que llegaban a Gran Canaria.

56 MARRERO-SANTANA (2022).

57 MARRERO-SANTANA (2022).

58 BELTRÁN DE OTÁLORA (2020).

59 MARTÍN DEL CASTILLO (2004).

60 MARRERO-SANTANA (2022).

61 MARTÍN DEL CASTILLO (2004).

62 MARRERO-SANTANA (2022).

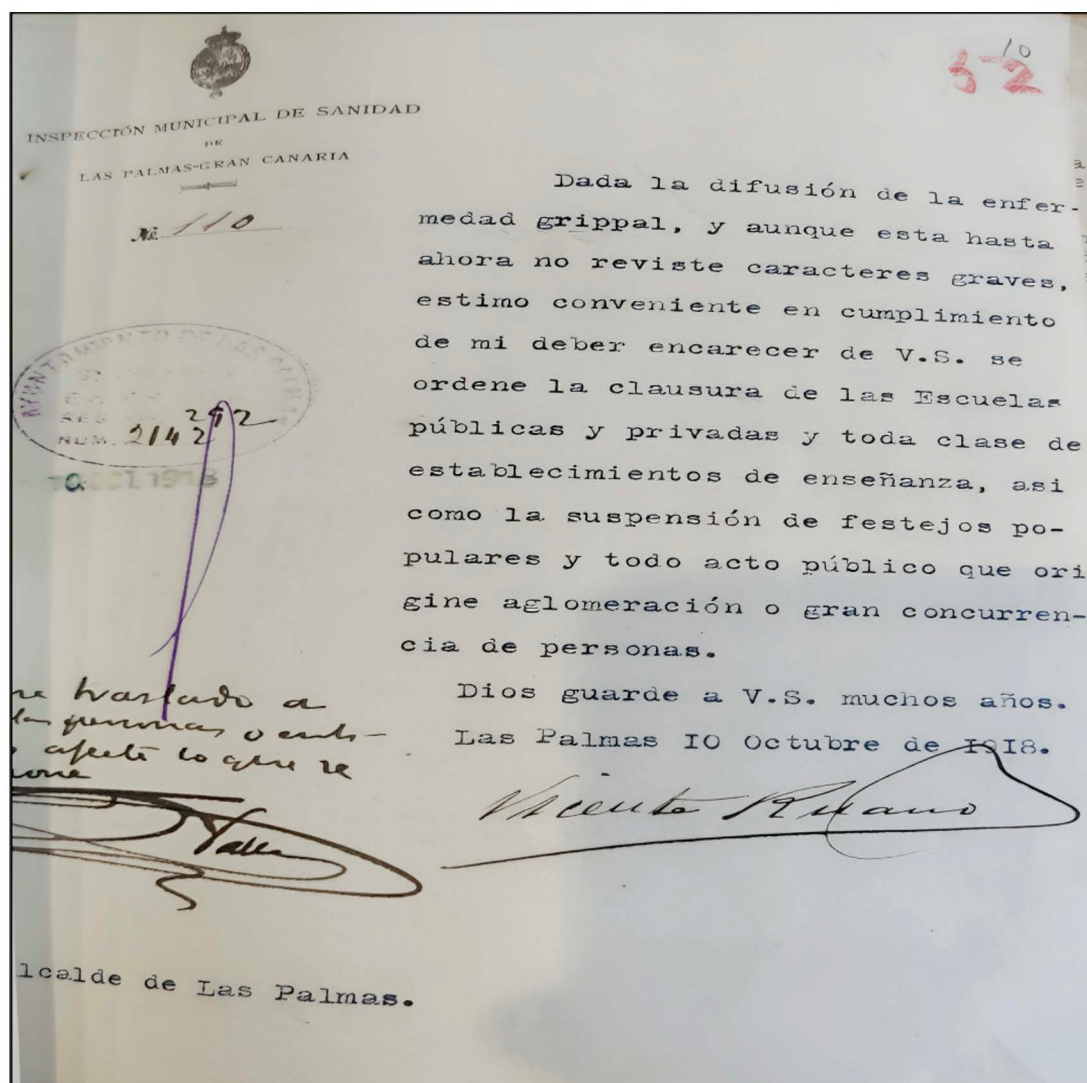


Fig. 3. Decreto del alcalde de Las Palmas, D. Bernardino Valle y Gracia, sobre las medidas adoptadas frente a la gripe, octubre de 1918. Fuente: Archivo Histórico Provincial de Las Palmas.

La tercera ola tuvo una incidencia menor en la isla, con tasas de mortalidad inferiores a las de la península, pero a inicios de 1920 la última ola provocó un repunte considerable, especialmente en Gran Canaria, con miles de contagios y más de 600 muertes⁶³, según Rodríguez-Maffiotte y Martín. El incremento de infecciones y fallecimientos en 1920 se concentró en barrios como La Isleta y el Puerto de la Luz, donde la falta de atención médica y el abandono institucional agravaron la situación⁶⁴.

En enero, la gravedad de la epidemia motivó una migración masiva desde la ciudad hacia zonas rurales del interior de la isla, mientras que a principios de febrero las medidas adoptadas comenzaron a mostrar efectos positivos con una reducción notable de contagios y muertes respecto a finales de enero. Además, el 29 de enero se distribuyeron las primeras vacunas contra las complicaciones gripales, desarrolladas por el jefe de la sección de Bacteriología de Las Palmas⁶⁵.

Como muestra la tabla 1, las muertes por patologías respiratorias, entre las que se incluye la «gripe española» y sus complicaciones (pulmonías, neumonías, bronconeumonías y bronquitis), alcanzaron sus picos más altos en 1918 y 1920, coincidiendo con los momentos de mayor impacto epidémico. En esos años, dichas causas representaron cerca del 39% y el 26% del total de defunciones.

63 RODRÍGUEZ MAFFIOTTE Y MARTÍN (2012), p. 81.

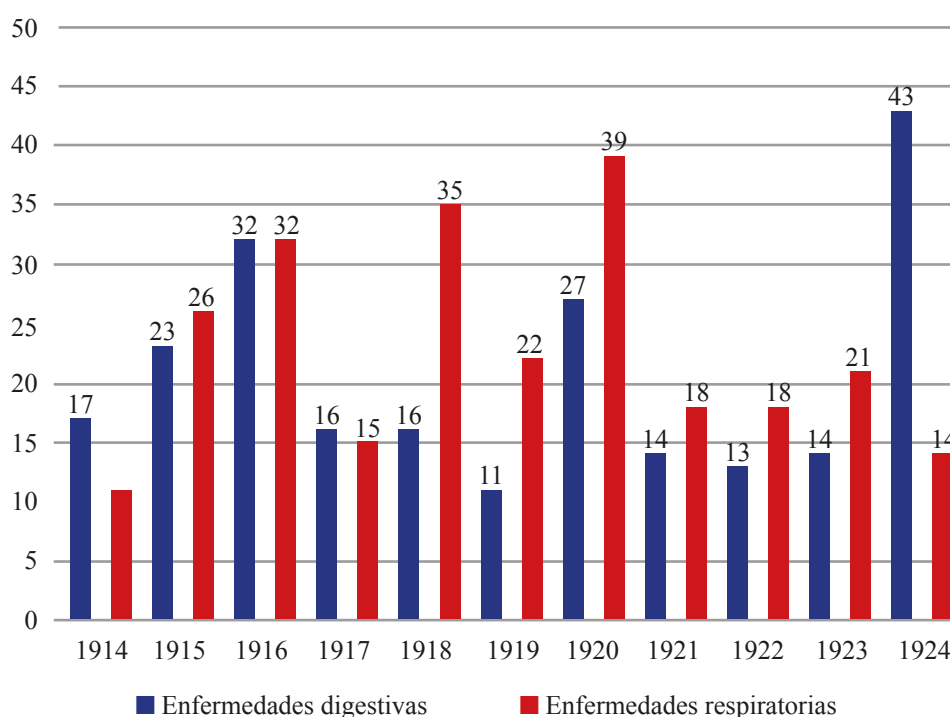
64 BELTRÁN DE OTÁLORA (2020).

65 MARRERO-SANTANA (2022).

Tabla 1. Estadísticas de mortalidad en Las Palmas y San Lorenzo (1914-1924)⁶⁶

Año	Mortalidad total	Mortalidad por enf. respiratoria	Porcentaje de enf. respiratoria sobre el total de muertes	x10 mil habitantes
1914	87	11	12,64%	1,66
1915	162	26	16,05%	3,93
1916	237	32	13,50%	4,84
1917	101	15	14,85%	2,27
1918	90	35	38,89%	5,30
1919	83	22	26,50%	4,36
1920	150	39	26%	5,90
1921	99	14	14,14%	2,12
1922	85	13	15,29%	1,96
1923	86	14	16,28%	2,12
1924	128	14	10,94%	2,11

También destaca la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias por cada 10 mil habitantes: 5,30 en 1918 y 5,90 en 1920, año en que la gripe azotó con más fuerza a la capital. Esta tendencia queda reflejada en la figura 4, donde las barras naranjas muestran un aumento pronunciado de muertes respiratorias en esos años. En 1918, estas defunciones se aproximaron al total de la categoría «Otras», lo que revela el impacto de la gripe en Las Palmas a partir del otoño de ese año.



*Se compara con las defunciones por enfermedades digestivas por ser la causa de muerte más común en los años previos a la llegada de la «gripe española».

Fig. 4. Defunciones por causa de muerte en Las Palmas (1914-1924). Hay un evidente incremento en las defunciones por enfermedad respiratoria entre 1918 y 1920. Fuente: Archivo Histórico Provincial de Las Palmas y Archivo Parroquial de San Agustín.

⁶⁶ MARRERO-SANTANA (2022).

Los datos reflejan la escasa preparación de Gran Canaria ante una enfermedad altamente contagiosa como la «gripe española». En un inicio, solo un médico atendía a más de 300 infectados⁶⁷ y la escasez de recursos se vio agravada por la falta de suministros derivada de la paralización del comercio a causa de la guerra. Finalmente, el 9 de abril de 1920, se declaró a Gran Canaria «zona libre de infección»⁶⁸, poco antes de que se considerase superada la pandemia en el mundo.

4.4. Efectos socioculturales

La «gripe española» tuvo importantes consecuencias socioculturales tanto en la ciudad de Las Palmas como en la isla en general. Más allá del impacto sanitario y económico, la epidemia alteró profundamente el tejido social y cultural de la población. El dolor colectivo por la pérdida de seres queridos generó un clima de luto extendido, que modificó las dinámicas de interacción y apoyo comunitario. Las relaciones sociales se vieron limitadas por el distanciamiento respecto a personas no convivientes, la obligación de guardar cuarentenas y aislamientos preventivos, y la restricción de la asistencia a eventos públicos. Las autoridades locales, conscientes de los riesgos, promovieron el confinamiento domiciliario en condiciones higiénicas adecuadas.

En el ámbito socioeconómico, la epidemia agravó la situación ya deteriorada por el cierre de puertos y la disminución del tráfico marítimo, afectando gravemente al comercio y a la economía insular en su totalidad. La escasez de suministros, acentuada por las secuelas de la guerra y las complicaciones logísticas asociadas a la enfermedad, generó dificultades en el abastecimiento de alimentos y bienes básicos, intensificando la pobreza y profundizando las desigualdades sociales, especialmente en los barrios más desfavorecidos del distrito del Puerto de La Luz⁶⁹. La propagación del virus desde estas zonas hacia el resto de la ciudad evidenció cómo las condiciones de hacinamiento y precariedad higiénica favorecían el desarrollo de enfermedades infecciosas. Al respecto de esto, testimonios conservados en archivos relatan que, en muchos casos, los enfermos de estos sectores esperaban hasta tres días por la visita de un médico, y que varios fallecieron en sus hogares sin haber recibido atención.

Esta demora, además de provocar muertes evitables, aceleró la transmisión entre convivientes, ya que las viviendas obreras albergaban familias numerosas y era frecuente que el sustentador principal, aun estando enfermo, no pudiera permitirse dejar de trabajar. En consecuencia, los efectos de la gripe se cebaron en los sectores más vulnerables de la población, cuya limitada capacidad para acceder a una atención sanitaria adecuada y a condiciones de vida salubres facilitó la extensión del virus. El Cabildo Insular y las autoridades municipales se vieron obligados a reconocer esta realidad, destinando recursos para mejorar las condiciones de vida en los barrios marginales de la capital. En ese marco, se amplió la atención médica en estas áreas mediante la contratación de nuevo personal sanitario.

Las restricciones impuestas para frenar la expansión del virus también impactaron en la vida cultural y las prácticas sociales de la isla. El cierre de espacios públicos y la suspensión de reuniones y celebraciones afectaron la vida comunitaria y la transmisión de tradiciones culturales. Las festividades populares fueron canceladas o postergadas, y muchas volvieron a suspenderse de forma indefinida a comienzos de 1920, cuando la relajación de las medidas higiénicas provocó un nuevo incremento de casos. Incluso en las escuelas públicas se registraron altas tasas de inasistencia por el temor al contagio⁷⁰. Paradójicamente, a lo largo de 1920 continuaron llegando al Puerto de la Luz embarcaciones con pasajeros infectados. No obstante, la experiencia acumulada permitió a las autoridades mejorar las medidas de control, incluyendo la hospitalización obligatoria de los contagiados durante dos semanas a partir de abril. A ello se sumó la disponibilidad creciente de vacunas y la implementación de un programa de inmunización dirigido a familias con múltiples miembros afectados, lo que contribuyó significativamente a frenar la transmisión del virus en la isla.

67 TRISTÁN (2015).

68 BOLETÍN OFICIAL DE CANARIAS (2020); RODRÍGUEZ-MAFFIOTTE Y MARTÍN (2012).

69 DÍAZ HERNÁNDEZ (2006).

70 MARRERO-SANTANA (2022).

5. EL COVID-19 EN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

5.1. Aparición en la ciudad

El primer caso de COVID-19 en Canarias se registró a finales de enero de 2020, cuando un turista alemán fue aislado en el Hospital Nuestra Señora de Guadalupe de La Gomera. El viajero había estado en contacto con un infectado en Alemania antes de su llegada al Archipiélago el 28 de enero. Semanas después, el 24 de febrero, se reportó un nuevo caso, también en Canarias: un médico italiano de 61 años, de vacaciones en el sur de Tenerife. En esta ocasión, el protocolo fue más estricto, y se confinó durante 14 días a todos los huéspedes y personal del hotel donde se alojaba el paciente y otros turistas. La falta de experiencia y al desconcierto inicial llevó al Gobierno de Canarias a aplicar un aislamiento preventivo general al establecimiento.

Estos primeros casos a nivel regional avisaban de que el turismo desempeñaría un papel crucial en la propagación del virus en las islas, especialmente en Tenerife y Gran Canaria. En efecto, la entrada continua de visitantes acabó contribuyendo al aumento de casos, favorecido por la demora de las autoridades en adoptar medidas como el cierre de fronteras o la limitación de la movilidad, medidas factibles dada la naturaleza insular del territorio.

La situación pudo haber empeorado notablemente, ya que el avance de la pandemia en Europa coincidió con la celebración del carnaval en las islas, evento que congregó a miles de personas nacionales e internacionales tanto en Santa Cruz de Tenerife como en Las Palmas de Gran Canaria. No obstante, un fenómeno inesperado mitigó la propagación del virus: una tormenta de arena o calima, según Tomaino y otros, de intensidad excepcional⁷¹, ocurrida entre el 22 y el 24 de febrero de 2020, obligó al cierre del espacio aéreo y de los aeropuertos de Tenerife y Gran Canaria, interrumpiendo el tráfico turístico en un momento crítico.

Ciertamente, este evento climático tuvo un efecto decisivo en la contención de los contagios en la primera ola, diferenciando la situación epidemiológica de Canarias respecto al resto del país, pues su presencia provocó la suspensión de los principales actos del carnaval en la mayoría de los municipios y se decretó un confinamiento durante esos días, recomendando a la población permanecer en sus hogares. De hecho, las escuelas primarias también permanecieron cerradas el 24 de febrero, con especial énfasis en proteger a personas con afecciones respiratorias. Sin embargo, en el caso de Las Palmas de Gran Canaria, una vez pasada la calima, las autoridades priorizaron la celebración del carnaval por encima de las alarmantes noticias que llegaban de China o Italia, una decisión que, meses después, se reflejaría en el aumento de casos y defunciones en el Archipiélago.

5.2. Gestión sanitaria local

Apenas un día después de la declaración del estado de alarma por parte del Gobierno de España, el Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria activó el Plan de Emergencias Municipal (PEMUL-PA) para gestionar la crisis sanitaria derivada del COVID-19. Este plan contemplaba una serie de medidas para reorganizar los servicios públicos y contener la propagación del virus, como clausurar las playas del municipio, centros cívicos y sociales, instalaciones deportivas cubiertas, parques infantiles y cementerios municipales, aunque estos últimos continuaron con servicios mínimos de enterramiento. Se prohibió el acceso a edificios religiosos y se restringieron las misas, al tiempo que se suspendió el estacionamiento regulado y se redujo en un 50% el servicio de Guaguas Municipales y el horario de apertura de la Estación de San Telmo.

El Puerto de La Luz también adoptó medidas restrictivas: se prohibió el atraque de cruceros y embarcaciones de transporte regular de pasajeros⁷², mientras que los tripulantes de buques mercantes y plataformas petrolíferas fueron sometidos a cuarentenas y controles sanitarios (PCR y test de antígenos) hasta finales de 2022. Estas restricciones, unidas a la cancelación de vuelos internacionales y del turismo, provocaron una notable caída de la actividad económica capitalina, fuertemente depen-

71 TOMAINO y otros (2021), p. 566.

72 MORALES CERRONE y RAMOS CARBALLEIRA (2021).

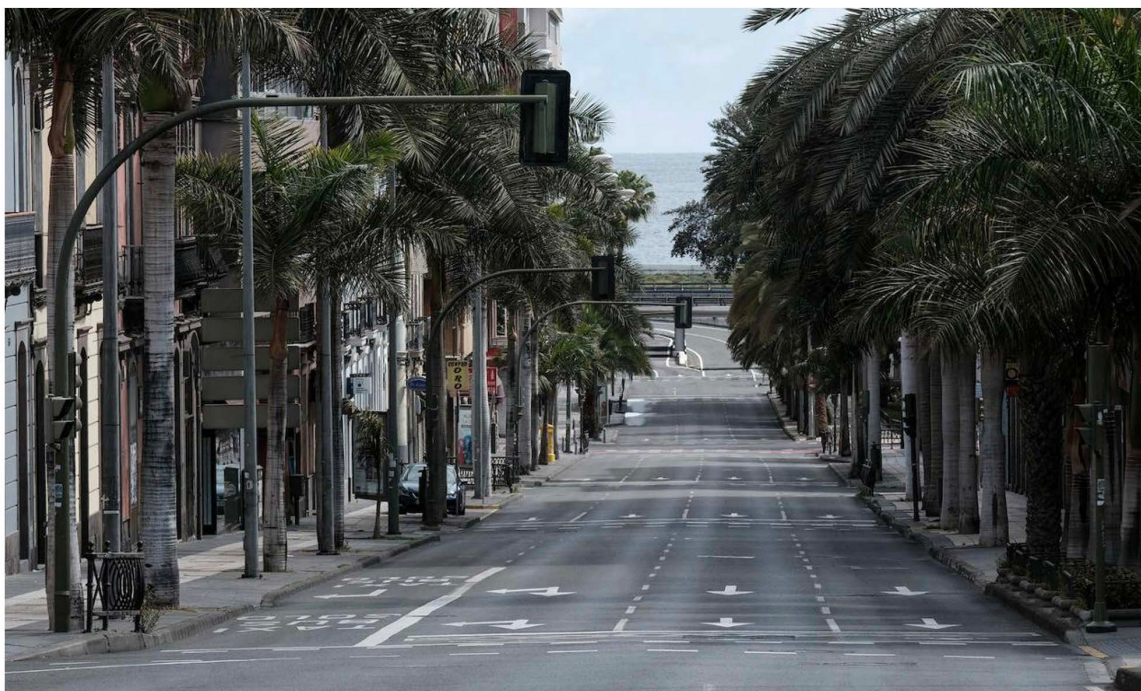


Fig. 5. Calle Bravo Murillo durante el confinamiento, en marzo de 2020. Fuente: *Canarias7*.

diente del sector servicios. En paralelo, se clausuraron centros educativos (primarios, secundarios y universitarios), se implementó la enseñanza virtual y se fomentó el teletrabajo, permitiendo la presencialidad únicamente a trabajadores esenciales como sanitarios o personal del transporte público.

Del mismo modo, fueron suspendidos todos los eventos socioculturales a partir del 14 de marzo, incluidos los relacionados con el carnaval. El Hospital Insular y el Hospital Doctor Negrín se vieron colapsados por la llegada masiva de pacientes, siendo necesario adaptar otras áreas hospitalarias como unidades de cuidados intensivos, mientras que las consultas presenciales en atención primaria fueron restringidas para evitar contagios⁷³. Al mismo tiempo, el Ayuntamiento movilizó a numerosos efectivos de la Policía Local, Bomberos y Protección Civil para garantizar el cumplimiento de las nuevas normativas, cuyas infracciones suponían importantes sanciones económicas.

Con el fin del confinamiento en junio de 2020, la llamada «nueva normalidad» trajo consigo una serie de medidas adaptadas por el gobierno municipal a la realidad local. Estas se organizaron en torno a cuatro ejes:

1. Limpieza preventiva, mediante desinfección bactericida de espacios con alta afluencia.
2. Transporte seguro, con uso obligatorio de mascarilla, pago con tarjeta y medidas de autoprotección en taxis y guaguas.
3. Atención ciudadana con cita previa, garantizando distancia social y medidas higiénicas en oficinas municipales.
4. Itinerarios peatonales, a través del cierre de calles y reducción del límite de velocidad a 30 km/h, fomentando la movilidad segura.

La limpieza viaria y la recogida de residuos se declararon servicios esenciales, reforzándose la desinfección especialmente en zonas sensibles como centros de salud, residencias, supermercados o paradas de guagua. Además, se promovieron campañas de concienciación sobre higiene personal desde mediados de 2020 hasta finales de 2022.

A lo largo del 2021 y el primer trimestre de 2022, la contagiosidad del virus fluctuó, por lo que el Gobierno de Canarias implementó un sistema de niveles de alerta diferenciados por isla y revisados cada 14 días. Esto permitió al Ayuntamiento capitalino aprobar medidas adaptadas a su situación

⁷³ ABÁSOLO y otros (2020).

epidemiológica, limitando actividades como el acceso al paseo de Las Canteras, la permanencia en espacios públicos y el aforo en locales cerrados, incluidos domicilios particulares, bares o restaurantes. Por su parte, el ocio nocturno y los actos culturales masivos pudieron celebrarse con limitaciones de horario y aforo, bajo autorización previa.

La dinámica cambiante de la pandemia implicó que las decisiones municipales dependieran de las directrices del Gobierno Central, el Gobierno de Canarias y el Cabildo de Gran Canaria, lo que evidenció la necesidad de una mayor coordinación institucional de cara a futuras crisis sanitarias.

5.3. Expansión del coronavirus

El impacto del COVID-19 en Canarias durante la primera ola de la pandemia fue relativamente moderado en comparación con otras comunidades españolas, tanto en contagios como en hospitalizaciones y fallecimientos⁷⁴. A pesar de ello, dicha fase presentó una mayor letalidad, afectando sobre todo a personas mayores y personal sanitario, aunque los hospitales canarios registraron una ocupación inusualmente baja en esta etapa inicial.

Con la llegada de la segunda ola, se produjo un cambio en la dinámica de transmisión y en la gestión sanitaria, priorizándose la atención primaria sobre la hospitalaria. Pese a la menor letalidad, esta fase tuvo una incidencia más elevada, especialmente en Gran Canaria, que concentró aproximadamente dos tercios de los casos del archipiélago. En este contexto, el virus se propagó sobre todo a través de encuentros sociales y del ocio nocturno, afectando principalmente a la población joven. La distribución de casos fue heterogénea entre barrios, generando una presión desigual sobre los recursos sanitarios.

En 2022, mientras otras regiones de España iniciaban su recuperación hacia la normalidad, Canarias experimentó una intensificación de la crisis sanitaria. La comunidad registró las tasas más altas de mortalidad por COVID-19 en todo el país, con cifras que superaron en pocos meses las defunciones acumuladas en los dos años anteriores.

Tabla 2. Estadísticas de mortalidad por COVID-19 en Las Palmas de Gran Canaria (2020-2023)				
Año	Mortalidad total	Mortalidad por COVID-19	Porcentaje de COVID-19 sobre el total de muertes	x100 mil habitantes
2020	3552	146	4,11%	38.29
2021	3662	220	6%	58.09
2022	4030	581	14,41%	153.38
2023	3915	145	3,91%	38.11

Fuente: Instituto Canario de Estadística.

En efecto, en 2022 se produjeron 18 671 fallecimientos en Canarias, de los cuales 1339 fueron atribuidos al COVID-19, representando el 7,17% del total⁷⁵. Esto supuso un aumento de casi 3,6 puntos porcentuales respecto a 2021 y de más de 4 puntos respecto a 2020.

Gran Canaria fue la segunda isla más afectada del Archipiélago y su capital concentró el mayor número de casos de toda la región. En Las Palmas de Gran Canaria, la expansión de la variante *ómicron* a principios de 2022 se tradujo en un repunte significativo de la mortalidad, con más del doble de defunciones que en 2021 y el triple que en 2023, suponiendo casi un 15% del total de los fallecimientos de ese año. Al término de la sexta ola, la capital había superado los 100 000 contagios acumulados⁷⁶, muy por encima de otras urbes isleñas.

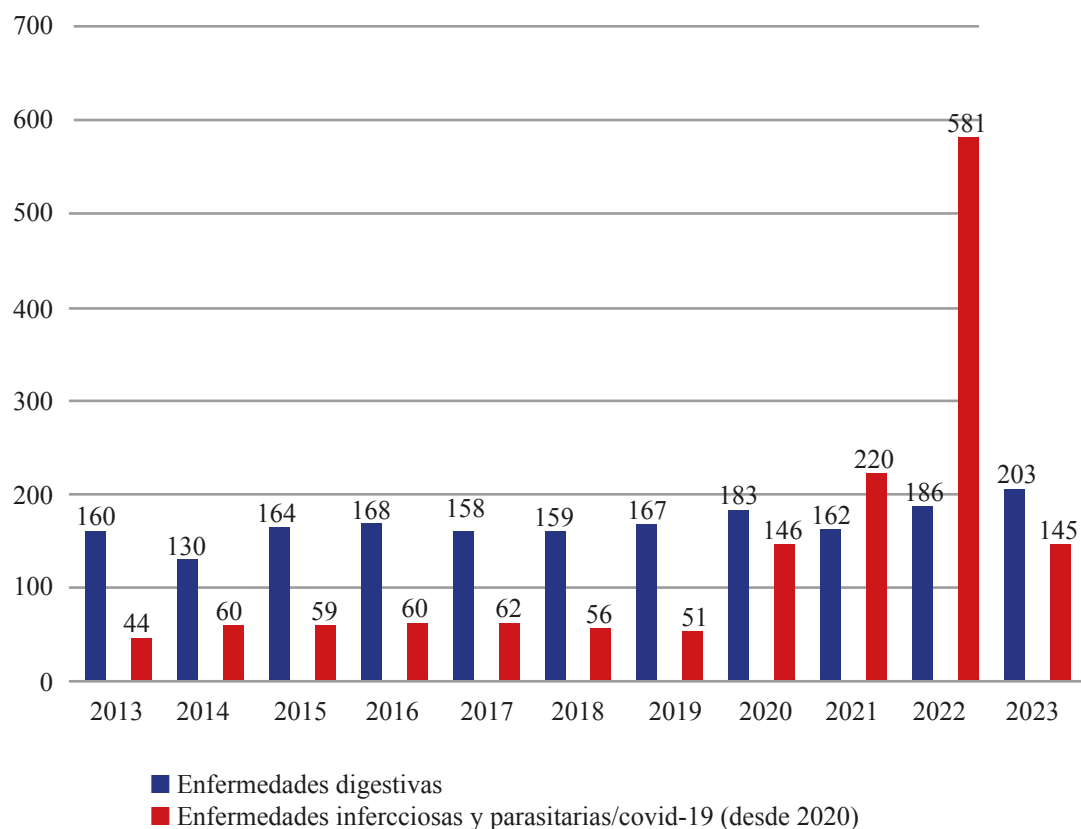
El aumento del 126% en las muertes por COVID-19 en 2022 respecto a 2021, cuando la enfermedad ocupó el sexto lugar como causa de muerte, confirma el impacto de la sexta ola en las islas⁷⁷. Este repunte se concentró entre los meses de diciembre de 2021 y febrero de 2022, período en el

74 ABÁSALO y otros (2020).

75 INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA (2023).

76 INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA (2022).

77 DELIA ARANDA (2023).



que Canarias alcanzó cifras récord de contagios, hospitalizaciones y fallecimientos tras las festividades navideñas⁷⁸. Esto contribuyó a que en 2022 el COVID-19 se convirtiera en la segunda causa de mortalidad en Canarias, únicamente superada por las enfermedades isquémicas del corazón⁷⁹.

5.4. Implicaciones socioculturales

Los efectos de la pandemia de COVID-19 en Canarias estuvieron condicionados por múltiples factores estructurales y contextuales, como la densidad de población, la desigualdad social, los flujos migratorios, la eficacia de las medidas adoptadas por las autoridades y otros elementos culturales, como el grado de colectivismo, la movilidad geográfica, la edad media de la población, el clima o el índice de vacunación. En el ámbito sanitario, la pandemia supuso un reto sin precedentes para el sistema de salud canario. Como ya se ha señalado, hospitales y centros de atención primaria tuvieron que adaptarse con rapidez a un contexto de presión asistencial creciente, implementando nuevas medidas de seguridad, reorganizando servicios y aumentando su capacidad operativa. No obstante, en muchos momentos se superó el umbral de saturación, lo que provocó una elevada carga de trabajo y un impacto significativo en la salud mental del personal sanitario.

Desde el punto de vista económico, el sector turístico, fundamental para la economía insular, fue uno de los más golpeados por las restricciones de movilidad y los confinamientos impuestos. Los datos muestran que la llegada de turistas internacionales descendió un 22% en 2020 respecto a 2019⁸⁰, como consecuencia de las medidas establecidas para contener el virus (cierre de hoteles, restaurantes y negocios relacionados), resultando en una pérdida masiva de empleos o, en el mejor de los casos, reducciones salariales severas. Muchas familias, dependientes en gran medida de actividades vinculadas al turismo y la hostelería, vieron interrumpidas sus rutinas y sufrieron importantes consecuencias

⁷⁸ OJEDA (2022).

⁷⁹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2023).

⁸⁰ MORALES CERRONE Y RAMOS CARBALLEIRA (2021).

psicológicas derivadas del cierre temporal o definitivo de sus negocios⁸¹. En el caso de los pequeños comercios, particularmente en zonas rurales⁸², la imposibilidad de adaptarse al comercio digital o a los servicios a domicilio supuso un agravante más.

A nivel social, el impacto del COVID-19 fue igualmente profundo. Las limitaciones de movilidad, el confinamiento domiciliario y la prohibición de encuentros familiares y sociales generaron un fuerte sentimiento de pérdida, aislamiento y desconexión comunitaria. Esta nueva realidad alteró drásticamente la vida cotidiana, provocando altos niveles de estrés, ansiedad e incertidumbre. La educación a distancia, especialmente entre los niños y adolescentes, trajo consigo efectos similares, destacando los retos asociados a la brecha digital y a la desigualdad en el acceso a dispositivos y conectividad, sobre todo en el alumnado de educación primaria. Asimismo, la cancelación de fiestas populares y eventos comunitarios, que representan pilares fundamentales de la identidad y cohesión social en la capital y en toda Gran Canaria, como la Semana Santa, el carnaval, las fiestas de San Lorenzo o las tradicionales romerías, constituyó un duro golpe para el bienestar colectivo.

Las Palmas de Gran Canaria, como núcleo urbano y cultural del Archipiélago, vivió de forma especialmente intensa estas transformaciones. En este sentido, la vida nocturna, uno de los motores sociales y económicos de la ciudad, sostenida tanto por el turismo de cruceros como por la población joven, también se vio profundamente afectada. Si bien el primer año de la pandemia supuso un cierre total de bares, discotecas y restaurantes, el resto del período hasta inicios de 2022 estuvo marcado por restricciones de aforo y estrictos protocolos sanitarios, con un impacto notable en el empleo y la economía local.

El ámbito cultural también sufrió una paralización significativa: teatros, cines y espacios culturales cerraron sus puertas o redujeron sus actividades, posponiendo eventos, conciertos y festivales de relevancia para la vida urbana.

El cierre temporal de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), al igual que el de centros escolares, tuvo repercusiones claras en la salud mental de estudiantes y docentes. La brecha digital entre generaciones y la falta de recursos en determinados hogares acentuaron las desigualdades educativas preexistentes. En paralelo, el auge del teletrabajo redefinió la organización laboral. La posibilidad de trabajar desde casa se convirtió en una alternativa generalizada para muchos y Las Palmas de Gran Canaria, por su clima y calidad de vida, atrajo a numerosos «nómadas digitales» tras la relajación de las restricciones⁸³. Esta acción, seguida de la reapertura de las fronteras a mediados de 2021, incentivada por el Gobierno de Canarias para el regreso del turismo mediante garantías como la cobertura de gastos médicos, repatriación sanitaria o la prolongación de estancias en caso de cuarentena, derivó en un notable incremento de contagios, ya que muchos visitantes creían que la insularidad suponía una barrera natural frente a la transmisión.

Como ya se ha visto, esta priorización de la recuperación económica sobre la protección sanitaria de la población local tuvo evidentes consecuencias epidemiológicas, aunque el distanciamiento social prolongado también estaba conllevando un aumento sin precedentes de la demanda de servicios de salud mental.

6. ANALOGÍAS ENTRE AMBAS PANDEMIAS

La gripe de 1918 y el coronavirus de 2019 guardan múltiples paralelismos epidemiológicos, culturales, sociales, económicos, políticos e incluso mediáticos entre sí. La «gripe española» infectó a más de una decena de miles de habitantes y causó el deceso de alrededor de 1300 cuando la población del archipiélago apenas superaba los 480 000 habitantes⁸⁴, mientras que el COVID-19 se cobró la vida de casi 2500 individuos y dio lugar a alrededor de 475 000 contagios.

En concreto, Gran Canaria registró la defunción de 787 individuos y más de 200 000 contagios, una evidencia que confirma que la propagación del coronavirus fue más intensa en la isla en cuanto

81 NEGRÍN Y TORRES (2021).

82 Las denominadas tiendas de «Aceite y Vinagre».

83 MORALES CERRONE Y RAMOS CARBALLEIRA (2021).

84 MARICHAL (2020).

a casos confirmados, pero con un impacto menos trágico con respecto a las defunciones⁸⁵. El incremento de las comunicaciones marítimas y aéreas entre las islas y el resto del mundo y la intensa movilidad de personas incidió en que la región acusara notoriamente el coronavirus de 2019 frente a la gripe de 1918, aunque, indudablemente, hay que tener en cuenta las condiciones demográficas de sendos contextos y épocas antes de hacer una valoración categórica sobre el mayor o menor impacto de una pandemia sobre otra en el Archipiélago.

En el año 2020, cuando el COVID-19 llegó al Archipiélago, como ya ocurriera en 1918 con la «gripe española», hubo un aumento notable en el número de muertes en comparación con años anteriores, mas no fue significativo, gracias principalmente al contexto geográfico distintivo de la región, pues su aislamiento relativo lo ha protegido de grandes catástrofes epidemiológicas en la historia. Una de las analogías más evidentes se deduce de las estadísticas de mortalidad por COVID-19 en Las Palmas de Gran Canaria entre 2020 y 2023. Atendiendo a la tabla 2, puede percibirse un ligero y paulatino aumento en el número total de las defunciones a partir del año 2020. Esta misma tendencia puede observarse en la tabla 1, y es que en 1918 se contempló una subida exponencial (del 14,85% al 38,89%) de las muertes a causa de enfermedad respiratoria con relación al año anterior⁸⁶. Tomando en consideración estas mismas tablas estadísticas, puede advertirse que en 1920 y 2022, últimos años de la circulación a gran escala de la pandemia de «gripe española» y de COVID-19 respectivamente, se incrementaron las infecciones y defunciones totales, sobre todo aquellas que tenían que ver con el virus circulante. En ambos casos, la flexibilización de las medidas y restricciones por parte de las autoridades locales, incluyendo la reanudación de la actividad comercial y el consecuente aumento de la movilidad a inicios de 1920 y finales de 2021, produjeron esta subida exponencial. La ausencia de una inmunidad grupal en la ciudad por el escaso impacto, en términos de contagios, de oleadas previas, también favoreció la mayor intensidad de la gripe en 1920 y del coronavirus en 2021 y 2022.

Otro paralelismo podemos encontrarlo en las restricciones de viaje y movilidad impuestos por el gobierno municipal. A mediados de enero de 1920, con la epidemia gripal causando estragos en Las Palmas, el barco español «Reina Victoria Eugenia», procedente de la península ibérica, atracó en el Puerto de la Luz con numerosos pasajeros infectados del virus. Esto llevó a los médicos de Sanidad Exterior a prohibir cualquier comunicación con el buque, estableciendo un dispositivo de control y seguridad para evitar el acceso a bordo⁸⁷. A pesar de ello, a lo largo del último año de la epidemia gripal en la ciudad continuaron llegando barcos con pasajeros contagiados, lo que llevó al Cabildo Insular a implantar cuarentenas obligatorias de dos semanas en hospitales o en hogares habilitados para tal fin, dependiendo de la gravedad.

En el curso de la pandemia de COVID-19, además de imponerse limitaciones de capacidad en los barcos y prohibir el viaje a aquellos que fueran positivos o presentaran síntomas de la enfermedad, se produjo exactamente la misma situación que ya aconteciera en el Puerto de la Luz 100 años antes: toda tripulación y pasajeros de barcos mercantes, cruceros y plataformas petrolíferas que atracaran en alguno de sus muelles eran obligados a guardar cuarentena y someterse a controles y pruebas.

Ambas pandemias revelaron también fallos estructurales en la atención a ancianos en residencias: en 1918, los mayores del asilo de Las Palmas⁸⁸, quienes se encontraban bajo condiciones de vida muy precarias fueron desatendidos por las autoridades y cuidados con escasos recursos por religiosas, que también enfermaban, pero continuaban con su labor. Un siglo después, las residencias volvieron a convertirse en focos de alta mortalidad por desatención e insuficiencia de medios, con centenares de trabajadores sociosanitarios contagiados de COVID-19.

Algunas otras relaciones entre la pandemia de gripe de 1918 y el coronavirus de 2019, observadas en el contexto de Las Palmas de Gran Canaria y estudiadas por Marrero-Santana⁸⁹, son el colapso sanitario inicial; el establecimiento de hospitales provisionales de aislamiento; la divulgación de

85 INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA (2022).

86 MARRERO-SANTANA (2022).

87 EL PROGRESO (1920).

88 A cargo de las Hermanitas de los Pobres (o Hermanitas de los Ancianos Desamparados) y propiedad del Obispado, estaba ubicado en la calle Pérez Galdós, conocida por aquel entonces como «Prolongación de la de San Francisco», estuvo habilitado desde 1896 hasta 1983, cuando se trasladó a Tafira Baja y fue adquirido por el Cabildo.

89 MARRERO-SANTANA (2022).

medidas de higiene pública y personal; la imposición de un «distanciamiento social» para contener contagios; e) la especulación con productos farmacéuticos y sanitarios (suero antineumónico en 1918 y mascarillas y pruebas diagnósticas en 2020); el fallecimiento e inhumación de personas sin que la familia tuviera información precisa sobre el estado de sus seres queridos; y la transmisión remota de actos religiosos y eventos públicos. Además, ambas crisis supusieron importantes avances científicos, ya que la pandemia de gripe favoreció la aparición de antibióticos y la vacuna contra la tuberculosis, mientras que el COVID-19 movilizó un esfuerzo científico global sin precedentes que culminó en el rápido desarrollo de vacunas eficaces.

Una indiscutible semejanza la observamos en una lista de prescripciones facultativas⁹⁰ contra la epidemia gripal publicada el 14 de noviembre de 1918 en la prensa regional⁹¹ por recomendación del inspector provincial de Sanidad. Entre las medidas de protección, sugeridas apenas dos meses después de los primeros casos de «gripe española» en Gran Canaria, podemos encontrar recomendaciones que, si no tuviéramos en cuenta el contexto de la noticia, podrían referir a un catálogo de sugerencias para prevenir la transmisión del COVID-19⁹².

Varias de las prescripciones son similares e incluso idénticas a las que hemos leído o escuchado con relación a la pandemia más reciente. Estas incluyen prácticas como la limpieza y desinfección de la boca y las fosas nasales con peróxido de hidrógeno, remedios caseros como aceite y mentol, seguir una dieta saludable, ventilar los hogares y evitar las aglomeraciones, hacinamientos y el contacto directo con personas infectadas.

Sin embargo, el ejemplo más notable se encuentra en la cuarta recomendación, ya que en ambas pandemias la ciudadanía recibió un bombardeo mediático sobre supuestos remedios naturales o caseros eficaces contra la enfermedad a través de medios de comunicación tradicionales como la prensa o radio o, más recientemente, las redes sociales. A este respecto, en el siguiente apartado se habla detalladamente sobre el papel de los medios informativos en plena «gripe española» y COVID-19.

90 1ª- Todo constipado o catarro de las vías respiratorias debe considerarse como síntoma presunto de la gripe, debiendo recogerse las secreciones en escupideras en las que previamente se haya puesto solución ox-cianuro de mercurio al 1 por dos mil o total al 5 por ciento, por contener en ellas los gérmenes productores de la enfermedad, especialmente los que producen las pulmonías purulentas. Por tanto, debe prohibirse de un modo absoluto que se escupa en el suelo sino se quiere coger el contagio.

2ª- Debe evitarse durante el período de la epidemia, el agotamiento de fuerzas y exceso de trabajo mental, por haberse demostrado que en los depauperados, la gripe toma extraordinario incremento.

3ª- De igual modo debe evitarse el trasnochar innecesariamente, procurando pasar al sol y al aire libre el mayor tiempo posible y huir de todo sitio de reunión y de hacinamiento.

4ª- Siendo generalmente los síntomas primeros de la infección gripal dolor de cabeza, garganta y fluxión consecutiva, es conveniente como medida previsora practicar la desinfección de la garganta y fosas nasales con agua oxigenada, soluciones de timol, mentol o gomenol, con las cuales muchas veces se yugula la infección, o bien el fenosalil en inhalaciones bucofaríngeas tres o cuatro veces al día, muy recomendado por las autoridades médicas. El fenosalil es un compuesto de fenol, ácido láctico, mentol y esencia de eucalipto. También puede usarse vaporizaciones de la fórmula siguiente: mentol, 5 gramos; alcanfor, 2 gramos; alcohol de 50-60 gramos.

5ª- Confirmado que las infecciones gripales de benignas se convierten en malignas por el hacinamiento, se procurará desde el primer momento establecer ventilaciones directas o indirectas del cuarto que radique el enfermo, dándole una capacidad respiratoria de 30 metros cúbicos como minimum.

6ª- Se procurará así mismo que el dormitorio del enfermo sea el más soleado de la casa y esté en mayor contacto con el exterior, por haber resultado en la práctica que el aire seco en abundancia y renovado continuamente es el mejor agente microbicida de la gripe, quitando de la habitación los muebles, cortinajes y demás enseres inútiles para la asistencia del enfermo.

7ª- En los casos graves se procederá además del consejo anterior, a la desinfección diaria de los enseres utilizados por el enfermo y de los suelos, no barriendo sino con serrín empapado en solución de ox-cianuro de mercurio mencionada.

8ª- Los casos aislados de pneumonías, no deben salir de su aislamiento hasta que por el análisis de los esputos resulte la ausencia de los gérmenes productores de esta enfermedad.

9ª- Las ropas y pañuelos de los enfermos atacados de gripe, deberán ser desinfectados por medio de la ebullición y los suelos y muebles lavados con solución de ox-cianuro de mercurio.

10ª- Durante la convalecencia gripal, se ha de tener mucho cuidado con las transgresiones de régimen; por cuanto pueden producir pulmonías casi siempre mortales.

91 *El Imparcial* (1918).

92 MARRERO SANTANA (2022).

6.1. Medios de comunicación en tiempos de pandemia: 100 años, mismas costumbres

El papel de los medios en tiempos de «gripe española» y COVID-19 guarda multitud de analogías entre sí. A pesar de existir 100 años de diferencia entre ambos eventos, la desinformación mediática, particularmente en prensa (1918-1920) y redes sociales (2020-2022) ha sido una realidad reconocida en tiempos de pandemia.

Tanto en el transcurso de la gripe de 1918 como con el COVID-19, la difusión deliberada de información falsa o engañosa en medios, así como la consecuente manipulación de la audiencia, implicó una distorsión peligrosa de la realidad, sobre todo por la influencia que tenía sobre la opinión pública y el grado en que ello podía poner en riesgo la salud y socavar los esfuerzos por contener la propagación de ambas enfermedades. Los gobiernos y autoridades competentes falsificaban y manipulaban la información sobre la situación real de la pandemia para evitar la alerta social por el aumento de casos y mantener la moral pública.

Estos fueron los antecedentes a la presión y control mediático de masas experimentado más recientemente con el COVID-19. Podría decirse que la pandemia de gripe de 1918 trajo consigo el nacimiento de las primeras *fake news*. La falta de conocimiento científico, la desesperación por encontrar una solución y el miedo generalizado, contribuyeron a la divulgación de estas prácticas sin fundamento.

A lo largo de la historia, cuando no se ha podido conocer el agente infeccioso causal de una enfermedad, el ser humano ha tendido a buscar tratamientos, algunos de carácter mágico, como amuletos o piedras preciosas, y otros de cierta base fisiológica, como pócimas, sangrías, unciones o hierbas medicinales. Como ha señalado Pagani, en épocas de epidemias se buscaban y aún se buscan remedios de todo tipo para intentar aliviar la enfermedad⁹³, tales como los preparados de hortalizas (cebollas o ajos) o plantas (eneldo, laurel, romero, jengibre, salvia...) o ungüentos de aceite o petróleo.

La proliferación de remedios caseros y supuestas curas milagrosas, que incluían desde infusiones de hierbas hasta productos patentados, se difundieron ampliamente entre la población bajo la promesa de aliviar los síntomas e incluso, en algunos casos, prevenir la enfermedad. En realidad, algunos remedios caseros podían proporcionar un alivio temporal, sin embargo, ninguno de ellos ofrecía una cura real o protección eficaz contra la gripe o el coronavirus. La falta de regulación y supervisión en la prensa permitió que esta desinformación se extendiera rápidamente, dificultando los esfuerzos para comunicar información precisa y confiable.

En el caso de la gripe de 1918, la realidad es que, al no existir una vacuna ni cura efectiva como tal, la mejor prevención o «tratamiento» contra la enfermedad consistía en marchar lo más lejos posible de las ciudades, de preferencia al campo. Pese a ello, la difusión de remedios caseros no se produjo únicamente desde la prensa y la superstición popular, ya que hasta los médicos, en vista de la escasez de medicamentos para prevenir o tratar los contagios, recomendaban la ingesta de bebidas alcohólicas de preparación casera para prevención y tratamiento de los síntomas y cuadros leves de gripe.

Un ejemplo de ello podemos encontrarlo en una nota de prensa publicada en un periódico tinerfeño en enero de 1920⁹⁴, en la cual se señala que la gripe fue contenida con ron en el Lazareto de Gando, mencionando, de acuerdo con Marrero-Santana, una donación de 50 cajas de Ron Jamaica marca «Dos Cabezas de Negritas» para los infectados⁹⁵.

Desde la propia prensa también se proponían supuestas curas milagrosas, constituidas a base de aceite y mentol, como reza la siguiente nota publicada en 1918⁹⁶:

Siendo generalmente los síntomas primeros de la infección gripal dolor de cabeza, garganta y fluxión consecutiva, es conveniente como medida previsoramente practicar la desinfección de la garganta y fosas nasales con agua oxigenada, soluciones de timol, mentol o gomenol, con las cuales muchas veces se yugula la infección, o bien el fenosalil en inhalaciones bucofaringeas

93 PAGANI (2022), p. 197.

94 *El Progreso* (1920).

95 MARRERO-SANTANA (2022), p. 30.

96 *El Progreso* (1918).

tres o cuatro veces al día, muy recomendado por las autoridades médicas. El fenosalil es un compuesto de fenol, ácido láctico, mentol y esencia de eucalipto. También puede usarse vaporizaciones de la fórmula siguiente: mentol, 5 gramos; alcanfor, 2 gramos; alcohol de 50-60 gramos.

Ya tenemos una buena receta contra la gripe.

Se llama "mojo canario"; la publicó ayer "Gaceta de Tenerife", y la reproducimos hoy nosotros para contribuir a su divulgación.

	Gramos
Caña de la Habana rom de	
Jamaica	620
Canela en rama	30
Jugo de limón	50
Cáscara de limón	9
Nuez moscada	1
Azúcar	100
Agua	190
	1.000

Se toman tres copitas al día de este licor y en caso de sentirse amagado por la gripe se aumenta la dosis.

Ya verán ustedes como ahora la epidemia se extiende de una manera considerable, por lo menos nominalmente.

NO TENGAN MIEDO A LA GRIPE

Como medida preventiva, la Ciencia médica recomienda la absorción diaria de una pequeña cantidad de QUINA. La mejor forma de administrar este amargosísimo producto, es con el

JEREZ QUINA VARELA

Que además de ser muy agradable y llenar plenamente el objeto profiláctico de los médicos, fortifica el organismo y es un soberano aperitivo que no irrita la mucosa intestinal.

DOSIS.—Para adultos: una copita de las de vino antes del almuerzo y de la comida.

DOSIS.—Para menores: una copita de las de licor antes de las dos comidas principales del día.

De venta:

EN LA DROGUERIA DE ANTONIO ESPINOSA
Plaza de la Constitución.-Sta. Cruz de Tenerife

Para pedidos
al por mayor

Casa VARELA
Frente al Ayuntamiento.

Fig. 7. Información sobre un «remedio casero» y una «recomendación preventiva» contra la gripe, publicada en los diarios de prensa regional «El Imparcial» (izq.) y «El Progreso» (dcha.), en los años 1918 y 1920, respectivamente.

Fuente: Archivo de Prensa Digital de la ULPGC.

Durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19, la desinformación y teorías conspirativas tuvieron una rápida diseminación en redes sociales y medios de comunicación. El desconocimiento generalizado de la población acerca del virus, fundamentado principalmente en la ausencia de evidencia científico-médica, generó una gran proliferación de fake news y desconfianza⁹⁷. La fundamentación de este tipo de suposiciones, de fácil influencia en el razonamiento humano, responden a un problema de base cultural, social y política, con un recorrido más arcaico que la propia existencia de internet y las redes sociales, y suelen esconder sutiles y hábiles intereses de origen ideológico, social y religioso, entre otros⁹⁸. Las fake news eran más fáciles de entender entre la población general al apelar a los sentimientos en vez de a la razón, y ofrecer esperanza donde realmente no existía.

En esta etapa inicial aparecieron una serie de supuestos remedios eficaces contra el coronavirus que fueron difundidos en prensa y redes sociales a partes iguales: vapores de menta y eucalipto; infusiones de artemisa, ajo y/o cebolla cruda; enjuagues con agua templada; té verde, aceites esenciales e incluso dióxido de cloro (lejía). Pese a los consejos profesionales de no seguir las sugerencias sobre supuestos remedios caseros o automedicación, muchas personas tenían cierta predisposición a aceptar cualquier recomendación homeopática o farmacológica creyendo que aliviaría el problema. Cualquier información tendía a ser aceptada sin certeza científica y bajo el precepto de «cura milagrosa», especialmente si era compartida por personajes de interés público, como políticos, famosos o *influencers*. No obstante, también hubo cierta presión mediática en la forma en que se presentaba la información, ya que, en algunos casos, se enfatizaban los aspectos más alarmantes o se daba espacio a teorías de conspiración que pueden influir de manera notable en la opinión de la ciudadanía, especialmente de aquellas personas que constantemente ven televisión o leen prensa, como los adultos mayores.

97 TEJADA Y MEDINA-NEIRA (2020).

98 CATALÁN-MATAMOROS (2020).



Fig. 8. Miniatura de un vídeo sobre «remedios caseros para el COVID-19», difundido en WhatsApp en los primeros meses de pandemia. Se trata de una noticia originada en un medio de comunicación de Nigeria, en la que se sugiere, entre otras recomendaciones, consumir un mejunje de ajo crudo, aceite y jengibre para evitar el COVID-19.

Fuente: TVC News Nigeria.

De este modo, la experiencia y percepción de uno de los colectivos más amenazados por la pandemia estaba sometido a la manipulación e influencia mediática. Esto dificultó en gran medida la labor de las autoridades de salud para comunicar información confiable, ya que una parte de la población, especialmente los grupos más vulnerables, tomaban decisiones equivocadas en términos de prevención y tratamiento del COVID-19 por confiar en lo que leían o veían en los medios, como ya sucediera un siglo atrás con la «gripe española».

7. CONCLUSIONES

La evolución y desarrollo en Las Palmas de Gran Canaria de las últimas dos grandes pandemias de la historia presentaron una serie de paralelismos que han sido avanzados a lo largo de este artículo. En conjunto, el desarrollo, las medidas adoptadas y las transformaciones vividas en el tiempo de las pandemias estudiadas dejaron una huella sociocultural profunda en Las Palmas de Gran Canaria, afectando las dinámicas cotidianas, las relaciones sociales y el bienestar emocional de sus habitantes. Teniendo en cuenta que la capital de Gran Canaria ha experimentado una notable transformación desde comienzos del siglo XX hasta la actualidad, resulta llamativo localizar prácticamente una misma línea argumentativa en el transcurso y efectos de ambas pandemias.

Por un lado, el archipiélago Canario evitó en gran medida la pandemia de «gripe española» gracias a su aislamiento y a la implementación de cuarentenas obligatorias para los viajeros. A pesar de que la gripe llegó a través de barcos, el tráfico marítimo se redujo, lo que retrasó su propagación. En adición, las características climáticas y la buena salud de los habitantes de las islas ayudaron a mitigar los efectos de la enfermedad. En Las Palmas, la ciudad más golpeada, las autoridades tomaron medidas que suavizaron el efecto de la enfermedad en términos de salud, pero tuvieron un considerable impacto en la economía insular, aumentando las desigualdades y alterando la vida cultural y prácticas sociales de la población.

Por otro lado, el COVID-19, que llegó a Canarias a principios de 2020, tuvo un recorrido similar al de la epidemia gripal en Las Palmas de Gran Canaria. La capital grancanaria sufrió un impacto sanitario, económico, social y cultural que recordó lo acontecido un siglo antes, cuando la gripe golpeó la isla y se implementaron medidas muy similares, como el cierre de playas y escuelas, la

suspensión de ceremonias religiosas, eventos y fiestas populares, o las restricciones de viaje y pruebas en el Puerto de la Luz, entre otras.

Aunque el turismo fue un factor clave en la propagación del virus, la extraordinaria calma acaecida a finales de febrero de 2020 y que provocó el cierre de aeropuertos y la suspensión momentánea del carnaval, ayudó a frenar las consecuencias de la primera ola. Además de la huella epidemiológica, la gripe de 1918 y el COVID-19 generaron una parálisis económica en la ciudad, afectando fundamentalmente a la actividad comercial y a la hostelería, al tiempo que colapsaron los principales centros hospitalarios. Sin embargo, también funcionaron como impulso para diversos avances científico-médicos y sociales, con el desarrollo de vacunas y la participación, en general, de la ciudadanía para la inoculación del tratamiento.

En estos dos procesos históricos, medios de comunicación como la prensa o las redes sociales desempeñaron un papel importante en la difusión de información y desinformación. Con la gripe de 1918, la censura de guerra en algunos países y la falta de conocimiento científico contribuyeron a la difusión de tratamientos mágicos basados en creencias populares. En el curso del COVID-19, el desconocimiento generalizado sobre el virus y el temor ante un escenario incierto y de cambio constante e inmediato condujeron a la proliferación de *fake news* en los medios, como la divulgación de remedios caseros sin fundamento científico o tratamientos de automedicación peligrosos, como ya sucediera 100 años atrás.

Históricamente, los medios han tenido la responsabilidad de garantizar la veracidad de la información difundida y de evitar la propagación de contenidos infundados, especialmente en situaciones de crisis sanitaria, con el fin de proteger la salud y bienestar de la población. En cambio, los dos episodios pandémicos han evidenciado la necesidad de que cada individuo examine propiamente el entorno sociocultural actual, caracterizado por la disminución de expertos y especialistas, el crecimiento de discursos populistas sin formación científica y, de manera más profunda, la influencia mediática en nuestras emociones, valores y creencias.

En suma, el análisis histórico-comparativo de la «gripe española» y la pandemia de COVID-19 en Las Palmas de Gran Canaria evidencia la necesidad de desarrollar estrategias de prevención específicas para contextos insulares. A partir de las lecciones aprendidas en ambos episodios, se concluye que la insularidad puede ser una ventaja epidemiológica si se acompaña de una respuesta temprana, coordinada y adaptada a las características del territorio. Así, de cara a futuras crisis sanitarias, destacan como líneas prioritarias: la educación sanitaria y la concienciación ciudadana; el control temprano de accesos mediante puertos y aeropuertos, con especial atención a la entrada de viajeros no residentes; la vigilancia activa y diagnóstico precoz de casos importados; y el cuidado del bienestar psicosocial, especialmente en personas mayores o en situación de vulnerabilidad. Estas medidas, inspiradas tanto en los protocolos históricos de 1918 como en las recomendaciones más recientes de organismos internacionales para el COVID-19, refuerzan la idea de que una gestión sanitaria eficaz no solo depende de la tecnología, sino también del conocimiento del entorno social, cultural y geográfico en que se aplica.

En definitiva, el análisis comparativo de ambas pandemias permite comprender no sólo la evolución de las respuestas sociales e institucionales ante las crisis sanitarias, sino también la permanencia de ciertos patrones de vulnerabilidad, resiliencia y transformación. Las similitudes estudiadas subrayan la importancia de integrar los aprendizajes del pasado en la gestión y tratamiento del presente y del futuro, especialmente en un contexto insular como Las Palmas de Gran Canaria, donde la historia, la geografía y la cultura condicionan profundamente el modo en que se enfrentan las emergencias colectivas.

REFERENCIAS

- ABÁSOLO ALESSÓN, I.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. J. & RODRÍGUEZ-MIRELES, S. (2020). «La COVID-19 y la sanidad canaria». *Hacienda Canaria*, 53, pp. 157-178.
- ARBELO, A. (1987). «La evolución de la población de la isla de Gran Canaria del siglo XVI al XX y sus circunstancias». *Anuario de Estudios Atlánticos*, 1(33), pp. 417-451.

- BELTRÁN DE OTÁLORA, O. (2020, 20 de abril). «Las tres oleadas de la gripe española». *Canarias7*. Recuperado de <https://www.canarias7.es/sociedad/las-tres-oleadas-de-la-gripe-espanola-DA9075252>. [Última consulta el 29-03-2025].
- BOLETÍN OFICIAL DE CANARIAS (2020, 9 de abril). *Circular*, N.º 71.
- BOUYOU-LELO, P. J. (2022). «Enfoque comparativo entre la COVID-19 y la gripe española». *Gaceta Médica Estudiantil*, 1(3), pp. 1-12.
- «CANARIAS, SEGUNDA COMUNIDAD DONDE MÁS CRECIÓ LA MORTALIDAD EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2022» (2022, 19 de diciembre). *Canarias7*. Recuperado de <https://www.canarias7.es/sociedad/salud/canarias-segunda-comunidad-20221219131344-nt.html>. [Última consulta el 20-04-2025].
- CATALÁN-MATAMOROS, D. (2020). «La comunicación sobre la pandemia del COVID-19 en la era digital: manipulación informativa, fake news y redes sociales». *Revista Española de Comunicación en Salud*, pp. 5-8. DOI: <https://doi.org/10.20318/recs.2020.5531>.
- CROSBY, A.W. (2003). *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*. Cambridge University Press.
- DELIA ARANDA, C. (2023, 28 de junio). «La covid fue la segunda enfermedad más mortal en Canarias en 2022 tras las cardiopatías isquémicas». *Canarias7*. Recuperado de <https://www.canarias7.es/sociedad/salud/covid-segunda-enfermedad-mortal-canarias-2022-tras-20230629233859-nt.html>. [Última consulta el 20-04-2025].
- DÍAZ HERNÁNDEZ, R. (2006). «Evolución y características de la población del núcleo fundacional de Las Palmas de Gran Canaria a la luz de las fuentes demográficas y bibliográficas». En LÓPEZ GARCÍA, J. S. y HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, A. S. (coord.), *Miscelánea: homenaje al doctor Ramón López Caneda*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, pp. 100-118.
- DOMINGO MÉNDEZ, J. (2020, 15 de marzo). «Cuando se ganó la batalla a una gripe española que nunca fue española». *El Día*. Recuperado de <https://www.eldia.es/sociedad/2020/03/15/gano-batalla-gripe-espanola-espanola-22442421.html>. [Última consulta el 12-04-2025].
- INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA (2022). «Defunciones según sexos». Recuperado de https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/statistical-visualizer/visualizer/data.html?resourceType=dataset&agencyId=ISTAC&resourceId=E30306A_000006&version=~latest#visualization/table [Última consulta el 19-04-2025].
- INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA (2022). «Tasas estandarizadas de mortalidad de los residentes según sexos y causas de muerte (lista reducida de CIE-10) por años. Canarias». Recuperado de https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/statistical-visualizer/visualizer/data.html?resourceType=dataset&agencyId=ISTAC&resourceId=E30417A_000019&version=1.1#visualization/table. [Última consulta el 19-04-2025].
- INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (2022). «Centro Nacional de Epidemiología». Recuperado de <https://cnecovid.isciii.es/covid19/>. [Última consulta el 20-04-2025].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2020). «1918: Una pandemia vista desde los Anuarios Estadísticos». Recuperado de https://www.ine.es/expo_anuarios/1918.html. [Última consulta el 22-03-2025].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2022). «Censo de 1910. Tomo I. Resultados definitivos. Detalle por provincias. Canarias». Recuperado de <https://www.ine.es/inebaseweb/pdfDispatcher.do?td=79796&ext=.pdf>. [Última consulta el 22-03-2025].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2023). «Estimación del número de defunciones semanales». Recuperado de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177074&menu=ultiDatos&idp=1254735573175. [Última consulta el 14-04-2025].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2022). «Censo de 1920. Tomo I. Resultados definitivos. Detalle por provincias. Canarias». Recuperado de <https://www.ine.es/inebaseweb/pdfDispatcher.do?td=85833&ext=.pdf>. [Última consulta el 22-03-2025].
- JOHNSON, N. & MUELLER, J. (2002). «Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic». *Bulletin of the History of Medicine*, 76(1), 105-115. <https://dx.doi.org/10.1353/bhm.2002.0022>.

- KABBABE, S. (2020). La pandemia de Gripe Española de 1918. *Medicina Interna Venezuela*, 35(2), pp. 59-65.
- «LA GRIPE EN GANDO» (1920, 29 de enero). *El Progreso*, p. 2. Recuperado de <https://jable.ulpgc.es/viewer.vm?id=5880431&page=2> [Última consulta el 15-04-2025].
- «LA GRIPE EN LAS PALMAS» (1920, 28 de enero). *El Progreso*, p. 2. Recuperado de <https://jable.ulpgc.es/viewer.vm?id=5777105&page=2> [Última consulta el 15-04-2025].
- MAGUIÑA VARGAS, C.; GASTELO ACOSTA, R. & TEQUEN BERNILLA, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid.19. *Revista Médica Herediana*, 31(2), pp. 125-131. DOI: <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>.
- MARICHAL FARIZO, B. (2020). *Gripe española de 1918 en Santa Cruz de Tenerife. Incidencia espacial y social* (Tesis de pregrado). Universidad de La Laguna, Tenerife.
- MARRERO-SANTANA, M. (2022). *La "gripe española" (1918-1920) en el ámbito urbano y rural de Gran Canaria: estudio de la incidencia y mortalidad en Las Palmas de Gran Canaria y la Vega de San Mateo* (Tesis de maestría). Universidad de Granada, Granada. DOI: <https://doi.org/10.30827/Digibug.80156>.
- MARTÍN DEL CASTILLO, J. F. (2004). «La construcción social de la enfermedad endémica, el caso de la "gripe española" de 1918 en Las Palmas de Gran Canaria». En LOBO, M.; TRAPERO, M.; MARTÍNEZ, J. A.; ANAYA, L. A.; GIRÓN, A.; GONZÁLEZ, M. N. y SIEMENS, L. (eds.), *El Museo Canario. Las Palmas de Gran Canaria: Tizemi*, pp. 199-214.
- MORALES CERRONE, A.C. & RAMOS CARBALLEIRA, A. (2021). *Efectos en la movilidad en Canarias a causa del coronavirus* (Tesis de pregrado). Universidad de La Laguna, Tenerife.
- NEGRÍN RUÍZ, N. & TORRES NAVARRO, I. (2021). *Impacto del coronavirus (Covid-19) sobre el empleo en la hostelería canaria* (Tesis de pregrado). Universidad de La Laguna, Tenerife.
- OJEDA, D. (2022). «Las muertes por COVID-19 entre enero y junio de 2022 superaron en un 43% a todas las de 2021». *Atlántico Hoy*. Recuperado de https://www.atlanticohoy.com/sociedad/covid-19-canarias-muertes-ine-estadisticas-pandemia_1511582_102.html. [última consulta el 20-04-2025].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2020). «Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)». Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>. [Última consulta el 18-04-2025].
- ORÚS, A. (2025). «Número acumulado de casos de coronavirus en el mundo desde el 22 de enero de 2020 hasta el 28 de junio de 2023». Recuperado de <https://es.statista.com/estadisticas/1104227/numero-acumulado-de-casos-de-coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/>. [Última consulta el 19-04-2025].
- PAGANI BALLETTI, R. (2022). «Enfermedades epidémicas y pandémicas: causas, cronología e implicaciones socioculturales». *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 3(86), pp. 189-214.
- PATTERSON, K.D. & PYLE, G.F. (1991). «The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic». *Bulletin of the History of Medicine*, 65(1), 4-21. <http://www.jstor.org/stable/44447656>.
- PÉREZ, A.S. & ENRÍQUEZ, R. (1914). *Anuario Comercial de Canarias Orientales*. Las Palmas.
- PISACA, A. (1918, 13 de noviembre). «Inspección Provincial de Sanidad». *El Progreso*. Recuperado de <https://jable.ulpgc.es/viewer.vm?id=5873810&page=2> [Última consulta el 15-04-2025].
- PISACA, A. (1918, 14 de noviembre). «Contra la epidemia. Prescripciones facultativas». *El Imparcial*. Recuperado de <https://jable.ulpgc.es/viewer.vm?id=5541717>. [Última consulta el 15-04-2025].
- PORRAS, M. I. (2020). *La gripe española: 1918-1919*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- RODRÍGUEZ-MAFFIOTTE, M. & MARTÍN, M. (2012). *La Peste. El cuarto jinete. Epidemias históricas y su repercusión en Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Instituto Canario de Bioantropología, Organismo Autónomo de Museos y Centros del Cabildo de Tenerife.
- RUIZ-DOMÈNEC, J. E. (2020). *El día después de las grandes epidemias*. Barcelona: Taurus.
- SERRANO-CUMPLIDO, A.; ORTEGA, P. A. E.; GARCÍA, A. R.; QUINTANA, V. O.; FRAGOSO, A. S.; GARCÍA, A.B. & BAYÓN, A.M. (2020). «COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra». *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46, 48-54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.008>.

- SNOWDEN, F.M. (2019). *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*. Yale University Press.
- SPINNEY, L. (2018). *El jinete pálido*. Barcelona: Editorial Crítica.
- TEJADA, S.F. & MEDINA-NEIRA, D. (2020). «La automedicación promovida por medios de comunicación, un peligro con consecuencias en tiempos de crisis de salud pública por la COVID-19». *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 31(3), 1-4.
- TOMAINO, L.; PINILLA, J.; RODRÍGUEZ-MIRELES, S.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; BARBER-PÉREZ, P.; SIERRA, A.; LA VECCHIA, C. & SERRA-MAJEM, L. (2021). «Impacto de una tormenta de arena y de los carnavales en la diseminación del SARS-CoV-2 en Tenerife y Gran Canaria (Islas Canarias, España)». *Gaceta Sanitaria*, 35(6), 565-568. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.09.006>.
- TRISTÁN PIMIENTA, P. (2015). *La provincia en guerra 1914-1918*. Las Palmas de Gran Canaria: Ediciones Idea.
- TROSTLE, J. A. (2005). *Epidemiology and culture*. Cambridge: Cambridge University Press.