



UNIVERSIDAD DE GRANADA

Facultad de Medicina

Trabajo de Fin de Máster

Máster en Antropología Física y Forense

Responsable de tutorización: Sylvia Alejandra Jiménez Brobeil

**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.**

Marrero Santana, Marcos de los Reyes

Curso académico 2021/2022

Convocatoria ordinaria

Agradecimientos

A todas las personas que me han acompañado a lo largo de esta corta pero gratificante experiencia que ha estado repleta de aprendizajes. Jamás habría podido continuar mi formación universitaria con el máster ni completarlo sin el apoyo y la confianza de mi familia: mi padre, mi madre, mi hermana y mi abuelo. Todos y cada uno de ellos han sido pilares básicos en todo el proceso, desde el comienzo del grado hasta la finalización del máster.

También me gustaría tener unas palabras de agradecimiento para las profesoras y profesores del máster, así como para los agentes de la Guardia Civil y los profesionales encargados de la excavación de Víznar con los que he realizado las prácticas, por haber compartido conmigo sus extensos conocimientos y experiencias sobre las distintas materias tratadas en el curso. En especial, quiero hacer mención a la profesora responsable de la tutorización de este Trabajo de Fin de Máster, Sylvia Alejandra Jiménez Brobeil, por su dedicación, consejos e implicación a lo largo del proceso de elaboración de este trabajo.

Asimismo, agradecer tanto a los trabajadores del Archivo Histórico Provincial de Las Palmas “Joaquín Blanco” y del Ayuntamiento de Vega de San Mateo por permitirme el acceso a los documentos pertinentes para el estudio, como al archivista de la Parroquia Matriz de San Agustín y al cura párroco de la Parroquia San Mateo Apóstol, D. Sebastián Grimón Castellano, por su amabilidad y facilitarme la consulta de los registros de defunción revisados.

También quiero agradecer a la Universidad de Granada, mi *alma mater*, por haberme permitido comenzar mis estudios de grado y terminar mi máster, así como crecer no solo en términos académicos, sino también humanos. De igual manera, deseo dar las gracias a todas las compañeras y compañeros con los que compartí aula, ya que estoy seguro de que participar en un ambiente tan diverso en cuanto a formación académica, con profesionales de distintas disciplinas científicas, me ha posibilitado aprender algo de todas y todos ellos, además de grabar recuerdos para toda la vida.

Por último, no quiero dejar pasar la oportunidad de reconocer el papel relevante de mi pareja, quien también ha sido un apoyo fundamental durante los últimos 3 años, sobre todo por ayudarme en multitud de ocasiones a encontrar la motivación necesaria para seguir avanzando en el ámbito académico, especialmente con el máster, al recordarme constantemente que no debo desistir nunca en la búsqueda de mis metas.

Gracias a todos.

Resumen: La gripe de 1918, conocida como “gripe española”, provocó más de 50 millones de defunciones en todo el mundo, especialmente en Europa, convirtiéndose en la tercera pandemia más mortífera de la historia. España fue uno de los países más afectados con 8 millones de contagiados y hasta 300.000 fallecimientos, y sus territorios de ultramar no fueron una excepción. Entre ellos las Islas Canarias que, en menor medida, también se vieron afectadas por la gripe, fundamentalmente como consecuencia de la llegada de buques con pasajeros infectados. Gran Canaria experimentó un gran número de contagios y fallecimientos con respecto a otras islas, sobre todo por su puerto marítimo, receptor constante de vapores comerciales y trasatlánticos de turistas y emigrantes.

En este trabajo se analiza tanto la llegada de la epidemia gripal a Gran Canaria a finales de 1918 como su propagación e impacto hasta mayo de 1920, poniendo el foco de estudio en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria y en el pueblo de la Vega de San Mateo, situado en el interior de la isla. A partir de la información recopilada en documentos públicos archivados y periódicos insulares de la época, además de los datos recogidos en registros parroquiales de defunción, se examina la mortalidad por gripe en ambas poblaciones con el objeto de esclarecer, mediante estadísticas, su incidencia en el contexto urbano y rural, teniendo también en cuenta el resto de patologías que afectaban a la sociedad grancanaria en la segunda década del siglo XX. Para ello, se realiza una breve presentación del contexto de la isla a comienzos del siglo pasado, particularmente de las poblaciones mencionadas y, al mismo tiempo, se exponen las distintas medidas sociopolíticas y sanitarias que se tomaron desde el gobierno insular para paliar la pandemia. Por último, se establecen similitudes entre la pandemia de “gripe española” y la de COVID-19 en las islas, en relación a su incidencia, gestión, mortalidad y consecuencias.

Palabras clave: “gripe española”, epidemia, pandemia, Canarias, Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Vega de San Mateo, enfermedades, mortalidad, incidencia, medidas y COVID-19.

Abstract: The 1918 flu, known as the "Spanish flu", caused more than 50 million deaths worldwide, especially in Europe, making it the third deadliest pandemic in history. Spain was one of the most affected countries with 8 million infected and up to 300,000 deaths, and its overseas territories were not an exception. Among them, the Canary Islands which, to a lesser extent, were also affected by the flu, mainly as a result of the arrival of ships with infected passengers. Gran Canaria experienced a large number of infections and deaths compared to other islands, especially due to its seaport, a constant receiver of commercial steamers and ocean liners of tourists and emigrants.

This paper analyzes both the arrival of the flu epidemic in Gran Canaria at the end of 1918 and its spread and impact until May 1920, focusing on the city of Las Palmas de Gran Canaria and the town of Vega de San Mateo, located inside the island. From the information compiled in public archive documents and insular newspapers of the time, in addition to the data collected in the parish death certificates, the mortality due to 'Spanish flu' in both populations is examined to clarify, through statistics, its incidence in the urban and rural context, also taking into account the rest of the pathologies that affected Gran Canarian society in the second decade of the 20th century. To do this, a brief presentation of the context of the island at the beginning of the last century is made, particularly of the populations mentioned and, at the same time, the different sociopolitical and health measures that were taken by the island government to alleviate the pandemic are exposed. Finally, similarities are established between the "Spanish flu" pandemic and the COVID-19 pandemic on the islands, in relation to its incidence, management, mortality and consequences.

Keywords: “Spanish flu”, epidemic, pandemic, Canary Islands, Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Vega de San Mateo, diseases, mortality, incidence, measures and COVID-19.

ÍNDICE

1. Introducción	1
1.1. Interrogantes de investigación	2
1.2. Hipótesis	2
1.3. Objetivos	3
2. Metodología	4
2.1. Métodos y fuentes	4
2.2. Análisis de datos	6
2.3. Obtención de resultados	7
3. La pandemia de gripe de 1918	8
3.1. Expansión en el mundo	9
3.2. Desarrollo en España	12
4. La "gripe española" en Gran Canaria	16
4.1. Llegada de la epidemia gripal a la isla	16
4.2. Afectación en el ámbito urbano: Las Palmas de Gran Canaria	19
4.2.1. Las Palmas a comienzos del siglo XX	20
4.2.2. Incidencia, mortalidad y consecuencias	22
4.3. Afectación en el ámbito rural: Vega de San Mateo	40
4.3.1. La Vega a comienzos del siglo XX	40

4.3.2. Incidencia, mortalidad y consecuencias.....	43
5. La "gripe española" y el COVID-19: paralelismos	48
6. Conclusiones	57
Bibliografía	60
Anexo 1. Fotografías y documentación	I
Anexo 2. Datos estadísticos diseminados	IX

1. INTRODUCCIÓN

La erróneamente conocida como “gripe española” ha sido una de las pandemias¹ más devastadoras de la historia de la humanidad al haber acabado con la vida de alrededor de 50 millones de personas entre febrero de 1918 y abril de 1920. Fue causada por un brote del virus de la gripe A y, contrariamente a otras epidemias² de gripe que afectan fundamentalmente a infantes y adultos mayores, esta incurrió con fuerza en la salud de jóvenes y adultos aparentemente sanos, especialmente en aquellos que tenían entre 20 y 40 años. La gripe de 1918, como también es conocida, golpeó el mundo hasta en cuatro oleadas: la primera tuvo lugar en la primavera de 1918, cuando el virus comenzó a extenderse por los campamentos militares de Estados Unidos y en pocas semanas alcanzó Europa, al llevarlo los soldados estadounidenses a las trincheras de la I Guerra Mundial, teniendo una alta morbilidad y una mortalidad restringida a edades jóvenes y prolongando sus efectos hasta el verano del mismo año; la segunda ola, mucho más grave que la primera, se desarrolló en la temporada de otoño de 1918 y se extendió hasta comienzos del invierno, caracterizándose por una mortalidad muy alta en niños y adultos jóvenes, y con un ligero ascenso en los mayores de 60 años; el tercer gran brote surgió en los primeros meses de 1919 y se propagó hasta el verano de ese mismo año, aunque con una letalidad notablemente menor que en la fase anterior, salvo en el hemisferio sur, indemne hasta ese momento; y, por último, una cuarta oleada que se inició en el invierno de 1919, con altas tasas de contagio pero una mortalidad menor que en anteriores brotes —probablemente por la adquisición de cierta inmunidad protectora de los que habían enfermado anteriormente—, se prolongó hasta comienzos de la primavera de 1920, cuando oficialmente se decretó el final de la pandemia.

En España, que en aquél momento contaba con poco más de 20 millones de habitantes, la enfermedad golpeó con fuerza contagiando a 8 millones de personas y dejando hasta 300 000 fallecidos, convirtiéndolo así en uno de los países más afectados del mundo. El país sufrió los estragos de la pandemia especialmente en el otoño de 1918, durante la segunda oleada, cuando llegó a cobrarse la vida de más de 140 000 españoles en apenas unos meses (INE, 2020). Sin embargo, no todos los territorios españoles se vieron afectados en la misma medida por la gripe. Por ejemplo, entre septiembre y diciembre de 1918, la mortalidad en áreas como Burgos o Zamora llegó a situarse en 1214 y 1013 por cada 100 000 habitantes respectivamente, contrastando fuertemente con

¹ Enfermedad epidémica extendida fuera de los límites de una amplia área geográfica, generalmente un continente.

² Incidencia o propagación excesiva, intensa e indiscriminada de una enfermedad sobre la población de un país durante un período de tiempo, causando males y/o daños a gran número de personas.

los valores en Canarias, donde apenas fue de 2,96 por cada 100 000 habitantes (Porras, 2020). Sin duda alguna, la incidencia y mortalidad de la “gripe española” fue mayor en la Península que en las Islas Canarias, donde los contagios no se produjeron tan masivamente y las muertes apenas superaron el millar. Esto fue debido estrictamente al aislamiento del archipiélago, al cual solo se podía llegar por la vía marítima, medio por el que finalmente la gripe arribó a Canarias. Según fuentes oficiales, la “gripe española” no alcanzó a las islas hasta la segunda ola, en otoño de 1918, cuando el vapor español “Infanta Isabel” desembarcó en Gran Canaria con cientos de contagiados. De hecho, Gran Canaria sufrió más que ningún otro territorio canario los efectos de la epidemia gripal, que dejó miles de contagiados y centenares de muertos en la isla.

No obstante, no se sabe con certeza la incidencia real que tuvo la “gripe española” en la mortalidad de la población de Gran Canaria entre los años 1918 y 1920. Por ello, puesto que no existe ninguna investigación al respecto, en este trabajo se analiza tanto la llegada de la epidemia gripal a Gran Canaria a finales de 1918 como su propagación, desarrollo e impacto hasta mayo de 1920, poniendo el foco de estudio en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria y en el pueblo de la Vega de San Mateo, situado en el interior rural de la isla.

1.1. Interrogantes de investigación

1. ¿Cuándo llegó exactamente la gripe de 1918 a Gran Canaria?
2. ¿Qué factores intervinieron en la propagación de la enfermedad por la isla y cómo se desarrolló?
3. ¿Qué oleada de la “gripe española” afectó más a la población de Las Palmas de Gran Canaria y cuál a la Vega de San Mateo y de qué manera lo hizo?
4. Teniendo en cuenta la densidad de población, ¿la incidencia y mortalidad por gripe fueron mayores en la ciudad o en el interior rural de Gran Canaria?
5. ¿Existen similitudes en el desarrollo y los efectos de las pandemias de “gripe española” y de COVID-19 en Canarias?

1.2. Hipótesis

1. Probablemente la “gripe española” llegó a Gran Canaria antes del desembarco de los pasajeros contagiados del “Infanta Isabel”, momento a partir del cual la epidemia se incrementó en la isla.
2. Los escasos medios para la detección de la enfermedad, así como para el tratamiento de la misma por la insuficiencia de materiales a consecuencia de la I Guerra Mundial, fueron factores clave en la propagación de la gripe por toda la isla. La inexistencia de medidas eficaces y hábitos higiénicos suficientes en muchas de las localidades y entre los propios habitantes fueron elementos importantes para su desarrollo.
3. La oleada de “gripe española” que más afectó a la población de Las Palmas de Gran Canaria fue la segunda, al sorprender tanto a las autoridades gubernamentales como a la población civil, quienes no estaban preparadas ante tal epidemia. Por otro lado, es probable que la tercera ola tuviera mayor incidencia en localidades del interior rural como la Vega de San Mateo, al haber tenido el virus más tiempo de propagarse a zonas de medianía y cumbre de la isla.
4. Seguramente la incidencia y la mortalidad a causa de la gripe fueron mucho mayores en la ciudad, dado que en el interior de la isla había menos población y, por tanto, menos oportunidad de que el virus se extendiese a un gran número de personas.
5. Existen multitud de similitudes entre la pandemia de gripe de 1918 y la de COVID-19 en Canarias, sobre todo en lo que respecta a la incidencia y mortalidad causada por ambas enfermedades.

1.3. Objetivos

General

Analizar la incidencia de la "gripe española" en Gran Canaria a partir del estudio de su mortalidad en la ciudad —Las Palmas de Gran Canaria— y en el interior rural —Vega de San Mateo— de la isla.

Específicos

1. Contextualizar el entorno urbano y rural de la Gran Canaria de finales del siglo XIX y comienzos del XX para entender el ámbito en el que se desarrolló la epidemia gripal.
2. Indagar sobre la manera en que la gripe de 1918 llegó a la isla, así como examinar las posibles causas que facilitaron su propagación entre la población de la isla.
3. Establecer una estadística de mortalidad por “gripe española” tanto de Las Palmas de Gran Canaria como de la Vega de San Mateo, a partir de la revisión de registros parroquiales de defunción y estadísticas de mortalidad documentadas en archivos municipales, a fin de averiguar si la incidencia de la gripe en la mortalidad fue mayor en la ciudad o en el interior de la isla.
4. Llevar a cabo una comparación entre la pandemia de gripe de 1918 y la de COVID-19 con el objeto de apuntar similitudes entre ambas en cuanto a su llegada, desarrollo, gestión y efectos —incidencia y mortalidad—, poniendo especialmente el foco de interés en Canarias.

2. METODOLOGÍA

2.1. Métodos y fuentes

Para la consecución de los objetivos propuestos, así como para la recolección de datos y el análisis de los mismos, se lleva a cabo una metodología de carácter mixto. Por un lado, se decide implementar esta metodología porque, para una mejor comprensión del tema en cuestión, se precisa del análisis estadístico que ayude a interpretar patrones, promedios, frecuencias y relaciones de causa y efecto entre la incidencia de la “gripe española” en la isla de Gran Canaria y la mortalidad en la ciudad capitalina de Las Palmas y en la localidad rural de la Vega de San Mateo, lo que servirá también para probar y/o confirmar las hipótesis de partida. Por otro lado, la recopilación y análisis de conceptos implicados, documentos antiguos —archivos municipales y parroquiales—, experiencias y opiniones de la población recogidos en prensa son tan importantes como el análisis estadístico, ya que servirá para entender cómo la epidemia gripal llegó a la isla y cómo se gestionó por parte de las autoridades competentes. Al mismo tiempo, ayudará a establecer generalizaciones que permitan comparar la pandemia tratada con la más reciente de COVID-19 y, de esta manera, otorgarle un juicio propio a la investigación mediante la búsqueda de similitudes entre ambas con respecto a la isla de Gran Canaria.

En primer lugar, mediante el método descriptivo de tipo documental, se realiza una breve descripción de la pandemia de “gripe española” para entender su origen, de qué manera se extendió rápidamente por el mundo —especialmente en Europa— y cómo llegó y afectó a España, a partir de la consulta de artículos académicos, revistas, periódicos y libros. Siguiendo esta documentación, también se reseñan brevemente los síntomas, complicaciones y pronóstico de la enfermedad, así como su incidencia en la mortalidad a nivel global, europeo y español. Luego, a través de la consulta de libros, anuarios, archivos y registros de carácter local, se efectúa una contextualización de la isla de Gran Canaria a comienzos del siglo XX, poniendo el foco en su ciudad capital, Las Palmas de Gran Canaria, y en una localidad del interior rural, Vega de San Mateo. Por medio de todas estas explicaciones es posible obtener tanto una mejor comprensión de los conceptos fundamentales tratados a lo largo de la investigación como de los fenómenos sociales, económicos, políticos y culturales que caracterizaban al mundo y, en concreto, a la sociedad grancanaria de comienzos del siglo pasado, y que facilitaron la aparición y propagación de la gripe de 1918. Asimismo, esta exposición será útil para indagar sobre cómo y/o porqué la pandemia alcanzó tal magnitud, ayudándonos a interpretar y lograr un mejor entendimiento de los datos que posteriormente serán descritos para explicar su proceso de expansión, incidencia y afectación en la mortalidad del ámbito urbano y rural de Gran Canaria. Posteriormente y siguiendo el método descriptivo, pero de tipo narrativo, se analiza el testimonio subjetivo del alcalde de Las Palmas y resto de autoridades capitalinas recogidos en minutas, telegramas y demás documentos recopilados en los expedientes correspondientes a la epidemia gripal en Gran Canaria. De igual manera, se lleva a cabo este mismo procedimiento de análisis de testimonios subjetivos con los documentos encontrados en el archivo municipal de la Vega de San Mateo. Esto es ampliado con los datos compilados en prensa canaria de 1918 a 1920 y que también tratan la gripe desde un punto de vista subjetivo.

Sin embargo, los métodos de tipo cualitativo llevados a cabo son complicados de estandarizar y no permiten el análisis estadístico para establecer una generalización en cuanto a la afectación de la gripe al resto de la isla. Por ello, partiendo de las estadísticas recopiladas del expediente “Estadísticas de mortalidad por enfermedades infecciosas (1909-1926)” del Ayuntamiento de San Lorenzo y almacenado en el Archivo Histórico Provincial de Las Palmas, así como de los libros de defunción de la Parroquia Matriz de San Agustín y la Parroquia de San Mateo Apóstol, se lleva a cabo una investigación cuantitativa de tipo correlacional entre el entorno —urbano o rural— de Gran Canaria donde incidió la “gripe española” y la mortalidad a consecuencia

de ésta, interpretando los datos obtenidos de la misma en relación con la información recopilada de documentos públicos de carácter político, especialmente de aquellos que hablan sobre la gestión sanitaria implementada frente a la pandemia gripal. Las variables consideradas para el estudio estadístico correlacional son la edad —por grupos— y la causa de muerte.

De este modo se puede llevar a cabo una comparación de la incidencia y mortalidad por “gripe española” en el área urbana de Las Palmas de Gran Canaria —el más poblado de la isla— y el entorno rural de la Vega de San Mateo durante los 18 meses que afectó a la isla, entre octubre de 1918 y abril de 1920. Asimismo, los resultados estadísticos obtenidos en esta investigación podrán extrapolarse y replicarse en otras zonas poblaciones de Gran Canaria, con el objeto de probar hipótesis y averiguar nuevos datos relevantes para el estudio de la “gripe española” en la isla. Toda la información relativa a los gráficos y tablas estadísticas se encuentra en los anexos del trabajo, donde pueden revisarse los datos diseminados para un mayor entendimiento de lo expuesto a lo largo de la investigación. No obstante, este tipo de metodología puede resultar superficial para el análisis de algunos conceptos, así como ser insuficiente al existir el riesgo de que no se tengan en cuenta otras observaciones relevantes al sacar conclusiones o no haber recopilado todos los datos posibles adecuadamente —por ejemplo, sin considerar el contexto histórico y social—. Por ello, para este trabajo se ha empleado una metodología mixta que combina elementos de la investigación cuantitativa y cualitativa con el objeto de responder a los interrogantes de partida y probar las hipótesis inicialmente establecidas. La combinación de ambas metodologías permitirá obtener un estudio más completo, al proporcionar un enfoque holístico que aúna y analiza los datos estadísticos con conocimientos contextualizados de mayor profundidad.

Mediante estos métodos se combina la investigación primaria con la de tipo secundaria, ya que se ha precisado tanto de fuentes documentales recogidos por otros investigadores en libros y artículos científicos, como de los datos recogidos por mí mismo a partir de los expedientes almacenados en los archivos municipales de Las Palmas de Gran Canaria y la Vega de San Mateo y de los registros parroquiales de defunción de la Parroquia Matriz de San Agustín y la Parroquia de San Mateo Apóstol.

2.2. Análisis de datos

Para el estudio de la información y los datos recogidos se lleva a cabo un análisis descriptivo basado fundamentalmente, por un lado, en la exposición de toda la información relativa al contexto de Gran Canaria a principios del siglo XX y a las circunstancias de la llegada, propagación y gestión de la epidemia gripal y, por otro lado, la organización de los datos sobre defunciones a consecuencia de enfermedades infecciosas en la década de 1914-1924 para comprobar la incidencia real de la “gripe española” en la mortalidad. Se han tenido en cuenta las causas de mortalidad existentes en la población de Las Palmas de Gran Canaria y de la Vega de San Mateo desde cuatro años antes del estallido de la pandemia —1914— hasta cuatro años después del cese de contagios masivos —1924—, con el objeto de realizar un estudio completo del período de tiempo de 1918 a 1920 que permita observar y analizar adecuadamente si realmente la “gripe española” afectó a ambas poblaciones de manera considerable, relativa o superficial y, del mismo modo, corroborar si el grado de afectación fue mayor en el entorno urbano o en el ámbito rural. Para que todo este gran conjunto de datos sea útil, estos son simplificados y resumidos, en mayor medida, a fin de que sean entendibles para cualquier persona interesada en la investigación efectuada.

Para la representación de datos y conclusiones estadísticas se ha utilizado el programa *Microsoft Excel*, cuyos resultados están expresados en las tablas estadísticas localizadas a lo largo de la investigación. Para la elaboración de las correspondientes tablas estadísticas se han realizado las siguientes operaciones: sumatorias, media aritmética y porcentajes. Del mismo modo, los resultados plasmados en dichos cuadros han sido representados mediante gráficos de barras que también se encuentran expuestos en el trabajo.

2.3. Obtención de resultados

Para la obtención de resultados, la manera de proceder en esta investigación ha sido muy laboriosa, puesto que la novedad de la temática invita a realizar un exhaustivo trabajo de recopilación de datos estadísticos y documentación histórica en archivos municipales y, sobre todo, libros parroquiales, al mismo tiempo que hace necesario la búsqueda de testimonios recogidos en artículos de prensa —almacenados en hemerotecas—, libros y/o crónicas de la época escritos por autores locales y que se encuentran depositados en bibliotecas de museos insulares.

Por tanto, como he señalado, la recolección de datos e información no ha sido tan sencilla al no existir artículos académicos o libros en línea referentes a estudios similares, limitando la

búsqueda de los mismos al estudio y análisis *in situ* de documentos, para lo cual ha sido necesario invertir alrededor de 80 horas, distribuidos en 3 semanas. Aunque la mejoría en la situación actual del COVID-19 me ha permitido la presencialidad en las bibliotecas, museos, archivos históricos municipales y parroquias contenedoras de la información precisada para la investigación, el acceso a los archivos de estas últimas ha requerido del acuerdo previo —día y hora de asistencia— con el párroco y archivista pertinentes, quienes han tenido que estar presente durante todo el proceso de revisión y recogida de datos de los registros de defunción de ambas parroquias. Además, antes fue necesario solicitar un permiso expresamente al obispo de Canarias en la diócesis para acceder a dichos registros.

3. LA PANDEMIA DE GRIPE DE 1918

La gripe de 1918, conocida en un primer momento como la “muerte púrpura” (Ruiz-Domènec, 2020), recibió múltiples nombres: en Francia era la “bronquitis purulenta”; para los españoles “el soldado de Nápoles”³; para los italianos “fiebre de las moscas de arena”; en Alemania la “fiebre de Flandes” o *Blitzkatarrh* —“catarro relámpago”—, por su aparición en el contexto militar; en Polonia la llamaban “peste bolchevique”; para los brasileños era la “gripe alemana”; para los senegaleses “gripe brasileña”; y para todo el mundo la “gripe española” (Spinney, 2018). Fue mundialmente conocida por este nombre dada la ausencia de censura en la prensa de España por su neutralidad durante la Primera Guerra Mundial, tiempo en el que se publicaban noticias relacionadas con la epidemia gripal prácticamente a diario, hecho que sirvió para que los periodistas internacionales —obligados a la censura mediática por la contienda bélica— difundieran el término “gripe española” para referirse al virus creciente, concepto que quedó instaurado en la época y con el que todavía es conocida y denominada a día de hoy en todo el mundo. Que la prensa española hiciese público las cifras de enfermos y hablara sobre el contagio del rey Alfonso XIII⁴ también sirvió para que el mundo entero pusiese el foco de atención en España (Ruiz-Domènec, 2020). Por tanto, la erróneamente conocida como “gripe española”, considerada por muchos como la mayor catástrofe epidemiológica de la historia de la humanidad —junto con la Peste Negra—, se extendió durante tres años, de 1918 a 1920, golpeando en varias olas —concretamente cuatro—, siendo la

³ En un primer momento en Madrid (España) se le llamó de este modo porque la enfermedad era tan pegadiza como la serenata estrella, llamada “El Soldado de Nápoles”, de una popular zarzuela de la época.

⁴ Rey de España desde el 17 de mayo de 1902 hasta la proclamación de la Segunda República Española, el 14 de abril de 1931.

más grave la segunda, desarrollada durante el período otoñal de 1918. Hay que tener en cuenta el contexto en el que apareció y se extendió para entender su alcance y desarrollo: un mundo conocedor del automóvil, pero que se sentía más cómodo utilizando aún la mula como medio de transporte, en el que algunas personas vivían en rascacielos y usaban teléfonos mientras otras llevaban un estilo de vida muy parecido al de la Edad Media, y en el que incluso se creía de la misma manera tanto en la teoría cuántica como en las brujas (Spinney, 2018).

La primera ola, en la primavera de 1918, fue de carácter leve, afectando principalmente a grandes ciudades europeas, como Madrid o París. La segunda, entre septiembre y diciembre de 1918, fue la más grave al haber aparecido el virulento subtipo A, causante de la mayoría de millones de muertos que hubo en todo el mundo, al haber matado en solo 24 semanas más gente que el sida en 24 años, más personas en 1 año que la peste negra en todo un siglo durante la Edad Media y más estadounidenses que las dos guerras mundiales (Spinney, 2018). La tercera ola fue la más larga, pues tuvo su comienzo en enero de 1919 y se prolongó hasta junio del mismo año, sin embargo, hubo bastantes menos infectados y fallecidos que en la anterior oleada. La cuarta y última ola se produjo entre enero y abril de 1920, con pocos casos, pero muy alarmante por afectar considerablemente a la población infantil y en aquellos lugares que hasta el momento se habían mantenido indemnes (Echeverri, 1993).

3.1. Expansión en el mundo

El virus de la gripe de 1918 se diferenció de anteriores brotes de gripe por su capacidad de afectar a varios sistemas del organismo, pudiendo alcanzar al mismo tiempo el aparato respiratorio —la insuficiencia respiratoria era la principal causa de muerte—, nervioso, circulatorio, digestivo y/o renal. Sus principales síntomas eran los siguientes: cansancio excesivo; dificultad para respirar; sensación de falta de aire; dolores musculares y articulares; dolor de cabeza intenso; fiebre superior a 38°; insomnio; neumonía; dolor abdominal; inflamación de la laringe, faringe, tráquea y bronquios; o nefritis⁵, entre otros. Los contagiados por “gripe española” también podían presentar piel azulada, manchas marrones en el rostro, tos con sangre y sangrados recurrentes de nariz y oídos (Echeverri, 1993).

⁵ Enfermedad que provoca la inflamación de los tejidos del riñón complicando la filtración de los desechos de la sangre y que puede ser causada por una infección, afección inflamatoria, ciertas afecciones genéticas y otras enfermedades. El virus de la “gripe española” podía ocasionar nefritis, entre otras muchas complicaciones.

La “gripe española” era fácil y altamente contagiable entre personas mediante el contacto, la expulsión de gotas y partículas respiratorias pequeñas contenedoras del virus al toser o estornudar, o por el estancamiento del aire o ausencia de ventilación. Su rápida propagación se debió precisamente a esto último, ya que el hacinamiento de muchas poblaciones, unido a los deficientes sistemas de salud existentes en una amplia mayoría de países y las consecuencias económicas y sociales de la Primera Guerra Mundial que incitaron al movimiento poblacional de manera masiva fueron elementos clave para que el virus se difundiera en todo el mundo. En un planeta de 1800 millones de habitantes, en el que uno de cada cuatro habitantes resultó contagiado, el patrón de infección y mortalidad asociado a este virus gripal fue el mismo en todos los lugares del mundo: mayor tasa de infectados y mortalidad en menores de 1 año y en el grupo etario de 20 a 50 años (Trilla et al., 2008). Esto fue algo bastante inusual y confuso en la época, ya que en anteriores brotes de gripe —de evidente menor virulencia y letalidad— los más afectados habían sido los párvulos —menores de 6 años— y adultos mayores —más de 65 años—. En 1918, quinto y último año de la Primera Guerra Mundial, fue el único año del siglo pasado en que decreció la población del planeta, y no por causa de la guerra, sino por la pandemia (Trilla et al., 2008). Afectó al 75% de los soldados franceses, al 50% de los británicos y se calcula que contagió a 900 000 soldados alemanes (Spinney, 2018). En general, la mortalidad por “gripe española” en Europa se situó entre el 10 y el 12% (Porras, 2020).

Desde la ciencia se abogaba por el control y prevención de la enfermedad, señalando como estrictamente necesario el aislamiento de los contagiados y la higienización continua de espacios públicos y domicilios particulares, así como también del propio individuo, siendo igualmente necesarias las limitaciones de aforo en espacios públicos para evitar aglomeraciones, reduciendo al máximo los contactos (Ruiz-Domènec, 2020). Respecto a estas recomendaciones, el alcalde de Lyon —Francia— en aquellos momentos, Édouard Herriot⁶, fue el primero en valorar la gravedad de la pandemia y en atender por ello la higiene pública, tomando decisiones efectivas para enfrentar la alta contagiosidad y mortalidad: desinfectó tranvías; prohibió eventos públicos que pudieran suponer la aglomeración de personas como fiestas, funerales o procesiones; organizó un sistema de entierros rápidos; y mezcló el agua bendita de las iglesias con antisépticos. Sin embargo, medidas de este tipo resultaron insuficientes ante la actitud de los oficiales de aduanas, quienes permitieron el paso entre países a todo aquél que parecía estar saludable (Kabbabe, 2019), hecho que, añadido a

⁶ Fue un político y escritor francés que ejerció como jefe de gobierno en tres ocasiones durante la Tercera República y ocupó el cargo de alcalde de la ciudad de Lyon desde 1905 a 1925 y desde el término de la Segunda Guerra Mundial hasta su muerte, en marzo de 1957.

la falta de concienciación e irresponsabilidad de la población en un inicio, permitió a la pandemia extenderse rápidamente por todo el mundo.

La versión más conocida apunta a que la gripe apareció en la primavera de 1918, cuando un médico militar diagnosticó la enfermedad mientras pasaba revisión en la base militar de Fort Riley, Kansas —Estados Unidos—, al observar “manchas de Mahogany”⁷ en las mejillas de un soldado —que a su vez hacía de cocinero— con dificultades respiratorias y fiebre alta (Ruiz-Domènec, 2020). No obstante, existen otras hipótesis muy distintas acerca del origen del virus. La investigadora María Isabel Porras (2020), considerada la mayor experta española en historia de la gripe, ha sido una de las defensoras, junto con la escritora británica Laura Spinney, de que el inicio de la pandemia no debe atribuirse exclusivamente a los Estados Unidos, señalando que hay evidencias de que meses antes de la aparición de la enfermedad en los campamentos militares norteamericanos la gripe ya había circulado y golpeado diversas zonas de China. De hecho, otras de las posibilidades es que la llegada de cientos de miles de trabajadores chinos a Estados Unidos y a Europa durante la Primera Guerra Mundial para trabajar en industrias, ciudades o campos y suplir la ausencia de mano de obra como consecuencia de la Gran Guerra⁸, pudo ser uno de los motivos del origen de la pandemia (Porras, 2020). Lo que sí es sabido por todos es que la rápida y gran propagación que se produjo en Europa fue debida a que los soldados estadounidenses llevaron el virus a las trincheras y lo extendieron por toda Francia, contagiando tanto a soldados aliados franco-británicos como alemanes y acabando con la vida de miles de ellos en el frente (Ruiz-Domènec, 2020).

El final de la pandemia estuvo determinado por la inmunidad adquirida por parte de la población a través de infecciones anteriores de otros virus gripales, por la inmunidad colectiva o “de grupo” adquirida tras la infección por la propia “gripe española” de un tercio de la población y por la mutación del virus hacia una adaptación menos letal para los humanos (Porras, 2020). En palabras del historiador español José Enrique Ruiz-Domènec, “la gripe española era mucho más letal que las ametralladoras y los cañones” (2020: 89), como lo demuestra el hecho de que tuviese una tasa de mortalidad de entre el 10 y 20%, causando la muerte de 30-50 millones de personas —3-6% de la población mundial—, es decir, de 3 a 5 veces más que el total de muertes atribuidas a la Primera Guerra Mundial (Kabbabe, 2019).

⁷ Nombre por el que la anatomía patológica de la época reconocía a las manchas negras que aparecen en la piel de una persona luego de su fallecimiento, originadas por la acumulación de sangre coagulada en diferentes partes del cuerpo.

⁸ Nombre por el que también es conocida popularmente la Primera Guerra Mundial.

3.2. Desarrollo en España

La “gripe española” ha sido la peor pandemia hasta la fecha en España, con una mortalidad de hasta el 80%, según el Instituto Nacional de Estadística. El primer caso en el país fue detectado en Madrid alrededor de la tercera semana de mayo de 1918, siendo más que probable que la celebración de las fiestas de San Isidro en la ciudad —segunda semana de mayo— fuesen el principal factor de expansión de la gripe en España, al haberse multiplicado los contagios en la capital por los contactos sociales durante estas festividades, propagando luego la enfermedad al resto del país. No obstante, María Isabel Porras ha apuntado en su libro *La gripe española, 1918-1919* (2020), que la misma pudo haber llegado a España por el regreso de los temporeros españoles que se habían desplazado a los países vecinos para abastecer temporalmente la demanda de los trabajadores nativos que habían ido a combate, especialmente realizando labores agrícolas en Francia. Dadas las circunstancias, la prensa nacional —especialmente los periódicos de Madrid— comenzaron a difundir noticias relacionadas con la nueva epidemia gripal —que incluso había afectado al rey Alfonso XIII— y el gran número de defunciones que estaba ocasionando en la capital española. En un principio la magnitud de la pandemia en España fue infravalorada, como lo demuestran los titulares de prensa española de finales de mayo de 1918, en los que se aludía a una epidemia de índole gripal “muy propagada, pero, por fortuna, de carácter leve” (ABC, 1918). No obstante, mientras que a principios del mes de mayo estaban falleciendo 40 personas a diario por distintas causas de muerte, desde el día 24 del mismo empezó a ascender el número de defunciones hasta 53; el día 27 a 84; y el 31 a 114, en su mayoría por causas de muerte relacionadas directamente con la gripe —neumonía, bronconeumonía, bronquitis, asfixia, nefritis, etc.—. Su mortalidad fue del 0,65 por cada 1000 habitantes y detuvo su ascenso a los dos meses (de Otálora, 2020).

Sin embargo, la segunda ola en otoño de 1918 fue la más mortífera en España, acabando con el 75% del total de los españoles fallecidos en toda la pandemia, el 45% tan solo en el mes de octubre (Trilla et al., 2008). Las deficiencias sociosanitarias y la escasez de médicos en España fueron clave para que la pandemia irrumpiera con fuerza en el país. En términos demográficos, tan solo en 1918 la epidemia gripal se cobró en España casi 150 000 víctimas mortales directas por el virus y hasta 123 000 por complicaciones derivadas de la infección (INE, 2020), afectando principalmente a adolescentes —entre 10 y 20 años— y adultos jóvenes —entre 20 y 40 años—. Esto se vio reflejado en la esperanza de vida, ya que en 1910 era de 41 años, mientras que en 1920, al acabar oficialmente la pandemia, había caído a los 40 (INE, 2020). Es probable que los adultos

mayores —más de 65 años— no sufrieran la primera ola de la pandemia por aún contar con parte de la protección inmunológica proporcionada por el contacto con virus gripales con anterioridad (Javelle, 2020). El Inspector General de Sanidad del Reino, Manuel Martín Salazar⁹, hacía pública la siguiente manifestación sobre la epidemia reinante el 13 de octubre de 1918:

Se ha establecido un riguroso servicio fronterizo, con las necesarias estaciones sanitarias con estufas de desinfección. Allí se exige a los que llegan la patente de proceder de lugar no epidemiado, sólo se deja libre el paso a aquellos que están sanos. A los enfermos de nacionalidad española se les hospitaliza en la estación de Irún y en las enfermerías de las estaciones de segundo orden. Para el interior son muchas las instrucciones que se han dado a los Gobernadores; la primera ha sido hacerles saber que las aglomeraciones de gente favorecen la difusión, por lo que deban prohibirse las grandes reuniones, como mercados, ferias, etc. (El Progreso, 1918)

Los picos de mortalidad fueron registrados en los meses de octubre y noviembre de 1918 —durante la segunda ola—. En total, la “gripe española” causó la muerte de entre 250 000 y 300 000 españoles entre 1918 y 1920, acabando con alrededor del 1% de la población total de entonces (INE, 2020). De hecho, de acuerdo con Trilla et al., “la tasa de mortalidad en 1918 fue la más alta de España en el siglo XX” (2008: 670). Algunas de las ciudades más afectadas en esta oleada fueron Madrid, Barcelona, Almería, Burgos y Zamora, en esta última disparándose los contagios y llegando a triplicar la mortalidad a la del resto de España. La pandemia de gripe puso fin en España a los grandes velatorios de hasta tres días por la urgencia en transportar y sepultar los cadáveres que se acumulaban a gran velocidad ante la insuficiencia de empresas funerarias, enterradores y ataúdes. Incluso en muchos pueblos en los que las fiestas locales de verano habían favorecido la transmisión del virus, se prohibió tocar las campanas a difuntos para no desmoralizar ni difundir el pánico entre la población (de Otálora, 2020). En esta fase los médicos y enfermeras que se encontraban en primera línea comenzaron a contagiarse con mayor virulencia que durante la primera ola, muchos de ellos pereciendo al haber todavía poco conocimiento de la enfermedad y menor disponibilidad de medios para su tratamiento y protección.

Puesto que no existía una cura o solución para la gripe española, el tratamiento más eficaz para hacer frente a esta pandemia era mantenerse aislado y en reposo en caso de presentar síntomas

⁹ Experto en Sanidad y miembro de la Real Academia Nacional de Medicina, fue inspector general de Sanidad Exterior desde marzo de 1909 a 1916, año en el que ocupó el cargo de director en la Inspección General de Sanidad del Reino hasta 1921.

o estar contagiado, al tiempo que se recomendaba evitar lugares públicos con mucha gente —teatros, escuelas, eventos multitudinarios, etcétera— y mantener una alimentación e hidratación adecuadas. Por ello, el Gobierno español aplicó por aquél entonces estrictas medidas de confinamiento que incluso llegaron a detener el servicio de correos y telégrafos (de Otálora, 2020). En definitiva, recuperarse de esta gripe dependía en gran medida de la responsabilidad y el sistema inmune del individuo, algo que nos invita a pensar irremediamente en la reciente pandemia de COVID-19, cuyas recomendaciones para hacerle frente se han basado fundamentalmente en la reducción de contactos y en el cuidado personal.

Años	Mortalidad total	Mortalidad por gripe	Por 100 mil habitantes
1910	456.158	9.722	0,49
1911	466.525	7.894	0,39
1912	426.525	7.691	0,38
1913	449.349	8.730	0,43
1914	450.340	7.860	0,38
1915	452.479	6.487	0,31
1916	441.654	7.018	0,34
1917	465.722	7.479	0,36
1918	695.758	147.114	7,05
1919	482.752	21.235	1,02
1920	494.540	17.825	0,84

Tabla 1. Defunciones totales y por gripe en España desde 1910 a 1920. Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, la tercera ola, que comenzó en enero de 1919 y se extendió hasta junio del mismo año, fue más larga pero menos letal que las anteriores fases de contagio, probablemente porque la población había adquirido la inmunidad suficiente para que la influencia de la gripe fuese menor. Una última ola de enero a abril de 1920 tuvo un alcance muy pequeño en el país, aunque afectó de manera alarmante a la población infantil. No obstante, en algunos lugares en los que anteriores olas no habían tenido un impacto considerable, la cuarta y última afectó con mayor virulencia y letalidad como, por ejemplo, en la isla de Gran Canaria —Islas Canarias, España—, de la que hablaré con posterioridad.

En general, la “gripe española” afectó más en términos de mortalidad a Madrid y áreas del norte peninsular, con algunas excepciones en el sur, y en inferior medida a Canarias. En efecto, Canarias fue la provincia con menor impacto con un exceso de mortalidad respiratoria de solo 6,1 por cada 10 000 personas, muy lejos de la penúltima provincia, Sevilla, que tuvo un exceso de 29

personas por cada 10 000 (Marichal, 2020), aunque lo más probable es que los datos de Canarias fueran recogidos de manera errónea e incompleta. Probablemente la mortalidad en España estuvo condicionada por factores ambientales —latitud—, demográficos —densidad de población y proporción de infantes— y socioeconómicos —pobreza, hacinamiento y malnutrición—, junto con la deficiente atención a los enfermos por la ausencia de personal y medios sanitarios suficientes. De todos modos y a pesar de las cifras, la mayoría de infectados experimentaron un cuadro clínico leve y consiguieron sobrevivir a la enfermedad.

España - Mortalidad				
Fecha	Muertes	Muertes - Hombres	Muertes - Mujeres	Tasa mortalidad
2020	493.776	249.664	244.112	10,40‰
2019	418.703	212.683	206.020	8,83‰
2018	427.721	216.442	211.279	9,10‰
2017	424.523	214.236	210.287	9,07‰
2016	410.611	208.993	201.618	8,79‰
2015	422.568	213.309	209.259	9,06‰
2014	395.830	201.571	194.259	8,48‰
2013	390.419	199.834	190.585	8,34‰
2012	402.950	205.920	197.030	8,58‰
2011	387.911	199.854	188.057	8,26‰
2010	382.047	198.121	183.926	8,17‰

Tabla 2. Mortalidad total en España desde 2010 a 2020. Fuente: datosmacro.com.

Según datos recogidos en el INE, a lo largo de la segunda década del siglo XX, es decir, desde 1910 a 1920, hubo un total de 5 281 802 defunciones en España, siendo el año 1918 el de mayor mortalidad, coincidiendo con la llegada y propagación de la “gripe española” por todo el territorio nacional. Con respecto al año anterior, hubo un ascenso considerable en las muertes con 30 000 decesos más, es decir, un exceso de alrededor del 7% en relación a 1917. De acuerdo con la tabla 1, en 1918 hubo casi 140 000 muertes más por gripe que en 1917, alrededor de 126 000 más que en 1919 y 130 000 más que en 1920, perteneciendo también estos últimos dos años al período de la pandemia de “gripe española”. Si nos atenemos a la segunda década del presente siglo —ver tabla 2— podemos observar una tendencia muy similar: desde 2010 a 2020 hubo un total de 4 557 059 fallecimientos en España, siendo 2020 el año más mortífero, correspondiéndose con el período de la llegada y extensión de la COVID-19. El año 2020 tuvo hasta 75 000 muertes más, un exceso de casi el 18% con respecto a 2019.

4. LA “GRIPE ESPAÑOLA” EN GRAN CANARIA

A comienzos del siglo XX Gran Canaria estaba dividida en cinco ciudades —Las Palmas, Telde, Gáldar, Guía y Arucas—, cuatro villas —Agaete, Teror, Agüimes y San Bartolomé de Tirajana— y trece pueblos —Moya, San Mateo, Santa Brígida e Ingenio eran los más importantes— (Pérez y Enríquez, 1914). En esta época la isla tenía mucho contacto comercial y, en menor medida, turístico con el exterior, especialmente con Cuba, Francia y Gran Bretaña, tanto por las exportaciones —sobre todo de caña de azúcar, cochinilla, pescado, vinos, ron, plátanos, tomates, patatas y quesos— como por las importaciones —tejidos, hierro, carbón, maíz, café, alcohol, etcétera—. Gran Canaria también mantenía un estrecho contacto con el exterior por su relevante posición estratégica en medio del Atlántico, contando con un gran puerto. Del mismo modo, la isla contaba con muy buenas relaciones con el continente africano por la industria pesquera —especialmente con la costa norte de África Occidental— y con el continente americano por la emigración constante de grancanarios a las naciones latinoamericanas para trabajar temporalmente en sus territorios (Pérez y Enríquez, 1914).

La isla de Gran Canaria y, en particular, la ciudad de Las Palmas, experimentaron un importante y constante flujo de migrantes, especialmente hacia Cuba, Puerto Rico, Venezuela y Argentina, a partir de finales del siglo XIX, cuando se construyó el Puerto de la Luz, y con el principal propósito de remediar su estado de desempleo y mejorar su situación económica. La construcción del Puerto de la Luz también sirvió para que la inversión extranjera apostara fuertemente por la isla en materia comercial, sobre todo las navieras-fruteras inglesas (Arbelo, 1987) al coincidir con el desarrollo de un nuevo ciclo de la agricultura de exportación. Ambos hechos, unidos a la intensificación del tráfico comercial al experimentarse un auge de la navegación marítima mundial, convirtieron a la Gran Canaria de comienzos del siglo XX en un punto constante de ir y venir para los propios canarios, el resto de españoles y un sinnúmero de extranjeros de distintas nacionalidades.

4.1. Llegada de la epidemia gripal a la isla

Las Islas Canarias, que experimentaron un descenso poblacional hasta los años veinte suscitado, sobre todo, por el aumento de la emigración hacia América en busca de trabajo como consecuencia

de los efectos de la Primera Guerra Mundial (Curbelo, 1987), eludieron la pandemia de gripe en gran medida gracias a su aislamiento y a las cuarentenas impuestas a todo aquél o aquello que llegaba del exterior, fueran personas o mercancías. De hecho, es evidente que la cuarentena evitó en las Islas Canarias las tasas de contagio y mortalidad que ocasionó la pandemia de “gripe española” en el resto de España entre 1918 y 1920. Lo más probable es que esta enfermedad llegó al archipiélago de la misma manera que lo hizo anteriormente la tuberculosis¹⁰ o el cólera¹¹, las cuales impactaron fuertemente en las islas causando multitud de muertes. Ambas enfermedades arribaron a Canarias desde Cuba por la vía marítima, pues estas mantenían un contacto estrecho con el país caribeño por razones de comercio y, sobre todo, por la emigración de canarios para trabajar temporalmente en su territorio. Además de estas dos epidemias, la meningitis y la viruela también causaron estragos que perduraron hasta la segunda y tercera década del siglo XX en la isla (Tristán, 2015).

Las islas con mayor contacto con el exterior eran Gran Canaria, Tenerife y La Palma, por lo que sus puertos eran los lugares principales para la entrada de enfermedades infecciosas. De hecho, Gran Canaria y La Palma y sus respectivas capitales —Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de La Palma—, fueron los lugares del archipiélago que más sufrieron las consecuencias de la “gripe española”. Entre las dos islas se registraron alrededor de 300 defunciones durante la segunda ola de la pandemia, cuando la gripe llegó a Canarias, y poco menos de 700 a lo largo de 1919 y comienzos de 1920, cuando se decretó que la epidemia había sido controlada en las islas (Castillo, 2021). Gran Canaria fue notoriamente más perjudicada que La Palma, pues durante los 19 meses que la epidemia gripal hizo estragos en la isla perecieron en suelo insular alrededor de 800 individuos entre grancanarios y emigrantes que tenían la isla como destino o lugar de tránsito. Por ejemplo, solo en el mes de octubre de 1918, la prensa destacaba que en Las Palmas murieron 47 personas por “gripe española”, mientras que en Tenerife no se registró ningún fallecimiento por esta causa (Castillo, 2021). Pese a estas cifras, lo cierto es que jamás se ha contabilizado el impacto real que tuvo la pandemia en Canarias.

¹⁰ La llegada de extranjeros enfermos a finales del siglo XIX para hacer turismo médico (las condiciones climáticas de Canarias favorecían su recuperación) convirtió la tuberculosis en un mal endémico de Canarias hasta la década de 1950, golpeando con fuerza especialmente en zonas rurales.

¹¹ La epidemia de cólera fue declarada en Gran Canaria en 1851 y dejó cifras terroríficas en la isla: se propagó con una rapidez sin precedentes, causando sobremortalidad (acabó con el 9% de la población y con el 20% de los habitantes de Las Palmas) y hundiendo la economía insular en una gran penuria.

El tráfico marítimo fue restringido a unos niveles sin precedentes y por ello la gripe llegó con retraso a las islas —según fuentes oficiales—, concretamente en octubre de 1918, cuando el vapor “Infanta Isabel” arribó al Puerto de la Luz de Gran Canaria con alrededor de 200 contagiados, aunque algunos documentos apuntan a que pudo haber llegado en el mes de agosto mediante los nuevos reclutas militares destinados en la isla. De este modo, Gran Canaria pudo librarse de la primera ola del virus gripal gracias a la enorme reducción del flujo marítimo asociada al cierre de mercados europeos y a la amenaza de submarinos y buques de guerra alemanes (Domingo, 2020), pero no pudo hacerlo de la segunda. De acuerdo con Martín del Castillo, la epidemia de gripe en Gran Canaria incidió, en un primer momento, “con inusitada violencia” (2004: 200), sobre todo entre el mes de octubre y diciembre de 1918, atacando de manera especial a la ciudad capitalina de Las Palmas de Gran Canaria.

Por otro lado, la tercera ola apenas se hizo sentir en la isla, con tasas de mortalidad que no superaban el 5,4 por cada 10 000 habitantes, muy lejos de los 127 por cada 10 000 de numerosas provincias de la Península (INE, 2020). No obstante, a comienzos de 1920, la última ola dejó numerosos muertos en relación con anteriores fases. Así, la isla más afectada fue Gran Canaria, según Rodríguez y Martín, “con miles de contagiados y más de 600 muertos” (2012: 81). Es bastante probable que las condiciones climatológicas particulares y características de Canarias mitigaran los efectos de la pandemia de gripe, limitando su transmisión y gravedad (Domingo, 2020). En efecto, Canarias se había consolidado desde finales del siglo XIX como un destino de turismo sanitario por la benignidad de su clima para los enfermos de toda Europa, especialmente para los tuberculosos o infectados de enfermedades respiratorias.

Las causas de mortalidad solían reducirse a un grupo de enfermedades concretas, ya que, por lo general, los habitantes de la isla gozaban de buena salud y el propio aislamiento insular les hacía ser esquivos ante las enfermedades infecciosas más letales. Las epidemias de enfermedades originadas en el seno de la población por la insalubridad de la urbe, como el sarampión, la viruela, la difteria o las enfermedades puerperales, entre otras, no solían presentarse en Gran Canaria. Si se presentaban, solían hacerlo debido a cambios estacionales, pero no revestían gran duración ni mucho menos carácter maligno (García León, 1888). Probablemente la menor virulencia de la mortalidad catastrófica se debía al carácter insular, ya que la propia geografía actuaba como “cordón sanitario”¹², pues todas las epidemias que había vivido la isla fueron ocasionadas por el

¹² De acuerdo con la Real Academia Española, es la línea establecida para controlar e impedir el acceso y paso de personas o mercancías por razones de prevención frente a enfermedades infecciosas y epidemias.

contagio con algún infectado que llegaba en barco a la isla. El impacto mayor o menor de la enfermedad también estaba sujeto a la disponibilidad alimentaria, puesto que cuando se sucedían varios años consecutivos de malas cosechas la dieta y los cuerpos eran debilitados por una alimentación insuficiente, volviéndose más proclives a la enfermedad. En consecuencia, se producía un mayor número de defunciones, fundamentalmente en individuos con menos recursos y en infantes. Esto fue exactamente lo que sucedió en el caso de la “gripe española”, pues la enfermedad llegó a la isla en barco —primero mediante los nuevos reclutas para el cuartel militar y luego por los pasajeros del vapor “Infanta Isabel”— en un momento crítico en el que la Primera Guerra Mundial había detenido el comercio marítimo internacional afectando negativamente a la economía insular, altamente dependiente del exterior, por la falta de abastecimiento —especialmente de alimentos—. El Lazareto de Gando, una instalación concebida para el aislamiento de infectados o sospechosos de serlo, sin acceso por carretera, teléfono ni agua corriente y situado a poco más de 30 kilómetros de la ciudad de Las Palmas, se convirtió en el lugar escogido inicialmente por el Cabildo Insular¹³ para el ingreso de los enfermos de gripe llegados a la isla. Los barcos atracaban en la costa cercana, desde donde los infectados eran trasladados hasta el Lazareto. Afortunadamente el Lazareto quedaba lejos de la capital y solo podía llegarse a él bien a través de caminos transitables únicamente por camellos o bien atracando en la cercana costa de Gando, haciendo de esta manera casi imposible un contagio por la vía directa entre residentes del Lazareto con personas del exterior (Martín del Castillo, 2004). La pandemia tardó en declararse en la isla porque significaba cerrar o limitar la entrada de buques llegados del exterior al puerto y, por consiguiente, detener la economía y el comercio con los consecuentes daños económicos y sociales que suponía por la falta de abastecimiento y el incremento de la pobreza y las diferencias sociales.

En definitiva, la primera ola de gripe no afectó a Canarias, mientras que la segunda tuvo un impacto mínimo. La tercera oleada, la más prolongada en el tiempo, tuvo mínimamente un mayor impacto que las anteriores. Por último, la cuarta ola, tuvo una incidencia en la mortalidad similar al brote anterior, remitiendo en marzo de 1920 y dándose por finalizada en abril del mismo año, suponiendo, de este modo, el final de la epidemia en la isla, puesto que no habrían más brotes significativos.

4.2. Afectación en el ámbito urbano: Las Palmas de Gran Canaria

¹³ Órgano de gobierno de la isla de Gran Canaria (Canarias, España), creado en 1912.

4.2.1. Las Palmas a comienzos del siglo XX.

La ciudad capitalina de Las Palmas de Gran Canaria estaba compuesta a comienzos del siglo XX por 5 grandes distritos: Tafira, Vegueta, Triana, Arenales y Puerto de la Luz, que a su vez estaban distribuidos en doce barrios: San José, San Cristóbal, San Juan, San Roque, San Nicolás, San Lázaro, San Francisco, Santa Catalina, Alcarabaneras, Canteras, Arrecife e Isleta. De acuerdo con los censos provinciales del Instituto Nacional de Estadística, la ciudad contaba en 1910 con 60 338 habitantes, mientras que en 1920 tenía 65 059. A mediados de la segunda década del siglo XX el distrito de la ciudad con mayor número de habitantes —más de 12 000— era el del Puerto de la Luz (Curbelo, 1987). El distrito albergaba —y todavía lo hace— uno de los puertos más importantes del Atlántico, convirtiéndolo en una zona habitual de llegada y salida de personas. Las principales vías de comunicación de la ciudad eran, por tanto, marítimas y terrestres. Con respecto a estas últimas existían varias carreteras que conectaban la capital con distintas poblaciones de la isla, como la carretera del Centro —de Las Palmas a San Mateo— o la que conducía hasta Tamaraceite, en el municipio vecino de San Lorenzo, entre otras (Pérez y Enríquez, 1914). Los medios de transporte terrestres se limitaban a un tranvía eléctrico de Las Palmas al Puerto de la Luz, a unos pocos servicios de automóviles colectivos y, en mayor medida, a carruajes de cuatro y dos ruedas. Por el contrario, las comunicaciones y servicios marítimos eran numerosos, pues además de los vapores-correos nacionales que hacían el servicio entre esta isla, las otras del archipiélago y la Península, también llegaban con asiduidad al puerto de la Luz un gran número de vapores nacionales y extranjeros, así como trasatlánticos llegados desde o con destino a Europa, África, Centroamérica y Sudamérica (Pérez y Enríquez, 1914). Así pues, la isla y, sobre todo, la propia ciudad de Las Palmas, contaban con un importante flujo constante de personas, ya fueran locales desplazados desde la capital hacia otras zonas de Gran Canaria y viceversa, nacionales o extranjeros llegados desde fuera, bien por razones laborales, turísticas o simplemente de tránsito hacia el continente americano, europeo o africano. Este movimiento continuo de personas fue, como veremos más adelante, un elemento clave en la llegada de la pandemia de “gripe española” a Gran Canaria en octubre de 1918.

Con respecto a la mortalidad en Las Palmas, en la primera década del siglo XX las infecciones eran la mayor causa de mortandad en la ciudad, sobre todo por la tuberculosis y el sarampión. En relación a la primera influía el hecho de que numerosos tuberculosos de prácticamente todos los países europeos e incluso algunos americanos visitaban la isla (Díaz, 2006), por la calidad del aire y, en general, las condiciones climáticas beneficiosas para la salud del

enfermo. Las muertes por sarampión se daban más en infantes, al igual que aquellas relacionadas con una mala alimentación —enterocolitis, enteritis, gastroenteritis, etc.— o infecciones severas —septicemia—. Por otro lado, la mortalidad era más acusada en unos barrios de la capital que en otros, debido principalmente a las diferencias socioeconómicas de la población. Esta disparidad era fácilmente observable en el barrio del Puerto de la Luz, la zona residencial de la ciudad más pobre y con mayor número de decesos por enfermedades infecciosas, superando incluso a las defunciones en todos los hospitales (Díaz, 2006). Pese a la situación en la que se vivía en Las Palmas de Gran Canaria, con abundantes casos de desnutrición, hacinamiento y poca calidad del agua, su población, en general, estaba sana.

La segunda década del siglo XX estuvo caracterizada por ser un período de cierta crisis demográfica a consecuencia del efecto que tuvo la Primera Guerra Mundial en el comercio exterior de Canarias. El bloqueo de la navegación y, por consiguiente, el cese de las exportaciones agrícolas detuvieron la actividad del Puerto de la Luz e incidieron negativamente en la economía insular. Pese a ello, la población de Las Palmas de Gran Canaria continuó en aumento, aunque a un ritmo menor. El crecimiento vegetativo fue compensado por la emigración, aunque esta no alcanzó los niveles de las zonas rurales de la isla, como a continuación podremos observar. La mortalidad ocasionada por la epidemia gripal o “gripe española” de 1918-1920 también influyó en el lento crecimiento de la población en la segunda década. Las Palmas de Gran Canaria no solo fue el municipio más afectado de la isla, sino también la ciudad del archipiélago más castigada por el virus, debido principalmente a su amplio número de habitantes en relación con otras poblaciones y, sobre todo, a la entrada de infectados a través de los buques llegados al Puerto de la Luz.

El comienzo de siglo también había traído consigo la irrupción del turismo en la ciudad y progresivamente en el resto de la isla. De acuerdo con Antonio Arbelo, “los pasajeros en tránsito aprovechaban las horas de estancia de sus grandes barcos en el Puerto de la luz para visitar el centro de la isla: Tafira, El Monte, Santa Brígida, El Madroñal [...] o tan solo Tafira o Marzagán” (1987: 446). Esta pudo ser una de las razones para que la epidemia gripal alcanzara las zonas de medianías del interior de la isla y se instalara en el entorno rural, como veremos más adelante. De hecho, Tafira, en las inmediaciones de Las Palmas, fue uno de los primeros focos de contagio localizados, posiblemente por contar con multitud de residentes extranjeros que solían mantener contacto con sus países de origen, volviendo temporalmente a estos o recibiendo la visita de allegados de los mismos. La zona alta de Tafira —Tafira Alta— era la zona residencial favorita de la élite financiera de Las Palmas, con capital suficiente para permitirse viajar con asiduidad al exterior, y de los

extranjeros adinerados. Además, Tafira se correspondía con una zona de tránsito para el agua pública que llegaba a las acequias de Las Palmas, algo que también pudo ser fundamental para la propagación de la epidemia en la ciudad capitalina.

4.2.2. Incidencia, mortalidad y consecuencia

En septiembre de 1918 desde la prensa ya se comenzaba a advertir a las autoridades locales de que estaban llegando correos peninsulares portadores de la epidemia que asolaba al resto de España y a muchas otras naciones del mundo (Tristán, 2015). Aunque según las fuentes oficiales la enfermedad alcanzó la ciudad en octubre de 1918 con la llegada del vapor “Infanta Isabel”, lo cierto es que desde agosto del mismo año se registraron varios casos de neumonías anómalas y otros síntomas relacionados con el virus, especialmente en el Cuartel de San Francisco¹⁴, donde se registró uno de los primeros focos de contagio y al cual la gripe pudo haber llegado importada por los reclutas incorporados a filas recientemente y destinados a la ciudad (Díaz, 2006). Respecto a esto, el periódico tinerfeño “El Imparcial” publicaba el 7 de octubre de 1918 una noticia en la que se culpaba directamente a la vacuna antivariolosa empleada en el ejército para la inoculación obligatoria de los soldados, a la cual los médicos civiles calificaron de “absurda e inadmisible” asegurando que el Instituto de Higiene Militar¹⁵ donde la vacuna era elaborada llevaba un control de comprobación de la misma antes de su entrega e inoculación en los cuerpos militares, resultando por tanto imposible que la misma pudiera provocar casos de gripe y bronconeumonías. La solución implementada para contrarrestar esta situación fue reubicar a los militares en otros locales de la capital a fin de evitar el hacinamiento que pudiera favorecer la propagación de la enfermedad. En lo que respecta a la prensa insular, esta ya había comenzado a hacerse eco de posibles contagios locales a mediados de septiembre de 1918, cuando se cuestionó si el aumento de complicaciones respiratorias en la capital podría estar vinculado a la enfermedad que sufrían en la Península, animando al gobierno insular a que tomaran medidas precautorias ante el estado sanitario de Europa.

¹⁴ Antiguo cuartel ubicado en el distrito de Triana (entre las actuales calles General Bravo y Maninidra), en Las Palmas de Gran Canaria, que fue demolido en 1961.

¹⁵ Creado en 1885, fue una institución vinculada al Cuerpo Militar de Sanidad y dependiente del Ministerio de Guerra dedicada a la formación de médicos militares y oficiales veterinarios. Anteriormente había sido conocido como “Laboratorio Histológico”, pero desde 1898 pasó a denominarse “Instituto de Higiene Militar”.

Otro de los primeros focos de contagios locales se dio en el corazón de la ciudad, en el hospicio, donde tanto adultos como niños sufrieron el virus cuando aún no se había declarado la gripe como epidemia en la isla. También antes de la llegada del vapor “Infanta Isabel” ya se habían producido situaciones de aislamiento en la capital grancanaria. Por ejemplo, según se recoge en una minuta del 30 de septiembre de 1918 redactada por el alcalde de Las Palmas, Bernardino Valle y Gracia, 16 personas fueron aisladas en la calle “Colmenares”, en el distrito de Triana, tras haberse notificado la presentación de síntomas vinculados a la gripe en un individuo y sospecharse de la infección del mismo, obligando al ayuntamiento a actuar empleando medidas de desinfección en las inmediaciones de la casa. De acuerdo con lo recogido en documentos por las autoridades capitalinas a 24 de septiembre de 1918, se sospechaba que el principal foco de propagación estaba en el agua que discurría por la acequia de Tafira, uno de los distritos de las afueras de Las Palmas y situado a mayor altura que el resto. De hecho, fue el lugar donde se localizaron los primeros contagios locales —Tafira Alta, Fondillo, La Montañeta, San Francisco de Paula, Montaña de Tafira y el pueblo vecino de Marzagán—, probablemente por su condición de ser una zona muy frecuentada por extranjeros que tenían fijada allí su residencia temporal y a la que acudían en todas las estaciones del año, especialmente en invierno (Pérez y Enríquez, 1914). Por ello, las autoridades sanitarias de la capital en colaboración con el alcalde solicitaron tomar medidas para evitar “la propagación del mal”, que afectaba especialmente a las edades comprendidas entre 3 y 47 años. Emplearon medidas higiénicas de carácter urgente sobre el agua de consumo del vecindario de Tafira y que, a su vez, era el mismo que se consumía en el resto de distritos de Las Palmas al discurrir por todos ellos en una misma acequia. Hasta dos meses después de haber observado los primeros contagios por consumo de agua, estos seguían repitiéndose en toda la ciudad.

La mejor y mayor documentación de la epidemia gripal en Gran Canaria la encontramos en las actas municipales el Archivo Histórico Provincial de Las Palmas, donde se encuentran los documentos públicos con la narración de los hechos, realizada por el alcalde Bernardino Valle y Gracia desde octubre de 1918, con la aparición de casos de gripe en el Cuartel de San Francisco y la inminente llegada del vapor “Infanta Isabel”, hasta abril de 1920, cuando la “gripe española” prácticamente desapareció en la isla. La prensa insular también jugó un papel importante durante la crisis epidemiológica, ya que pese a ser escasa y de limitado prestigio en aquella época, su participación en la situación de alarmismo social existente fue decisiva al ampliar el mensaje institucional y mantener informada a la población. La postura de Valle y Gracia de no delimitar su condición de médico de la de alcalde evidencia claramente la peculiar unión de lo científico con lo

ideológico o lo político en la estrategia y gestión de la epidemia gripal en Gran Canaria, porque, de acuerdo con Martín del Castillo, “en ninguna parte de las actas municipales se nombra cuál es el origen del mal, ni mucho menos todavía cómo fueron atendidos los atacados en orden a aclarar qué productos farmacológicos fueron empleados” (Martín del Castillo, 2004: 209). De haber sido aplicados únicamente criterios médico-sanitarios al uso, la intervención y resultados sobre el brote epidemiológico habrían sido otros. Juan Francisco Martín del Castillo apuntó con respecto a esto lo siguiente:

La enfermedad no siempre es imaginada médica o científicamente. A veces concurren factores, elementos o valoraciones externos que adquieren tal grado de importancia que anulan el sesgo médico *stricto sensu*. En la epidemia que nos ocupa eso fue, exactamente, lo sucedido con la construcción de una representación de la crisis que separaba lo asistencial de lo médico, por raro que pueda parecer en la actualidad (2004: 214).

Pese a que las autoridades y la ciudadanía grancanaria contaban con experiencia previa ante la situación presentada, puesto que entre agosto y octubre de 1906 hubo varios casos de enfermedad sospechosa llegada también a través del mar —numerosos casos y defunciones por tuberculosis intestinal, viruela y fiebre amarilla—, la realidad es que se tomaron decisiones grotescas para la época: lanzamiento de cadáveres de los fallecidos en brotes epidémicos en buques en alta mar; numerosas improvisaciones —creación de hospitales provisionales para el internamiento de los contagiados, solicitudes urgentes de envío de material sanitario, medidas higiénicas poco eficaces, etcétera—; escasez de médicos; insuficiencia de medicamentos útiles para el tratamiento e ineficacia de los preparados farmacológicos existentes (Martín del Castillo, 2004). No obstante, en general las autoridades locales supieron gestionar relativamente bien la epidemia en la ciudad, ya que en ningún momento esta se vio descontrolada y se tomaron medidas sanitarias preventivas para evitar su propagación, actuando especialmente sobre los enfermos pobres. Por ejemplo, la habilitación del Lazareto de Gando para el aislamiento y la atención de los enfermos llegados del exterior fue una decisión prudente para hacer frente al avance considerable del contagio.

Entre las primeras medidas aprobadas se encontraba la adopción de medidas que tenían que ver con la inspección de mercancías comestibles llegadas del exterior, así como con el aforo permitido en mercados, a fin de evitar aglomeraciones. También se procedió al aislamiento inmediato de enfermos o sospechosos de serlo —que presentaran síntomas— en hospitales totalmente improvisados con urgencia, al no existir la infraestructura suficiente para hacer frente a

la situación. A quienes eran aislados en sus casas se les obligaba a no saltarse el confinamiento ni el resto de requerimientos dispuestos según el Reglamento de Sanidad. Aquellos enfermos llegados al Puerto de la Luz eran desembarcados y conducidos a hospitales para su pertinente aislamiento. A la llegada del “Infanta Isabel”, en octubre de 1918, otra de las medidas del gobierno local fue que ante el peligro inminente de invasión epidémica se realizarían inspecciones en todos los barrios de la ciudad y alrededores, haciendo desaparecer estercoleros y criaderos de animales y prohibiendo los depósitos de basura en el interior de las casas. La adopción de estas decisiones en la capital tuvo efectos inminentes en el devenir de la epidemia en el resto de la isla, pues al ser la ciudad con mayor número de habitantes, así como el único punto de entrada desde el exterior —el Aeropuerto de Gran Canaria¹⁶ aún no existía como tal—, frenó el contagio masivo hacia otros municipios mediante la puesta en marcha de comisiones sanitarias en cada barrio de la ciudad, la hospitalización inmediata de contagiados con síntomas o sospechosos de serlo y, especialmente, prestando socorro a los más desfavorecidos, pues la escasez de medios favorecía el hacinamiento, la falta de higiene y, por consiguiente, el surgimiento de focos de infección.

El Lazareto de Gando, un antiguo centro de referencia sanitaria para leprosos ubicado en un páramo desolado del este de Gran Canaria, fue escogido para fondear el vapor “Infanta Isabel” y que en él guardaran cuarentena los infectados provenientes de aquél buque. El “Infanta Isabel” llegó a Gran Canaria con 170 casos de gripe, en aquél entonces calificada como “enfermedad con diagnóstico y naturaleza desconocidos, pero desarrollada con violencia” según las autoridades locales. Desde que este buque partió de A Coruña varias personas fallecieron —tres certificados y otros tirados por la borda cuyo número se desconoce— en los 5 días que duró la travesía hasta Gran Canaria y por ello, tras su arribo en la isla, el Cabildo Insular instó a que todo barco procedente de la Península debía ser conducido a una zona del puerto en la que sería aislado. El periódico tinerfeño “El Imparcial” anunciaba el 14 de octubre de 1918 que los pasajeros del “Infanta Isabel” no contagiados —unos 900— habían sido alojados en el hotel “Santa Brígida”, ubicado en el municipio de Santa Brígida, a unos 15 kilómetros de Las Palmas. Sin embargo, es probable que muchos de ellos fueran asintomáticos o presentaran síntomas leves o considerados como no compatibles con la gripe, puesto que al final resultaron infectados casi 350 pasajeros más de los que al momento de desembarcar en la isla estaban infectados del virus. Todos ellos fueron trasladados al

¹⁶ Según el artículo *Aeropuerto de Gran Canaria. 1913-1995*, escrito por Aeropuertos Españoles y de Navegación Aérea (AENA), en 1924 se produjo el primer aterrizaje en el Aeropuerto de Gran Canaria y hasta 1933 no se realizó viaje alguno con pasajeros.

Lazareto de Gando, donde recibieron la misma asistencia que el resto del pasaje ingresado anteriormente.

Con la llegada de más contagiados el Lazareto se vio desbordado y los militares encargados de la gestión del lugar se vieron obligados a exigir auxilio con carácter urgente para trasladar a los enfermos a otros hospitales de la isla. Esta necesidad hizo que se reconvirtieran edificios públicos y viviendas personales en hospitalillos y hospitales de campaña provisionales. Del mismo modo, el gobierno local se vio obligado a realizar grandes encargos de material para estos nuevos hospitales de enfermos, sobre todo material higiénico —guantes, desinfectantes, pulverizadores, jeringas, jabones sábanas, mantas, etc.— ante la escasez de recursos. Los primeros contagios locales tras la llegada del “Infanta Isabel” se produjeron luego de tres semanas y fueron de carácter benigno, aunque se caracterizaron por extenderse rápidamente en poco tiempo. En efecto, tan solo unas semanas más tarde, en el propio mes de octubre, los hospitalizados por gripe en Gran Canaria ya eran más de 600. Ante este panorama, el 10 de octubre el alcalde de Las Palmas ordenó la clausura de las escuelas públicas y privadas y toda clase de establecimientos de enseñanza, así como la suspensión de festejos populares y todo acto público que supusiera la aglomeración o gran concurrencia de personas. Dichas obligaciones no serían levantadas hasta diciembre, cuando los contagios y especialmente las defunciones decrecieron en número. Del mismo modo, aconsejó el mantenimiento de una distancia de medio metro para hablar e interactuar y solicitó la remodelación de los sistemas de drenaje, acequias y desagües para evitar el surtido de aguas contaminadas provenientes del lavado de ropas sucias de contagiados por la enfermedad que asolaba el vecindario de Tafira. Al mismo tiempo, sugirió a los ciudadanos llevar a cabo un esfuerzo individual con escrupulosa observancia de las prácticas de higiene privada, ya que sin el cuidado personal las medidas de higiene pública no tendrían ningún efecto.

A lo largo del mes de octubre y noviembre de 1918 continuaron llegando buques con infectados al Puerto de la Luz, como el vapor “San Carlos”, el “Ciudad de Cádiz”, el “Legazpi” o el “Schweis”, y aunque los habitantes de Las Palmas protestaron por este hecho que ponía en peligro la salud pública de la ciudad y la isla, lo cierto es que, según órdenes del Ministro de la Gobernación y Sanidad Exterior, los barcos no podían ser rechazados, instando al gobierno local a hospitalizar y aislar a los pasajeros enfermos que requiriesen ser auxiliados. En el mismo mes, el alcalde Bernardino Valle y Gracia hacía público en prensa el siguiente mensaje:

La afección gripal que se padece en la ciudad ha sido importada de la Península por los reclutas incorporados a filas, y que los primeros casos se dieron en los cuarteles, donde ha habido 300 o 400 atacados; la epidemia la han traído mozos incorporados de zonas contagiadas a esta zona libre. (Valle, 24 de octubre de 1918)

Es probable que este comunicado público del alcalde se hiciese con el fin de apaciguar la crispación creciente ante la ya mencionada llegada constante de buques con infectados que ponían en riesgo tanto la salud pública de la ciudadanía como la presión asistencial de la isla. Con respecto a esto último, es cierto que Gran Canaria se encontraba muy poco preparada para hacer frente a enfermedades tan virulentas como la “gripe española” que al principio solo se contaba con un solo médico para más de 300 infectados (Tristán, 2015). De hecho, ante el temor de que el virus se extendiera rápidamente por la isla, el Cabildo obligó a que las idas y venidas a Las Palmas desde el Lazareto se hicieran en barca para evitar la vía terrestre, que podría facilitar la propagación de la epidemia. A la insuficiencia de recursos ordinarios y materiales para afrontar la situación epidémica se añadían las dificultades por penuria general del país a causa de la paralización de la vida comercial por la guerra.

La situación mejoró ligeramente a lo largo del mes de noviembre, con un decrecimiento tanto en los contagios como en las defunciones —casi inexistentes—, aunque seguían presentándose casos de gripe complicados con bronconeumonías u otras complicaciones graves. A finales de noviembre, tras casi cincuenta días en funcionamiento, el Lazareto de Gando fue clausurado y los pasajeros del “Infanta Isabel” que aún seguían contagiados fueron distribuidos en hospitalillos y hospitales provisionales de la capital. El Lazareto había dado cobijo a 507 pasajeros del “Infanta Isabel” contagiados de gripe, de los cuales 44 fallecieron —el 10,6%— y 463 se recuperaron —el 89,4%—, teniendo que ser 21 de ellos intervenidos quirúrgicamente. No obstante, la última muerte de un pasajero del buque sucedería el 28 de diciembre, estando ingresado en el hospitalillo de infecto-contagiosos de Las Palmas, mientras que la última pasajera recuperada lo haría el 3 de enero de 1919. De los 507 contagiados, 307 —el 58,8%— sufrieron un cuadro complicado de gripe, falleciendo el 17,9% de estos y padeciendo la mayoría de ellos bronconeumonía y/o pleuresía. En el caso de muchos de los pasajeros infectados que habían sido hospitalizados y se recuperaron se observaron secuelas, sobre todo lengua saburral, tos persistente y agotamiento. En cuanto a las 92 personas que intervinieron en el Lazareto prestando asistencia, cuidado y tratamiento a los enfermos, 37 se contagiaron de gripe —el 41%—, en su mayoría médicos, enfermeras y guardias, experimentado cuadros graves solo 2 de ellos —el 5,4%— en

forma de bronconeumonía y pulmonía. El 23 de diciembre de 1918 el periódico “El Progreso” se quejaba de que las autoridades portuarias de Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife y Santa Cruz de La Palma estuvieran planteándose revocar la medida dictada por el Consejo Superior de Emigración de suspender temporalmente la emigración desde Canarias en evitación de que se repitiese la catástrofe acaecida en el “Infanta Isabel” en Las Palmas a principios del último mes de octubre, alegando que la epidemia había desaparecido de todo el archipiélago. Sin embargo, pese a esta denuncia lógica del periódico, resulta llamativo cómo el mismo aludía a que la epidemia padecida era “sumamente benigna” y que solo era cuestión de un mes más para que desapareciera, apelando al “éxito” de las medidas establecidas y al “insuperable clima” para vencerla. De este modo podría levantarse la prohibición de emigrar:

Cuando no encierre un peligro para la salud de nuestros campesinos el dirigirse a Cuba o a donde ellos quieran, a fin de ganarse los duros que desgraciadamente no pueden ganar en su tierra, entonces es cuando debe revocarse ese sano acuerdo del Consejo Superior de Emigración que, velando por la salud del proletariado español, no debe ser engañado en esa digna labor.

A finales de 1918 las conclusiones extraídas eran que la mortalidad desde febrero a octubre había sido la mayor en tres años y, en adición, este último había sido el mes con mayor mortalidad de los últimos años. El brote de octubre había tenido una gran y rápida propagación, caracterizándose por un período inicial de difusión epidémica, con su pico en las primeras semanas y un número bajo de formas complicadas —en su mayoría bronconeumonías— y un gran descenso en número y ligera tendencia en aumento de frecuencia en las complicaciones en los últimos días del mes y principios de noviembre.

El año 1919 sería mucho menos virulento y letal en Las Palmas con respecto a la gripe, pero aún continuaron llegando barcos con infectados al Puerto de la Luz como el “Reina Victoria Eugenia”, el “Hollanda” o el “Valbanera”. Entre ellos destacó este último trasatlántico que llegó procedente de Cuba y desembarcó en la isla con 1606 pasajeros y numerosos contagiados, suponiendo un gran peligro para la salud pública insular. El 72% de las hospitalizaciones se debieron a bronconeumonías e inicialmente fallecieron 35 personas de las 95 contagiadas, viniendo a confirmar que los barcos eran un gran peligro de difusión de la enfermedad. Entre las múltiples razones del contagio masivo que se produjo en el interior del vapor encontramos el lamentable estado de miseria, hacinamiento y enfermedad en el que se alojaban los pasajeros. Estas condiciones

vinieron a demostrar algunas de las sospechas que las autoridades locales tenían hasta el momento, y es que los cuadros clínicos graves de gripe eran más típicos en aquellos que asistían o convivían en lugares donde se encontraban muchas personas al mismo tiempo y en condiciones higiénicas deficientes, circunstancias que, según alertaba la prensa canaria, podían acabar con la vida del enfermo en apenas 2 o 3 días desde la infección. De este modo, las autoridades determinaron que generalmente la gripe se presentaba en sus formas más sencillas, las ligeramente catarrales, febriles y astenizantes, puesto que la causa de las complicaciones pulmonares residía en las particularidades del contexto y/o las transgresiones higiénicas personales y públicas. Por ello, adoptaron nuevas medidas como la ventilación de viviendas y establecimientos públicos o la desinfección de objetos —ropas, utensilios, etcétera— pertenecientes a individuos contagiados. El primer año de pandemia había servido para que la gobernación local se percatase de que el aislamiento resultaba fundamental para evitar formas más complicadas de la enfermedad, dando prioridad al confinamiento domiciliario *motu proprio* y bajo condiciones higiénicas seguras. Para ello había que evitar tanto el hacinamiento y los ambientes confinados como la hospitalización colectiva y masiva de contagiados, ya que se había comprobado que esta estrategia evitaba el desarrollo de formas más complicadas de gripe. Cabe destacar que, según información publicada en “El Progreso” el 11 de mayo de 1920, las defunciones por gripe en España hasta diciembre de 1919 eran muchas con respecto a otras enfermedades infectocontagiosas —1830 en ese último mes—, aunque seguían siendo minoría comparadas con las ocasionadas por tuberculosis pulmonar —2524—, infección predominante en España, incluido Canarias, en el primer cuarto de siglo y hasta la llegada de la vacuna. El mismo diario publicaba que tanto en Canarias como en España el recrudecimiento de los contagios y defunciones por la epidemia gripal durante la tercera ola había tenido lugar en primavera e invierno, contemplando un descenso mayor en el verano —con mínimos en la mortalidad también en el otoño—.

A principios de 1920, en enero, se volvió a producir un incremento importante de los contagios y fallecimientos como consecuencia de la “gripe española”, afectando principalmente a la población de La Isleta y el Puerto de la Luz. Entre las más que probables causas del rápido aumento de los infectados estaba el abandono y la ausencia de asistencia médica en las casas más humildes del barrio, que había sufrido la marginación constante de las autoridades gubernamentales desde el inicio de la epidemia gripal en la isla. De acuerdo con quejas vecinales recogidas en documentos de archivo, un gran número de los contagiados de estas zonas habían tenido que esperar la visita del médico hasta 3 días, falleciendo muchos de ellos en su casa al no recibir o no llegar a tiempo la

asistencia facultativa necesaria. Esto también facilitaba la celeridad de la infección entre los habitantes, pues ambas áreas residenciales estaban ocupadas, en su mayoría, por familias de clase obrera y de amplio número de convivientes, lo que obligaba al principal sustentador de la familia —quien muchas veces era el contagiado— a omitir su confinamiento voluntario para acudir a su lugar de trabajo. Esta situación resultaba contradictoria si tenemos en cuenta que en Santa Catalina, uno de los barrios más pudientes del distrito del Puerto de la Luz, apenas habían contagiados y aún así contaban con facultativos para la asistencia de enfermos. El alto número de contagiados en las zonas más desfavorables, unido al escaso número de médicos disponibles para la atención, llevaron al límite la presión asistencial por la gran cantidad de hospitalizaciones de enfermos de gripe. En términos materiales, después de algo más de año y medio de pandemia seguía sin contarse con los medios suficientes para la asistencia de los contagios, e incluso no existía ninguna farmacia en el municipio que quisiera suministrar medicamentos por estar agotados y ser su adquisición muy costosa. En su defecto, eran muchos los facultativos que recetaban bebidas alcohólicas de preparación casera para el tratamiento de los síntomas y los cuadros más leves de gripe. Con respecto a esto, en el Lazareto de Gando la gripe fue incluso combatida con ron, como recoge una nota de prensa de enero de 1920 en la que se hace mención a una donación de “50 cajas de Ron Jamaica marca ‘Dos Cabezas de Negritas’ para los infectados”. El 14 de enero el periódico local “La Provincia” señalaba que la epidemia gripal volvía a dejar sentir sus efectos mortíferos en Las Palmas, apuntando que eran varias las familias en las que muchos de sus miembros la padecían conjuntamente, que en las escuelas públicas habían multitud de faltas de asistencia por esta razón y que tanto en la Isleta como en el Puerto se habían registrados numerosos casos seguidos de defunción, habiendo también diversas bajas en los cuarteles —por esta razón las autoridades militares de Las Palmas ordenaron que las tropas oyeran misa en sus respectivos cuarteles— (citado en El Progreso, 14 de enero de 1920). El mismo periódico hacía público al día siguiente un manifiesto en el que se quejaba de la inactividad en la alcaldía y la Junta de Sanidad en la toma de decisiones y la adopción de medidas de precaución con respecto a la situación epidémica de carácter crítico existente en la ciudad:

Los espectáculos públicos continúan sin interrupción al igual que todos aquellos centros en que la aglomeración de gente puede ser un medio de propagación. El año pasado se adoptaron precauciones en este sentido, pero ahora, como ya la gripe no es novedad, ¿qué importa que la gente muera? [...] Ya que a tiempo debido no se adoptaron medidas contra la propagación, deben agotarse ahora todos los medios por que los enfermos sean

atendidos. Estamos ante un caso en que corresponde a las autoridades obrar con urgencia y energía, y es necesario que el auxilio médico llegue a todos por igual y en cualquier momento salga. Debe montarse un servicio gratis y permanente de médicos y botica para combatir la epidemia pues las autoridades son las únicas responsables de las víctimas que cause su imprevisión y su ineptitud entra la clase pobre. (citado en El Imparcial, 17 de enero de 1920)

Tan solo un día después de esta publicación el alcalde Bernardino Valle y Gracia y su gabinete convocaron una sesión extraordinaria para adoptar las medidas necesarias para combatir la epidemia de “gripe española” que volvía a presentarse con fuerza en la ciudad, especialmente en las zonas más desfavorables social y económicamente. De esta manera, el 16 de enero todos los centros de enseñanza, espectáculos y lugares de reunión donde pudiera existir la aglomeración de público fueron clausurados por segunda vez durante toda la pandemia en la isla por la situación epidémica. Algunas de las otras medidas adoptadas fueron la creación de cuatro comisiones de médicos en los distritos de Vegueta, Triana, Arenales y Puerto; la organización de una comisión para socorros domiciliarios; la creación de hospitales provisionales en el Puerto; la regulación de una cuestación pública para arbitrar recursos con los que atender a las familias necesitadas; el establecimiento de turnos de guardia nocturna entre los médicos de la población para atender a los enfermos las 24 horas; el suministro diario de caldos y leches para los más necesitados del Puerto de la Luz; la instalación de un hospital de aislamiento en el Puerto de la Luz y otro a las afueras de la ciudad; la dotación urgente de los aparatos necesarios para hacer vacunas al laboratorio bacteriológico de la ciudad; la triplicación del número de empleados para la limpieza y desinfección de calles y otros espacios públicos por medio de agua a presión; la limpieza diaria de carreteras y muelles; la solicitud de reapertura y envío de materiales sanitarios al Lazareto de Gando; y la apertura de las farmacias, de manera extraordinaria, los domingos. El mismo día la prensa se hacía eco de la aparición de casos de encefalitis letárgica¹⁷ en varias naciones extranjeras y de alguna provincia española, como consecuencia del recrudecimiento de la gripe, obligando a prestar a este asunto la mayor atención posible (El Imparcial). De este modo, las autoridades sanitarias y médicos de la isla hicieron un llamamiento a tomar precauciones y prestar atención a la posible aparición de síntomas

¹⁷ Cuadro neurológico con distintos tipos de manifestaciones clínicas en el ámbito neurológico y psiquiátrico, cuya causa es desconocida (aunque las últimas investigaciones apuntan a una reacción autoinmune). A menudo se ha presentado de manera epidémica en brotes que han precedido a los de gripe. De hecho, ocasionó una epidemia entre 1917 y 1928 en la que se calcula que fallecieron alrededor de 500 000 personas.

advirtiéndolo, sobre todo, a quienes ya habían sufrido la “gripe española” por la posibilidad de que se tratara de una secuela de la misma enfermedad.

Tan solo en los primeros 20 días del año 1920 se habían producido más de 2000 casos de gripe en Las Palmas, 500 de ellos graves con bronconeumonía, siendo los distritos de Vegueta, Triana y Puerto de la Luz los más afectados. En esta ocasión, quizá por la relajación individual de las medidas higiénicas personales y colectivas en el hogar, en pocos días se daban muchos contagios entre miembros de una misma familia. Rápidamente todas las camas del hospitalillo municipal se vieron ocupadas por enfermos de gripe y ante esta situación de desbordamiento los sanitarios se vieron obligados a solicitar la habilitación de urgencia de nuevos locales para atender enfermos. Incluso la prisión de la ciudad tuvo numerosos casos de presos atacados de gripe —3 de ellos en estado grave—, volviendo a poner en riesgo a la ciudad al convertirse en un potencial foco de contagio masivo dadas las malas condiciones higiénicas del lugar. Según la prensa local a 20 de enero de 1920, 5 de cada 10 fallecidos en enero —10 muertes por gripe en la ciudad cada 72 horas— lo hacían por infección gripal, con una edad media de 12,5 años, lo que evidencia la gran virulencia y letalidad con la que afectó la enfermedad a los niños—sobre todo a los menores de 6 años— en esta última etapa de la pandemia. De hecho, el mismo periódico apuntaba que existían más de 500 ciudadanos atacados de bronconeumonía y que el rápido y continuo crecimiento de los contagios y casos graves de gripe estaban provocando que la población presentara un aspecto “triste” y “desolador”, especialmente en la zona del Puerto de la Luz. No obstante, pese a estas circunstancias de alerta por el aumento de los contagios, lo cierto es que la gran mayoría eran de carácter benigno. Ante este panorama, las autoridades gubernamentales de Tenerife decidieron que todo aquél que llegara procedente de Gran Canaria sería sometido a un reconocimiento por los médicos municipales.

A finales de enero las decisiones que se habían tomado desde el gobierno local parecían surtir efecto al contemplar que la epidemia parecía remitir con el descenso tanto de los contagios como de las muertes. Sin embargo, esto solo se trató de un espejismo, pues mientras que Vegueta se convertía en el distrito con más casos de Canarias al tener casi medio millar de contagiados y 28 en estado grave, el alcalde ordenaba al administrador del cementerio municipal que las inhumaciones fueran realizadas “a todas horas del día y de la noche hasta que finalizara la epidemia”. Al mismo tiempo, la gripe también se presentaba en grandes proporciones tanto en el distrito de Tafira como en el vecino municipio de San Lorenzo y asolaba el asilo de ancianos de Las Palmas, con más de 100 adultos mayores contagiados de gripe y aislados, sin atención médica ni sanitaria, pues eran

asistidos por unas pocas monjas, quienes seguían trabajando pese a que también resultaron contagiadas e incluso una de ellas falleció. La prensa calificó la situación como tristísima, aludiendo especialmente a la falta de recursos para alimentar a los ancianos enfermos: “Por caridad y amor al anciano desvalido, enfermo; por caridad y humanidad con las humildes religiosas que han caído enfermas realizando su heroica misión, ¡demuestre la ciudad una vez más la generosidad de sus sentimientos!” (La Provincia, 24 de enero de 1920).

En dichas circunstancias, la prensa insular aludía al despoblamiento que se estaba produciendo en la ciudad de Las Palmas dada la grave y extrema situación en la ciudad a causa de la fatídica epidemia gripal. El éxodo de la mayoría de habitantes capitalinos se produjo hacia poblaciones del interior de la isla, especialmente a zonas rurales de medianías y cumbres —como veremos más adelante con el caso de la Vega de San Mateo—, lo que recuerda al proverbio popular español surgido en la Edad Media que sugiere “*huir de la pestilencia con tres eles es prudencia: luego, lejos y largo tiempo*”. El mejor “tratamiento” que existía contra la enfermedad era irse lo más lejos posible de la ciudad por ser el principal núcleo de infección, así que huir al campo era una maniobra de evasión contra el virus. De esta manera, eran muchos los que huían a zonas rurales estando contagiados, lo que provocó que la “gripe española” alcanzara los pueblos del interior de la isla, comenzando su fúnebre misión a finales del mes de enero, aunque sin que se presentaran cifras preocupantes.

Enero	Nuevos contagios	Febrero	Nuevos contagios
21/1	277	01/02	0
22/1	64	2/2	9
23/1	57	3/2	2
24/1	31	4/2	8
25/1	12	5/2	4
26/1	16	6/2	1
27/1	6	7/2	0
28/1	4	8/2	0
29/1	15	9/2	0
30/1	0	10/2	1
31/1	10	11/2	0
Total	492	Total	25

Tabla 3. Nuevos contagios por “gripe española” en Las Palmas de Gran Canaria los últimos 11 días de enero y los primeros 11 días de febrero de 1920. Fuente: elaboración propia.

A principios del mes de febrero los contagios en la prisión seguían produciéndose de forma masiva, al igual que los fallecimientos a causa de la gripe, lo que llevó a las autoridades a aprobar “excepcionalidades” y trasladar a los presos enfermos a hospitales públicos. Aún así, el efecto positivo de las medidas adoptadas un mes antes comenzaba a verse reflejado en los primeros días de febrero, cuando el número de contagios y defunciones era considerablemente menor a los registrados a finales de enero. Esto puede observarse en la tabla 3, que recoge el número de contagios registrados en documentos públicos de la alcaldía durante los últimos 11 días de enero y los 11 primeros de febrero. Esta mejoría también fue determinada por el envío de las primeras dosis de vacunas contra las complicaciones gripales el 29 de enero, creadas por el jefe de la sección de Bacteriología de Las Palmas. En el Puerto de la Luz la situación sanitaria había mejorado tanto que los contagiados solo presentaban síntomas leves y las defunciones por gripe habían desaparecido, recuperándose los niveles de mortalidad existentes 3 años antes. Sin embargo, en los barrios de San Juan y San José, pertenecientes a Vegueta, seguían habiendo defunciones, aunque los contagios se habían reducido considerablemente hasta el punto de casi ser inexistentes. Aún así las buenas noticias seguían apareciendo y el 6 de febrero, luego de semanas, por primera vez había más camas vacías que ocupadas en el hospital de infecto-contagiosos. En vista de esta notoria y evidente mejoría del estado sanitario de la población, la Junta Insular de Sanidad propuso el 14 de febrero levantar la clausura de los centros de enseñanza y autorizó los espectáculos públicos, aunque su aprobación por parte de la alcaldía no llegó hasta el día 29 del mismo mes y su puesta en marcha —reanudación de la actividad— el primero de marzo. Antes, el 20 de febrero, el gobierno insular había declarado “la desaparición de la gravedad de la epidemia gripal en Las Palmas de Gran Canaria y las poblaciones colindantes”. La mejora de la epidemia gripal en la ciudad se pudo observar en el número de nuevos contagios por día a finales de enero y comienzos de febrero, ya que mientras el 21 de enero se registraron 277 nuevos casos, tan solo 20 días más tarde —el 10 de febrero— únicamente se apuntaba un nuevo contagio, habiendo 492 nuevos contagios los últimos 10 días de enero y solo 25 los primeros 10 días de febrero. A finales de febrero de 1920 las camas de hospital del Puerto de la Luz ya no eran necesarias dada la gran mejoría de la situación en la zona y a la prácticamente nula existencia de ingresados. El 30 de marzo se procede al retiro y devolución de todas las camas facilitadas para la epidemia gripal en el hospital del Puerto de la Luz.

Hay que señalar que las estadísticas de mortalidad revisadas en el Archivo Histórico Provincial de Las Palmas de Gran Canaria y pertenecientes al período de 1914 a 1924 se

corresponden al Ayuntamiento de San Lorenzo¹⁸ y no al de Las Palmas. A comienzos del siglo XX y hasta el 1 de enero de 1940, San Lorenzo era un municipio más de la isla que ocupaba la mitad de la extensión actual de Las Palmas de Gran Canaria, y contaba con una población de 30 000 habitantes, siendo el segundo municipio con mayor población de Gran Canaria. Abarcaba las poblaciones de Tamaraceite, Tenoya, Guanarteme e incluso La Isleta y la zona actual del Puerto de la Luz, que fueron cedidas a Las Palmas para la construcción de este último, hecho que sirvió para que el municipio capitalino terminase por adjudicarse ambas zonas. Sin embargo, las estadísticas de mortalidad de San Lorenzo y de Las Palmas recogidas para este trabajo serán tratadas como si correspondieran a un solo término municipal, tal y como sucede en la actualidad. Como se apuntó en la metodología, las cifras correspondientes a San Lorenzo han sido complementadas con las recogidas desde 1914 a 1917 en la Parroquia Matriz de San Agustín, en Las Palmas.

Año	Enf. estomacales	Enf. respiratorias	Otras	Total	Media de muertes por año	% incidencia mortalidad por enf. resp.
1914	17	11	59	87	29,00	12,64
1915	23	26	113	162	54,00	16,05
1916	32	32	173	237	79,00	13,50
1917	16	15	70	101	33,67	14,85
1918	16	35	39	90	30,00	38,89
1919	22	11	50	83	27,67	13,25
1920	27	39	84	150	50,00	26,00
1921	20	14	65	99	33,00	14,14
1922	18	13	54	85	28,33	15,29
1923	21	14	51	86	28,67	16,28
1924	43	14	71	128	42,67	10,94
Total	255	224	829	1308		
Media	23,18	20,36	75,36			

Tabla 4. Estadísticas de mortalidad por causa de muerte de Las Palmas de Gran Canaria y San Lorenzo en la década de 1914-1924. Se han tenido en cuenta las defunciones por enfermedades estomacales y respiratorias al ser las más predominantes, mientras que el resto de causas de muerte han sido englobadas en la columna “Otros”. Fuente: elaboración propia.

Como se puede ver en la tabla 4¹⁹ de estadísticas de mortalidad de Las Palmas de Gran Canaria y San Lorenzo en la década de 1914-1924, elaborada a partir del estudio del libro de defunciones de la Parroquia Matriz de San Agustín y las estadísticas de mortalidad del antiguo Ayuntamiento de San Lorenzo, las muertes por enfermedades respiratorias, entre las que se encuentran la “gripe española” y sus complicaciones —bronconeumonías, pulmonías, neumonías,

¹⁸ Una vez finalizada la guerra civil española, San Lorenzo fue anexionado interesadamente al municipio de Las Palmas. Antes, durante años y por la necesidad o deseo de la capital de la isla de expandirse, hubo numerosos enfrentamientos entre ambos consistorios.

¹⁹ En la tabla 4 y 5, los fallecidos desde 1915 hasta 1917 se corresponden con la sumatoria de los difuntos de los barrios de Vegueta y del antiguo municipio de San Lorenzo, actualmente Tamaraceite, Tenoya, San Lorenzo, Guanarteme y La Isleta. A partir de 1918 (inclusive), las defunciones registradas son exclusivas del Ayuntamiento de San Lorenzo.

bronquitis, pleuresía, etcétera— fueron mayor en número en los años 1918 y 1920, coincidiendo con los 2 años en los que la gripe golpeó con mayor fuerza la capital grancanaria. De hecho, las defunciones por enfermedades o complicaciones respiratorias representaron casi el 39% y el 26% respectivamente, teniendo por tanto una amplia significación en las muertes producidas en la ciudad. Esta tendencia puede observarse en el gráfico “A”, donde las barras correspondientes a las muertes por enfermedades respiratorias —color naranja— son mayores en los años 1918 y 1920, siendo en 1918 el total de defunciones por estas complicaciones casi el mismo que el de la columna “Otras”, lo que evidencia el gran impacto que tuvo la “gripe española” a su llegada a la isla en otoño de 1918. Sin embargo, la epidemia gripal no fue sinónimo de que las muertes relacionadas con enfermedades o problemas respiratorios fueran las más representativas en las cifras totales de mortalidad a lo largo de la segunda década del siglo XX, ya que desde 1914 a 1924 fallecieron un total de 224 individuos por este tipo de complicaciones, mientras que el número de defunciones por enfermedades o problemas estomacales —gastroenteritis, enterocolitis, enteritis, úlcera gástrica, etcétera— fue de 255. De hecho, las muertes por complicaciones del aparato digestivo eran las más

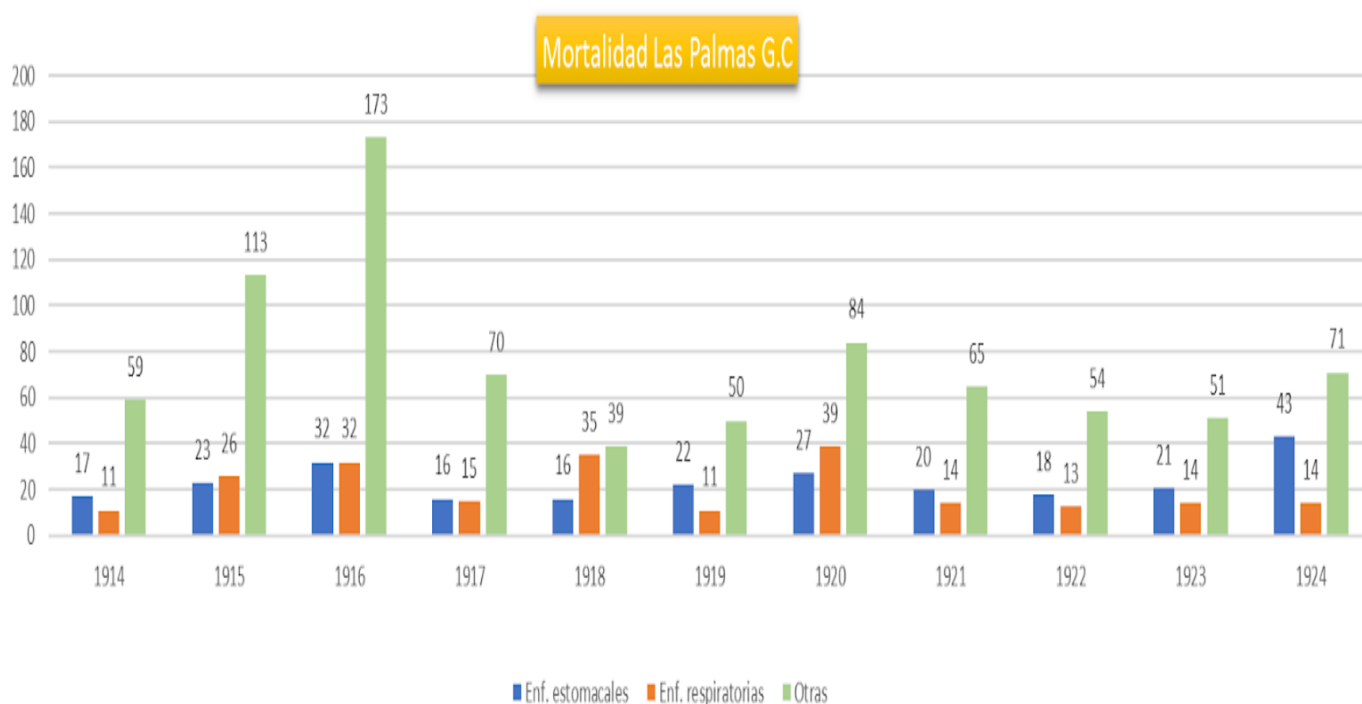


Gráfico A. Gráfico de barras representativo de la mortalidad por causa de muerte en Las Palmas de Gran Canaria y San Lorenzo en la década de 1914-1924. Fuente: elaboración propia.

comunes entre la población de Las Palmas y San Lorenzo siendo, sobre todo, la principal causa de defunción entre los infantes, probablemente por la nefasta alimentación a la que eran sometidos por sus progenitores. Entre las otras causas de muertes eran numerosas las ocasionadas por enfermedades o complicaciones cardíacas —miocarditis, colapso cardíaco, endocarditis, angina de

pecho, etcétera—, enfermedades infecciosas como la tuberculosis o, en menor medida, la viruela y otras vinculadas a problemas hepáticos —cirrosis— y/o renales —nefritis—, estando estas últimas también relacionadas con la “gripe española”. Los cuatro primeros meses del año —desde enero hasta abril—, el final del verano —agosto— y el otoño —desde septiembre a noviembre— son los períodos de mayor mortalidad en Las Palmas y San Lorenzo. El año 1918 es el primero de la década estudiada en el que las enfermedades respiratorias —35— superan a las estomacales —16— en muerte, además por amplia diferencia. Aunque todavía no se habla de “gripe” en las actas de defunciones, la mayoría de fallecimientos fueron ocasionados por bronconeumonía y bronquitis, ambos signos o complicaciones de la “gripe española”. La mayoría de fallecidos por enfermedades respiratorias son infantes menores de 1 año, niños de entre 2-6 años y adultos mayores de más de 62 años, y el número de afectados por enfermedades respiratorias es prácticamente el mismo en mujeres —18— que en hombres —17—. Al año siguiente, en 1919, se comenzó a establecer como consecuencia de muerte la “bronconeumonía gripal”, aunque la incidencia en la mortalidad de las afecciones respiratorias fue bastante más baja que las del año anterior. Algunas anotaciones llamativas de este año es el registro de dos individuos —1 varón de 25 años y otro de 1 mes— fallecidos por bronconeumonía gripal que compartían el primer apellido y fallecieron con unos pocos días de diferencia, lo que nos hace pensar que se trate de un padre y su hijo, fallecidos como consecuencia del contagio por gripe. En 1920 la mayoría de muertes por enfermedades respiratorias se produjeron entre enero y abril —especialmente en enero y febrero—, con algunos otros pocos casos aislados en agosto y octubre. En este caso las muertes por enfermedades respiratorias, a diferencia del año anterior, superaron a los fallecimientos por enfermedades estomacales e incluso hubo más defunciones por gripe que por gastroenteritis, algo que hasta ahora no había sucedido. En total fallecieron 21 varones y 18 mujeres por complicaciones respiratorias, siendo la mayoría de ellos adultos de entre 18-60 años —17—, el grupo más afectado por la epidemia gripal; 11 jóvenes de entre 2 y 17 años; 9 infantes de 1 año o menos; y tan solo un adulto mayor de 87 años. Algunas observaciones destacables en el registro de este año son los siguientes casos: una mujer de 46 años y un varón de 17 años, ambos fallecidos por gripe y por una diferencia de días, que comparten apellido y zona residencial, pudiendo tratarse de una madre y su hijo; una mujer y un varón, ambos de 37 años, que tienen los mismos apellidos, pudiendo ser hermanos que fallecieron por gripe; una mujer de 30 años y otra de 18 años que comparten el mismo apellido, ambas fallecidas por gripe, pudiendo ser hermanas y habiendo con respecto a la primera un varón de 12 años que pudiera ser su hijo, al compartir apellido materno y misma residencia. Todo esto podría evidenciar la facilidad del contagio entre familiares y otros contactos estrechos. Es igualmente llamativo el caso de 3

hermanos —probablemente trillizos— que fallecieron por falta de desarrollo con 3 días —2 de ellos — y 4 días —el restante—. Hasta 1922 no aparece nadie en el registro cuya causa de muerte fue certificada por “gripe”.

Año/Edad	0-1	2-5	6-14	15-24	25-64	65 o más	Total	% mortalidad infantil
1914	32	8	2	2	22	20	86	37,21
1915	47	9	8	13	67	52	196	23,98
1916	61	17	10	18	63	60	229	26,64
1917	33	12	9	16	51	41	162	20,37
1918	43	13	6	2	10	16	90	47,78
1919	29	9	5	5	14	22	84	34,52
1920	47	18	8	9	31	37	150	31,33
1921	38	12	3	5	20	21	99	38,38
1922	34	6	2	4	19	20	85	40,00
1923	39	9	2	5	17	14	86	45,35
1924	64	20	1	6	20	17	128	50,00

Tabla 5. Estadísticas de mortalidad por edad de Las Palmas de Gran Canaria y San Lorenzo en la década de 1914-1924. Se han establecido 6 grandes grupos de edad: de 0 a 1 año; de 2 a 5 años; de 6 a 14 años; de 15 a 24 años; de 25 a 64 años; de 65 años o más. Fuente: elaboración propia.

En lo que refiere a las estadísticas de mortalidad por edad en Las Palmas y San Lorenzo, en la tabla 5 puede visualizarse la gran mortalidad infantil²⁰ que existía en ambos municipios colindantes, algo que, como veremos más tarde, era replicable al interior rural de la isla. El segundo año con mayor mortalidad infantil en la década de 1914-1924 fue 1918, representando un 47,78% del total de defunciones en ese año y evidenciando el posible impacto que la “gripe española” pudo tener en la población infantil a su llegada a la isla, pues como se ha mencionado anteriormente los niños fueron tanto al inicio como al final de la pandemia uno de los grupos más afectados por la misma, junto con los adultos jóvenes —20-40 años—. No obstante, hubo mayor mortalidad infantil al final de la década estudiada, pues tanto en 1923 como en 1924 las defunciones en infantes representaron el 45,35% y el 50% respectivamente en el total de muertes registradas, pudiendo relacionarse este incremento con un período de bonanza en la isla tras la normalización del comercio y la actividad económica luego de la Primera Guerra Mundial y el final de la pandemia de “gripe española”. Este hecho pudo provocar que los padres dieran una alimentación poco coherente a sus hijos —en relación a su edad— por la existencia suficiente de alimentos y la creencia de que así crecerían “más sanos y fuertes”, dándose justamente el efecto contrario al ocasionarles problemas gastrointestinales. Las principales causas de mortalidad infantil eran las enfermedades

²⁰ Se considera mortalidad infantil hasta el primer año de vida.

estomacales, principalmente la gastroenteritis y la enterocolitis, y la atrepsia. Además, en 1916 debió haber un brote importante de viruela que acabó con la vida de 8 infantes. El predominio de fallecimientos en el grupo etario de 0-1 año puede apreciarse con facilidad en el gráfico “B”, donde la barra correspondiente a la mortalidad infantil —color azul— es prácticamente mayor al resto en todos los años salvo en los previos a la epidemia gripal en la ciudad —1915, 1916 y 1917—, en los que el grupo etario con mayor número de muertes fue el de 25-64 años.

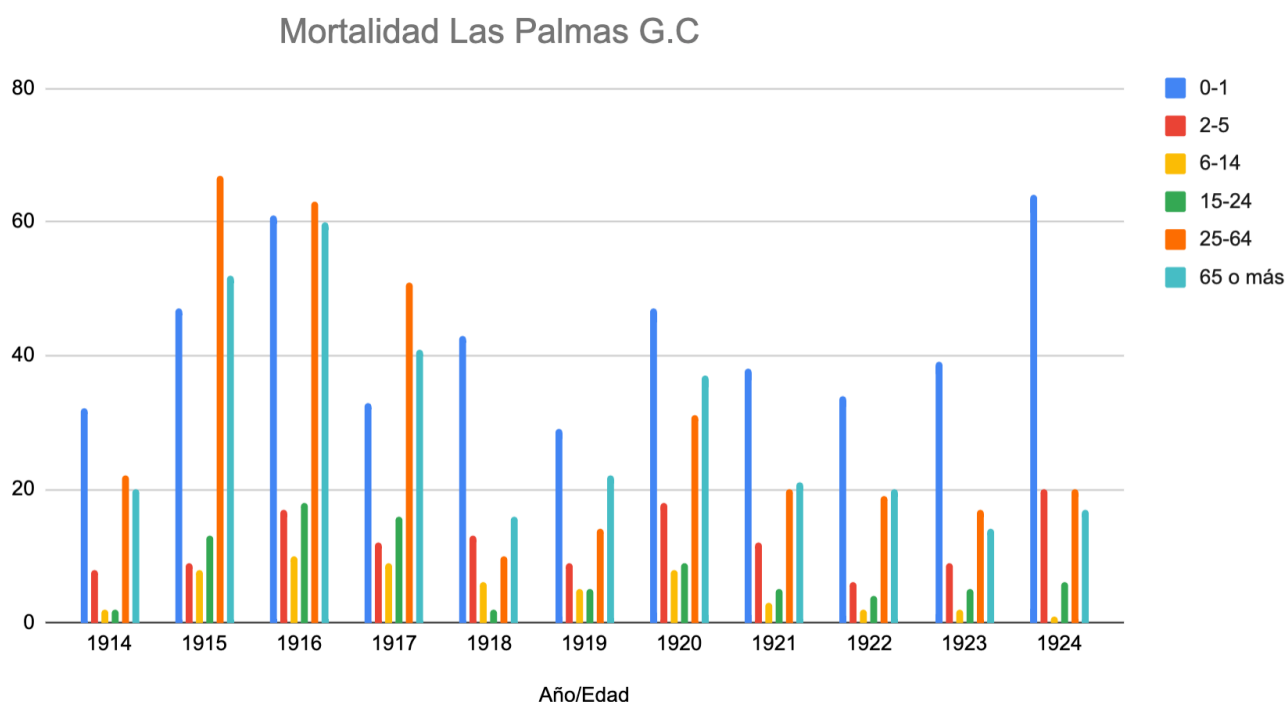


Gráfico B. Gráfico de barras representativo de la mortalidad por edad en Las Palmas de Gran Canaria y San Lorenzo en la década de 1914-1924. Fuente: elaboración propia.

Finalmente, el 9 de abril de 1920 el Boletín Oficial de Canarias hacía público el término de la epidemia en Gran Canaria, declarándola “zona libre infección”. Tan solo un par de semanas después se consideró a nivel general que la pandemia de “gripe española” había cesado, pese a que en muchos lugares del mundo aún continuaba haciendo estragos y no desaparecería del todo hasta 1921. Mientras tanto, a lo largo de todo el año 1920 continuaron llegando barcos con individuos atacados de gripe al Puerto de la Luz, como el vapor “Cádiz” o el “Barcelona”, entre otros, pero la experiencia que las autoridades y la población grancanaria habían adquirido para hacer frente a la pandemia los llevaron a someter a los pasajeros contagiados que llegaban a la isla a un mejor control y traslado hasta los hospitales. Además, desde abril se había establecido una medida novedosa y eficaz que obligaba a los pasajeros que llegaban contagiados por la enfermedad a permanecer durante un período de tiempo preestablecido —concretamente 2 semanas— aislados en

el hospital. De igual modo, el aumento del número de vacunas disponibles había permitido a los médicos vacunar a todos los individuos contagiados de una misma familia y, de este modo, cortar la transmisión, previo aislamiento de la vivienda, “evitando cualquier comunicación con el exterior a las personas que la habitan”, según orden del Cabildo Insular del 24 de abril de 1920. Así pues, la epidemia gripal se logró controlar en Gran Canaria prácticamente al mismo tiempo que en la mayoría de países del mundo se daba por finalizada esta fatídica pandemia.

4.3. Afectación en el ámbito rural: Vega de San Mateo

4.3.1. La Vega a comienzos del siglo XX.

La Vega de San Mateo se encuentra ubicada en el corazón de la isla, a 26 kilómetros de Las Palmas, y cuenta con una extensión de 36 kilómetros cuadrados. Es considerada la despensa agrícola y ganadera de Gran Canaria (Rodríguez Suárez, 2001), como lo demuestra el hecho de que durante la epidemia gripal de 1918-1920 jugó un papel importante en las medidas de intervención y ayuda a los más desfavorecidos de la capital emprendidas por el alcalde de Las Palmas, Bernardino Valle y Gracia, al ser el municipio encargado de suministrar semanalmente leche para los necesitados afectados por el contagio. De acuerdo con el censo de Canarias del Instituto Nacional de Estadística, en 1910 San Mateo tenía una población de 4652 habitantes, mientras que al final de la década, en 1920, contaba con 5567 ciudadanos, estando conformado el municipio por las siguientes poblaciones: San Mateo —±2000 habitantes—, Las Lagunetas —±650 habitantes—, Utiaca —±360 habitantes—, La Lechuza —±350 habitantes—, La Lechucilla —±250 habitantes— Ariñez —±240 habitantes—, La Yedra —±220 habitantes—, Chorrillo —±200 habitantes—, La Higuera —±180 habitantes—, Ciudad de los Perros —±160 habitantes—, Cueva Grande —±150 habitantes—, Camaretas —±150 habitantes—, La Palma —±100 habitantes—, Hoya del Gamonal —±100 habitantes—, Bodeguilla —±100 habitantes— y El Gallego —±50 habitantes— (Pérez y Enríquez, 1914). Además, desde 1914 San Mateo estaba conectado a la capital por una única vía, la “carretera del Centro”, que facilitaba el tránsito automovilístico entre ambos términos municipales (Pérez y Enríquez, 1914).

En cuanto a la proliferación de enfermedades en el término municipal, Federico García León (1888), médico del pueblo de San Mateo a finales del siglo XIX y alcalde de Las Palmas entre 1923 y 1925, señaló que a finales del siglo XIX San Mateo no contaba con las condiciones sanitarias

correspondientes a la época. Además, la calidad y la limpieza de las aguas potables no era lo suficientemente vigilada por el Ayuntamiento, el cual tampoco ponía especial interés en cuidar la salubridad de la urbe, al estar las calles del pueblo llenas de desperdicios y barreduras y el poco aseo de las casas mugrientas (García León, 1888). Es más que probable que estas condiciones fueran las mismas en las primeras décadas del siglo XX, pues de acuerdo con el propio médico, las enfermedades infecciosas gastrointestinales, como la gastroenteritis y la enterocolitis, así como las enfermedades agudas de los órganos respiratorios, eran la mayor causa de mortalidad en la Vega de San Mateo, algo que también se observa en la década de 1914 a 1924, como veremos a continuación. La tuberculosis pulmonar también era una causa relevante de muerte en esta comarca, aunque, a diferencia de otras zonas de la isla donde abundaba, esta evolucionaba de manera muy lenta otorgando una esperanza de vida relativamente mayor a su portador que, por ejemplo, a un tuberculoso de Las Palmas. Anteriormente la Vega de San Mateo ya se había visto asolada por las epidemias de fiebre amarilla y cólera morbo a mediados del siglo XIX, cuando fallecieron más de un centenar de vecinos —especialmente de San Mateo, Aríñez y Utiaca—, cuando la población solo contaba con poco más de 2000 habitantes (Rodríguez Suárez, 2001). No obstante, siguiendo lo descrito por García León, “los edificios de esta circunscripción son [eran] eminentemente higiénicos” (1888: 49), y es que las casas se encontraban esparcidas por las montañas y laderas, conforme a las necesidades y exigencias de la agricultura, y algunas pocas formando residencia alrededor del Ayuntamiento, contando además con habitaciones espaciales y ventiladas (García León, 1888). El clima de la Vega de San Mateo también supuso un importante agente higiénico y protector frente a enfermedades: una atmósfera libre de impurezas, constantemente renovada, sin emanaciones malsanas y con una temperatura media de 16°, hacían de la localidad una de las más salubres de la isla en el período final del siglo XIX y comienzos del XX. De hecho, muchos enfermos, especialmente los que padecían de tuberculosis, solían establecer su residencia temporal en San Mateo para “curarse” de sus males durante su estancia en el pueblo.

Federico García León apuntaba que lo peor con lo que contaba San Mateo era el cementerio, ya que estaba situado a la entrada del pueblo, inmediatamente junto a las primeras casas, totalmente desprovisto de medidas higiénicas y es que, de acuerdo con el médico, “los productos gaseosos resultantes de la putrefacción cadavérica llegan a la urbe y especialmente al barrio de La Higuera” (1888: 50-51). Por otro lado, dado el incremento de la población de la comarca rural y, por consiguiente, el aumento del número de deposiciones en el camposanto, muchos cadáveres no completaban la descomposición, sino que se saponificaban, al tiempo que muchos otros eran

exhumados “forzosamente” para dar cabida a los nuevos. Además, junto al cementerio corría una acequia de regadío que incluso era utilizada por algunos vecinos ocasionalmente para consumo. Tampoco era una medida higiénica la costumbre que por entonces tenían los vecinos de la Vega de guardar la materia fecal propia en fosas fijas, para posteriormente recogerlas y utilizarlas como abono para las tierras (García León, 1888). Todo esto pudo suponer un conjunto importante de condicionantes para que la “gripe española” terminara proliferando en el municipio tan solo tres décadas después, aunque no lo hiciera de manera tan drástica como en las ciudades de la isla.

La dieta de los vegueros tampoco era del todo correcta al ser casi estrictamente vegetariana —sobre todo herbácea— abundando también los períodos de ayunas por la escasez de recursos económicos para proveerse de alimentos suficientes. Es especialmente llamativo la pésima y disparatada alimentación de los infantes, sobre todo de los niños lactantes, cuyas madres los sometían a una dieta impropia de su edad —*gofio*²¹, frutas, huevos fritos y carnes saladas— que les producía irremediablemente inconvenientes gastrointestinales. Esto explicaría la alta tasa de mortalidad infantil en la zona a causa de enfermedades del aparato digestivo, como la enterocolitis aguda o el cólera infantil (García León, 1888), algo que como veremos más adelante aún perduraba a comienzos del siglo XX. García León apuntaba en sus escritos lo siguiente respecto a la alimentación de los vegueros:

Pero cae enfermo un individuo de la familia, y entonces desaparece como por encanto la economía doméstica. Los huevos fritos, las sopas grasientas y sustanciosas, la carne de cerdo, el chocolate, llenan el estómago del paciente desventurado, que muere harto y satisfecho de la escandalosa disipación que la madre se permite en su exclusivo beneficio. Porque esas madres no saben [...] que el estómago está enfermo casi siempre aunque la dolencia principal esté en el pecho, en la cabeza o en las piernas, y que estando el estómago enfermo, y por lo mismo incapaz de digerir, empeoran la situación del paciente y agravan su estado. (p. 72-73)

Resulta difícil entender la alimentación deficiente en San Mateo si atendemos a los recursos con los que contaban para hacerlo de una mejor manera, pero es todavía más complicado de entender porqué tres décadas después la sociedad veguera seguía sin poner remedio tanto a algunos

²¹ Alimento original de las Islas Canarias (creado por sus primeros habitantes), compuesto por una harina no cernida de cereales tostados, generalmente de trigo o maíz, usada en diferentes preparaciones alimenticias. También se consume en la mayoría de países de Latinoamérica, Cabo Verde y Sáhara Occidental.

de sus hábitos alimenticios e higiénicos como a la infraestructura pública deficiente que resultaban perjudiciales para su salud.

4.3.2. Incidencia, mortalidad y consecuencia

Aunque la “gripe española” no afectó especialmente al municipio, la conectividad por carretera con Las Palmas, así como el gran número de vegueros que asiduamente viajaban a la capital bien por trabajo o que regresaban desde el puerto luego de llegar de su estadía temporal por razones laborales en alguna nación americana —especialmente Cuba— colocaban a San Mateo en una situación de riesgo medio con respecto a la enfermedad. Con motivo de la guerra europea los artículos de consumo de primera necesidad habían experimentado una gran subida que afectaba directamente a los vecinos más pobres de la Vega, quienes requerían cada vez más del suministro caritativo de alimentos (Rodríguez Suárez, 2001), propiciando así la llegada de mercancías empacadas y enviadas desde Las Palmas que podían estar contaminadas —contener pequeñas partículas del virus—. Además, como dictaba el ya mencionado proverbio popular español de “las tres eles” de la Edad Media, las óptimas condiciones de la zona para evitar el virus que asolaba la capital —la ausencia de enfermedades infecciosas de carácter maligno en la Vega era atribuida a la pureza del medio ambiente del lugar— hacían que muchos extranjeros y urbanitas locales llegaran a San Mateo para establecerse de manera temporal, favoreciendo también de este modo a la posible aparición de la gripe en esta área rural. Ya en noviembre de 1918 la prensa canaria señalaba que en varios pueblos del interior se estaban presentando casos de gripe con caracteres de benignidad (El Progreso, 8 de noviembre de 1918), aunque no se hacía mención explícita de San Mateo. La Vega de San Mateo era visitada frecuentemente por extranjeros, especialmente ingleses y alemanes —no inscritos en el censo—, residentes en Las Palmas, que se sentían atraídos por el medio natural de la zona (Pérez y Enríquez, 1914), pudiendo ser esto también uno de los condicionantes para la llegada de la enfermedad gripal a la localidad. En julio de 1919 desde la prensa se apuntaba que la gripe comenzaba a extenderse a los pueblos del interior de Gran Canaria durante el verano, estando entre ellos San Mateo (El Progreso, 23 de julio de 1919). Tan solo 1 mes más tarde el mismo periódico se hacía eco del fallecimiento de dos hermanas de corta edad pasajeras del “Valbanera”, que fallecieron en el barrio veguero de La Yedra a consecuencia de la “gripe española”, de la cual se contagiaron durante su viaje en el trasatlántico español. También hay constancia de que en septiembre de 1919 vecinos de Las Lagunetas habían solicitado la ejecución de trabajos para

conservar e higienizar las aguas que abastecían a la población ante el temor creciente por la situación sanitaria. (Rodríguez Suárez, 2001), por lo que la ausencia de respuesta de las autoridades locales ante esta situación también pudo haber ocasionado la extensión de la “gripe española” en los meses posteriores. De hecho, la epidemia gripal no comenzó a cobrarse vidas de manera considerable en el municipio hasta enero de 1920, cuando el virus hizo mayores estragos en la zona que en los 2 años anteriores de pandemia, probablemente por la ausencia de inmunidad de los residentes contra el mismo al haberlo esquivado hasta el momento.

Año	Enf. estomacales	Enf. respiratorias	Otras	Total	Media de muertes por año	% incidencia mortalidad por enf. resp.
1914	13	12	40	65	21,67	18,46
1915	14	5	52	71	23,67	7,04
1916	11	9	40	60	20,00	15,00
1917	9	7	36	52	17,33	13,46
1918	17	14	34	65	21,67	21,54
1919	9	8	29	46	15,33	17,39
1920	8	18	32	58	19,33	31,03
1921	5	2	34	41	13,67	4,88
1922	6	1	28	35	11,67	2,86
1923	14	12	35	61	20,33	19,67
1924	4	6	28	38	12,67	15,79
Total	110	94	388	592		
Media	8,55	35,27	53,82			

Tabla 6. Estadísticas de mortalidad por causa de muerte de la Vega de San Mateo en la década de 1914-1924. Se han tenido en cuenta las defunciones por enfermedades estomacales y respiratorias al ser las más predominantes, mientras que el resto de causas de muerte han sido englobadas en la columna “Otros”. Fuente: elaboración propia.

Esto se ve reflejado en las estadísticas de mortalidad de Vega de San Mateo en la década de 1914-1924 dispuestas en la tabla 6, elaborada a partir del análisis del libro de defunciones de la Parroquia de San Mateo Apóstol. En la misma puede apreciarse que las defunciones por enfermedades o complicaciones respiratorias fueron mayores al resto de años en 1918 y, sobre todo, en 1920, puesto que en este último año la “gripe española” ya había llegado al interior de Gran Canaria y, tal y como se apuntó con anterioridad, desde enero de 1920 comenzó a causar fallecimientos entre la población de manera más acentuada que en los dos años anteriores de pandemia. En este último año de epidemia gripal un 31% de los vegueros fallecieron a causa de algún tipo de complicación respiratoria, gripe o bronconeumonía mayormente, lo que supuso un aumento del 14% con respecto a 1919 y de 10% en relación a 1918. Esta tendencia puede visualizarse en el gráfico “B”, en el cual las barras que refieren a las defunciones por enfermedad respiratoria —color naranja— son ligeramente mayores a las del resto de años en 1918 y sobre todo en 1920, donde se puede apreciar que superaron visiblemente a las vinculadas a enfermedades estomacales. Aún así, la incidencia de la “gripe española” en Vega de San Mateo fue escasísima,

debido fundamentalmente al aislamiento y lejanía de esta área con los focos de contagio de la urbe y es que, con casi total probabilidad, los pocos casos que se dieron en la zona fueron en trabajadores temporales de la ciudad que regresaban a casa, en locales que habían emigrado a Cuba para trabajar por unos meses y estaban de regreso o en turistas o habitantes de la ciudad que venían a pasar una temporada en el campo e importaron la gripe a esta zona del interior de la isla. Sin embargo, tal y como sucedía en Las Palmas y en San Lorenzo, las defunciones por enfermedad respiratoria no eran las más habituales en este municipio del interior rural de Gran Canaria, sino que lo eran las debidas a enfermedades estomacales, siendo en 9 de los 11 años tenidos en cuenta superiores a las muertes por complicaciones respiratorias. Esto guarda relación con lo que tan solo tres décadas antes apuntaba el médico del pueblo, Federico García León, al calificar de “especialmente llamativa y disparatada” la alimentación de los infantes del municipio, sobre todo la de los niños lactantes, cuyas madres, según él, los sometían a una dieta impropia de su edad —*gofio*, frutas, huevos fritos y carnes saladas— que les producía irremediablemente inconvenientes gastrointestinales (García León, 1888). Esto explicaría la alta tasa de mortalidad infantil en la zona a causa de enfermedades del aparato digestivo, como la enterocolitis o el cólera infantil, como veremos a continuación. Este hecho también se ve reflejado en el número total de fallecimientos al final de la década, pues mientras las enfermedades respiratorias supusieron el fallecimiento de 94 individuos, las enfermedades estomacales acabaron con la vida de 110 locales. Por otro lado, las causas de muerte

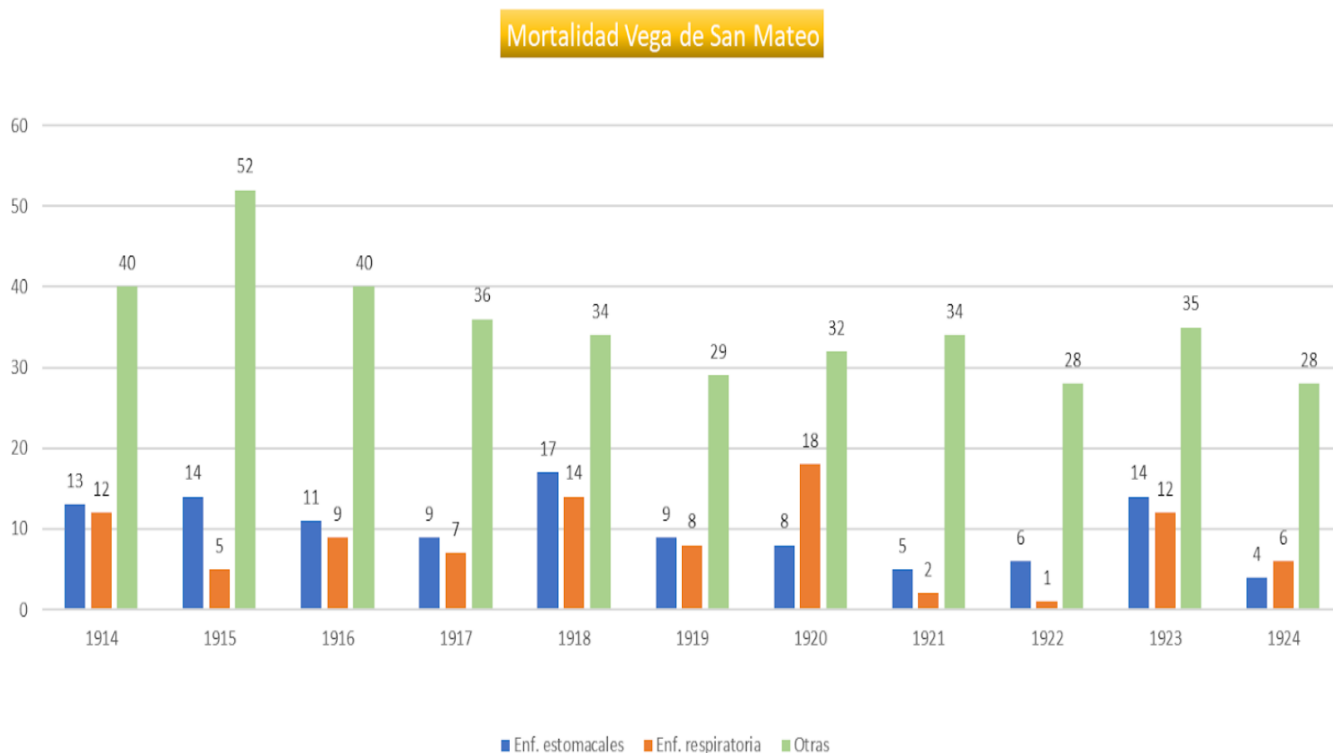


Gráfico C. Gráfico de barras representativo de la mortalidad por causa de muerte en la Vega de San Mateo en la década de 1914-1924. Fuente: elaboración propia.

más predominantes de la columna “Otras” fueron la meningitis, la tuberculosis, el sarampión, el cólera infantil, la debilidad senil y la debilidad congénita.

En contraste con la ciudad, en la Vega de San Mateo la mayoría de las defunciones tenían lugar en los meses de verano, sobre todo en agosto, mientras que el menor número de fallecimientos se correspondía con los primeros meses del año —desde enero a abril—. En muchos meses encontramos muertes referidas como “a consecuencia de ignorada enfermedad” o “sin asistencia facultativa”, esta última especialmente en el caso de menores de 10 años. Este tipo de referencias las encontramos de manera continua —en el mismo mes o por algunos meses de manera consecutiva—, lo que nos hace pensar que la Vega de San Mateo no contaba con un médico fijo que pudiese certificar las muertes, sino que la presencia de facultativos era esporádica o de manera temporal. Como apunte final, es probable que en 1914 y 1915 se produjeron más muertes en el municipio por coincidir con el estallido de la Primera Guerra Mundial y los meses posteriores al mismo, provocando la paralización del comercio y el estancamiento económico en la isla y, por consiguiente, la escasez de trabajo en el campo por el detenimiento de las exportaciones y la reducción en las ganancias económicas derivadas de estas, ya que San Mateo, como hemos visto, era el principal productor agrícola y ganadero de Gran Canaria. Entonces, estas circunstancias pudieron ocasionar una mayor miseria entre las familias del municipio, pues la mayor causa de muerte en ambos años tuvo que ver con las enfermedades gastrointestinales que afectaron especialmente a los infantes.

Año/Edad	0-1	2-5	6-14	15-24	25-64	65 o más	Total	% mortalidad infantil
1914	26	18	3	1	8	11	67	38,81
1915	26	24	0	3	10	20	83	31,33
1916	22	13	0	4	7	14	60	36,67
1917	22	8	2	2	4	14	52	42,31
1918	30	11	1	5	7	18	72	41,67
1919	14	6	3	4	8	16	51	27,45
1920	20	5	1	2	18	15	61	32,79
1921	22	2	4	3	6	17	54	40,74
1922	19	5	6	2	6	6	44	43,18
1923	36	8	1	1	5	15	66	54,55
1924	14	5	0	5	11	13	48	29,17

Tabla 7. Estadísticas de mortalidad por edad de la Vega de San Mateo en la década de 1914-1924. Se han establecido 6 grandes grupos de edad: de 0 a 1 año; de 2 a 5 años; de 6 a 14 años; de 15 a 24 años; de 25 a 64 años; de 65 años o más. Fuente: elaboración propia.

En relación a las estadísticas de mortalidad por edad en Vega de San Mateo, en la tabla 7 es posible percatarse de la ya mencionada gran mortalidad infantil existente en el municipio, superando en prácticamente todos los años —excepto 1919, 1922 y 1924— la veintena de infantes fallecidos y con una media representativa del 38% en el total de defunciones. De hecho, muchos infantes que morían a las horas o escasos días de haber nacido eran registrados en el libro de defunciones sin nombre, algo que nos invita a pensar en que la muerte del recién nacido estaba “normalizada”. Los años con mayor mortalidad infantil fueron 1918 y 1923, siendo poco probable que esta fuera debida a la “gripe española”, ya que en los primeros meses de la llegada de la epidemia gripal a Gran Canaria esta no alcanzó el interior de la isla, estando las principales causas de muerte relacionadas con enfermedades estomacales, meningitis y debilidad congénita. Esto es apreciable en el gráfico “C”, siendo las barras vinculadas al grupo de edad de 0-1 año —color azul— las más destacadas en el esquema. En 1918 las muertes se incrementaron notablemente y las causas por enfermedades respiratorias se duplicaron, alcanzando su máxima incidencia en los meses de octubre y noviembre, coincidiendo con la llegada de la epidemia gripal a la isla, aunque todavía no se certificaba ninguna muerte por “gripe” o consecuencia “gripal” en el municipio. Es en 1919 cuando por primera vez se certifican muertes relacionadas con la gripe, aunque ninguna causada de manera directa por la misma, es decir, confirmada como “gripe”. Esto es visible en el grupo de edad 25-64, los más afectados por la epidemia. Probablemente los fallecidos se trataban de trabajadores

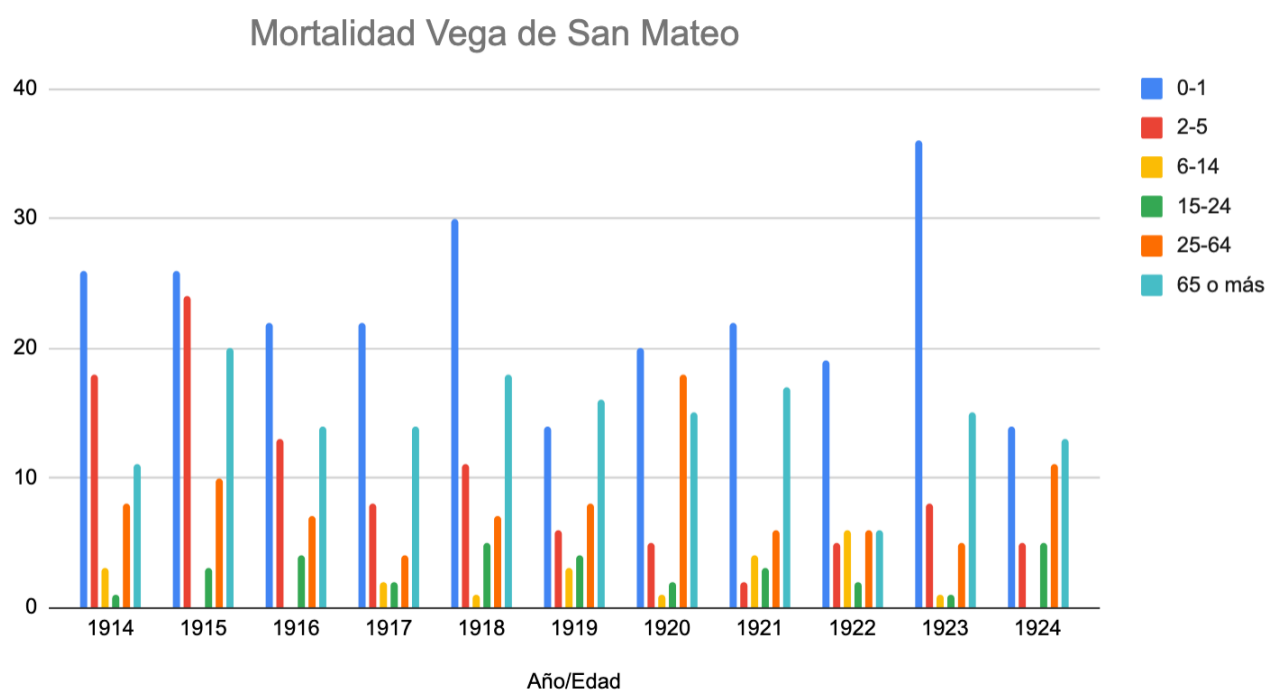


Gráfico D. Gráfico de barras representativo de la mortalidad por edad en la Vega de San Mateo en la década de 1914-1924. Fuente: elaboración propia.

de la ciudad o emigrantes canarios recién llegados de Cuba, por ejemplo, tras haber trabajado fuera de manera temporal. En 1919 también es destacable el hecho de que por primera vez en los últimos años las muertes en individuos de 65 años o más superan las de los infantes. Al año siguiente, en 1920²², se produjo un alto incremento de las muertes en el grupo etario de 25-64 años, la franja de edad más afectada en contagios y defunciones a nivel global durante la pandemia. Del mismo modo, se comenzó a registrar defunciones por “gripe” como causa directa y las muertes por enfermedades respiratorias —duplicaban a las del año anterior— superaron por primera vez a los fallecimientos por consecuencias estomacales. En concreto, fallecieron 18 personas con edades comprendidas entre ambas cifras —10 más que en 1919, cuando el virus llegó a San Mateo—, en su mayoría de gripe y bronconeumonía gripal.

Esto se puede ver en el gráfico “C”, donde la barra referente al grupo de edad 25-64 es considerablemente superior al resto de años en 1920. En el gráfico es igualmente destacable el grupo etario de 65 o más años —color celeste—, pues la población de San Mateo gozaba por lo general de gran salud, como lo evidencia el hecho de que varios de los individuos registrados en el libro de defunciones sobrepasaran el centenar de años. La vida en el campo, alejada de los excesos y el hacinamiento de la ciudad que favorecían la aparición de infecciones, con una mayor calidad del aire y mejor condición del agua de consumo, así como una capacidad de abastecimiento alimenticio superior por las relativas facilidades ofrecidas por la tierra y el ganado, permitían a los habitantes de la Vega de San Mateo poseer una sobresaliente longevidad con respecto a los ciudadanos de la capital.

5. LA “GRIPE ESPAÑOLA” Y EL COVID-19: PARALELISMOS

Existen multitud de analogías y paralelismos entre las dos últimas pandemias vividas, es decir, la de gripe de 1918 y la más reciente de COVID-19. Podemos hallar similitudes en los aspectos epidemiológico, social, económico, cultural, político —en materia de gestión de la pandemia— e incluso mediático —medios de comunicación—. Al margen del evidente impacto y colapso económico, así como de las consecuencias políticas que ambas pandemias produjeron, quizá la similitud más obvia está en las secuelas emocionales provocadas. Laura Spinney señaló en su libro *El jinete pálido* (2018) que el trauma posterior a la remisión de la “gripe española” fue enorme, ya

²² El que hasta el momento era párroco de la Iglesia de San Mateo falleció el 25 de diciembre de 1920 a causa de diabetes.

que hubo una ola de depresión y fatiga alrededor de todo el mundo durante el siguiente lustro. Por ejemplo, en Noruega los ingresos por problemas de salud mental se multiplicaron por siete (Spinney, 2018). Esto mismo se ha visto reflejado durante los meses posteriores al inicio de la pandemia de COVID-19, que ha repercutido enormemente en la salud mental de la población mundial, sobre todo en los jóvenes, donde los suicidios ocupan mayor porcentaje en las tasas de mortalidad que el COVID-19. De hecho, los trastornos mentales se cobraron en 2020 más vidas de personas menores de 50 años que el coronavirus (Quesada, 2022). Al igual que ha sucedido con esta última pandemia, la de 1918 también alimentó la xenofobia y el racismo. Por ejemplo, en el oeste de Estados Unidos se acusó a los inmigrantes chinos de haber llevado el virus al país; en España se cerraron los pasos fronterizos con Portugal y los ciudadanos portugueses fueron segregados al ser acusados de originar la gripe en la Península; en Sudáfrica el *apartheid*²³ fue reforzado bajo la idea de que los “negros” habían sido los causantes de la epidemia de gripe; y en Brasil se impusieron cercos a las clases pobres al creer que estas se infectaban más por ser “inferiores” (Kabbabe, 2019). También hallamos analogías en el terreno de la innovación científica y la investigación médica, ya que tras la pandemia de gripe de 1918 se produjeron avances extremadamente importantes en este terreno, como la creación de las primeras vacunas —la de tuberculosis fue administrada por primera vez en 1921— y la aparición de los antibióticos, y con el COVID-19 se ha invertido gran esfuerzo científico y médico a nivel internacional para lograr una vacuna contra la enfermedad que ha resultado exitosamente. De igual manera, tanto en la pandemia de “gripe española” como en la de coronavirus la prensa ha jugado un papel importantísimo, no solo en cuanto a su ocupación de informar al ciudadano, sino también en su posición de ejercer presión sobre los cargos públicos y especialmente sobre la población. Otro de entre los muchos paralelismos evidentes lo encontramos en las mascarillas, puesto que mientras la “gripe española” trajo su uso a la población por primera vez en la historia de las enfermedades, el COVID-19 ha generalizado e incluso normalizado su utilización hasta el punto de volverlas permanentes, rutinarias y de obligatorio empleo en ciertos espacios. El efecto sobre la vida cotidiana tanto en 1918 como en 2020 también fue enorme, pues ambas pandemias ocasionaron el cierre de centros de enseñanza y de ocio, la prohibición de ceremonias religiosas y la anulación de espectáculos públicos y privados y fiestas populares (Porras, 2020). La “gripe española” y el COVID-19 sembraron el pánico y la incertidumbre entre la población con comercios y fábricas cerradas, escasez de productos básicos, colapso de servicios, hospitales atestados de pacientes con complicaciones respiratorias, velatorios clausurados, fosas

²³ Sistema de segregación racial instaurado en Sudáfrica desde 1948 a 1991, caracterizado por leyes racistas que despojaban de numerosos derechos a la población negra mayoritaria.

comunes, todos perdían un familiar, un amigo cercano o un conocido, con imágenes de cadáveres amontonados en las calles, morgues y cementerios colapsados, déficit de sepultureros, etc. (Kabbabe, 2019). Incluso en ambas pandemias se produjo el desbordamiento de las compañías y servicios funerarios por el extraordinario número de muertos y la acumulación desmedida del trabajo para el traslado e inhumación de cadáveres.

En cuanto a las similitudes en Canarias, la sexta ola de COVID-19, conocida por ser la de la variante *ómicron*²⁴, tuvo un impacto considerable en la Península y en el resto de Europa, sobre todo en lo que respecta a defunciones, pero su afectación en estos términos no fue tan significativa como la primera ola, que desbordó tanto hospitales y centros sanitarios como funerarias. Sin embargo, en Canarias, la comunidad autónoma de España con menos tasa de contagios y muertes por cada 100 000 habitantes hasta la llegada de *ómicron*, la ola que más afectó en contagiosidad y mortalidad fue la sexta y hasta el momento última ola, llegando a duplicar tanto los casos positivos como las defunciones. El archipiélago llegó a presentar la tasa más alta en España de la nueva variante del virus entre diciembre de 2021 y febrero de 2022. Entre las razones pudieron estar la relajación de las medidas y restricciones tanto por parte de las autoridades gubernamentales como de la propia población canaria, el aumento de la movilidad y las actividades de ocio y, sobre todo, el menor porcentaje de ciudadanos con inmunidad adquirida y, por tanto, la menor prevalencia de inmunidad de grupo al haberse dado menos infecciones que en otros puntos del país a lo largo de los 2 años anteriores de pandemia. Es más que probable que la insularidad, complementada con las restricciones de viajes y movilidad, jugase un papel clave al funcionar como aislamiento natural contra la enfermedad. Esta situación descrita no resulta desconocida, pues tiene características prácticamente idénticas a las experimentadas con la pandemia de gripe que asoló el mundo hace poco más de un siglo. La tercera y penúltima ola de “gripe española” que asoló el mundo a comienzos de 1920 dejó sentir sus efectos en el archipiélago en mayor grado que sus predecesoras, no tanto en cuanto a defunciones, pero sí en relación a las infecciones (Castillo, 2021). En efecto, las estadísticas revelan que la tercera ola de gripe fue fuerte en los lugares donde la segunda había tenido poco impacto y, al contrario, que su repercusión fue débil en aquellos lugares más castigados por la oleada anterior, evidenciando la relevancia de la inmunidad de grupo (Porras, 2020).

Algo en lo que también coinciden las dos pandemias es que Canarias ha sido la comunidad autónoma con menor tasa de enfermos confirmados por cada 100 000 habitantes —valor

²⁴ Variante del SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19 y de alta contagiosidad, detectada en noviembre de 2021 en Botsuana.

considerado por 10 000 en 1918—. En cuanto a las cifras totales de muerte en España también hay similitudes, aunque es necesario tener en cuenta las diferencias en relación al número de habitantes, pues mientras en 1918 España contaba con poco más de 20 millones de habitantes, en 2020 superaba los 47 millones. Mientras que la gripe de 1918 infectó a 8 millones de españoles y acabó con la vida de casi 150 000 de ellos, según cifras oficiales —aunque probablemente murieran entre 250 000 y 300 000 españoles, como ya he señalado—, el COVID-19 hasta el momento ha provocado casi 12 millones de contagios y ha provocado la muerte de algo más de 104 000 nacionales, siendo por tanto menor la incidencia de esta última pandemia en cuanto a la mortalidad, aunque más acentuada en cuanto a contagiosidad. En el caso de Canarias, por un lado, la “gripe española” contagió a más de una decena de miles de ciudadanos —entre locales, extranjeros residentes, turistas y/o viajeros en tránsito— y mató alrededor de 1300 cuando la población en el archipiélago apenas rebasaba los 480 000 habitantes (Marichal, 2020), por otro lado, el COVID-19 ha provocado hasta el momento casi 350 000 contagios en el archipiélago y ha acabado con la vida de 1700 individuos en una población de casi 2 millones y medio de habitantes.

Canarias - Mortalidad				
Fecha	Muertes	Muertes - Hombres	Muertes - Mujeres	Tasa mortalidad
2020	16.486	8.765	7.721	7,34‰
2019	15.756	8.429	7.327	7,10‰
2018	16.310	8.707	7.603	7,45‰
2017	15.254	8.102	7.152	7,05‰
2016	15.035	8.086	6.949	7,02‰
2015	15.110	7.960	7.150	7,10‰
2014	14.331	7.724	6.607	6,76‰
2013	13.621	7.323	6.298	6,46‰
2012	14.081	7.562	6.519	6,73‰
2011	13.565	7.454	6.111	6,54‰
2010	12.801	7.065	5.736	6,23‰

Tabla 8. Estadísticas de mortalidad en Canarias desde 2010 a 2020. Fuente: datosmacro.com.

Por tanto, teniendo en cuenta población y datos epidemiológicos, el COVID-19 ha golpeado con mayor fuerza al archipiélago, en gran parte por el incremento de las comunicaciones —actualmente se puede llegar a las islas tanto por mar como por tierra— con todo el mundo y la intensa movilidad de personas como resultado de la globalidad. En Gran Canaria, en particular, ha ocasionado más de 130 000 infecciones y 600 muertes, datos con los que podemos certificar que la pandemia de coronavirus ha sido más severa en la isla en cuanto a infecciones, pero mucho más

benévola en relación a las defunciones. Al igual que en 1918, el coronavirus también provocó la incertidumbre entre los médicos porque durante la primera ola, tal y como sucedió con la “gripe española”, las muertes se sucedieron tras pocos días de enfermedad y los tratamientos existentes parecían no ser efectivos. Tanto la gripe como el coronavirus en sus inicios hasta podían confundirse con un catarro común, no pareciendo ser enfermedades mortales que ameritaran alertas. Los fallecidos por “gripe española” y coronavirus de 2019 no solo eran personas de grupos vulnerables como niños, ancianos o individuos con patologías previas, sino también jóvenes aparentemente sanos, de entre 20 y 40 años (Kabbabe, 2019). No obstante, los grupos de edad más afectados han sido diferentes en ambos virus: en 1918 murieron adultos jóvenes, hombres y mujeres por igual; y en 2020 fallecieron más personas mayores, con el pico en hombres de entre 80 y 90 años (Javelle y Raoult, 2021).

En la tabla 8, referente a las estadísticas de mortalidad en la década de 2010 a 2020 en Canarias, puede apreciarse que en el 2020, año de la llegada de la COVID-19 al archipiélago, ocurrió una circunstancia similar a lo sucedido en 1918, cuando la pandemia de “gripe española” alcanzó Canarias: hubo un aumento considerable de las muertes con respecto a los años anteriores, aunque este no fue significativo. Ambas situaciones guardan relación con el contexto geográfico caracterizante, pues la insularidad ha mantenido relativamente aisladas a las Islas Canarias de las grandes catástrofes epidemiológicas de la historia, permitiendo a los canarios sufrir mucho menos los estragos de estas que los habitantes de la Península.

El 14 de noviembre de 1918, apenas 2 meses después de la aparición de la “gripe española” en Gran Canaria, el periódico “El Imparcial” hacía pública una lista de prescripciones facultativas contra la epidemia, en recomendación del inspector provincial de Sanidad, con las siguientes “medidas de protección”:

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 zotal 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.

Si no fuera por el contexto de la noticia, el contenido podría estar haciendo referencia perfectamente a un listado estándar de recomendaciones para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2, y es que muchas de las prescripciones son similares e incluso iguales a las que hemos leído, oído o visto con respecto a la pandemia más reciente, como la limpieza y desinfección de boca y fosas nasales con peróxido de hidrógeno o con remedios caseros —aceite y mentol—, llevar una dieta saludable, ventilar los hogares, evitar el contacto directo con personas contagiadas, etc. (Trilla et al., 2008). Por ejemplo, con respecto a la 3ª recomendación, en ambas pandemias se consideró que evitar los lugares de reunión, aglomeración o hacinamiento era una buena medida para esquivar la enfermedad, o en relación a la 8ª, tanto con la gripe como con el COVID-19 se ha indicado que el aislamiento de los sintomáticos debe ser obligatorio. Aunque el ejemplo más interesante está en la 4ª recomendación, ya que hay multitud de paralelismos, pues tanto en la pandemia de “gripe española” como en la de coronavirus hemos asistido a un “bombardeo mediático” en televisión, prensa, radio e incluso redes sociales sobre remedios naturales o caseros supuestamente eficaces contra la enfermedad.

Al comienzo de la epidemia gripal en otoño de 1918, según recogen varias minutas analizadas en el Archivo Histórico Provincial de Las Palmas, los médicos de la capital grancanaria solicitaban con carácter urgente medidas para no exponer su salud, recordándonos también a las necesidades y exigencias de medios y materiales del personal sanitario durante los primeros meses del COVID-19 en España. En octubre de 1918, en pleno auge de los contagios y defunciones por gripe en Las Palmas tras la llegada del “Infanta Isabel”, el alcalde de la ciudad, Bernardino Valle y Gracia, hacía un comunicado en forma de llamamiento a la ciudadanía en el que destacaba “que nada habrá de conseguirse si a las medidas de higiene pública no responde el esfuerzo individual con una escrupulosa observación de las prácticas de higiene privada”, algo que ha sido reiterado prácticamente de igual manera por las autoridades durante toda la pandemia de coronavirus. De acuerdo con Samir Kabbabe, “había que instruir a la población que la enfermedad se transmitía por el contacto de persona a persona a través de las microgotas de secreciones que expulsa el enfermo al

toser, estornudar o al hablar (2019: 63). Por ello, la gran mayoría de gobiernos y personal sanitario de todo el mundo insistió en ambas pandemias en que las medidas aplicadas en el ámbito público no tendrían ningún sentido si no se tenía responsabilidad personal con la higiene de uno mismo —lavado y desinfección de manos con asiduidad, utilización de mascarillas, separación con otras personas, evitar aglomeraciones, etcétera—.

En el inicio de la epidemia gripal en Las Palmas las familias no eran notificadas directamente de la situación o el fallecimiento de sus seres queridos en caso de que se tratasen de emigrantes en los buques llegados al puerto de Las Palmas, una circunstancia bastante similar a la que se dio a la llegada del COVID-19 a España, ya que eran muchas las familias que tenían que ponerse en contacto con las autoridades pertinentes para recibir información acerca de sus familiares fallecidos días o incluso semanas atrás como, por ejemplo, en residencias de ancianos. De acuerdo con la prensa grancanaria y la información redactada en los documentos públicos por el alcalde de Las Palmas a finales de 1918, las aguas destinadas al riego de cultivos, el lavado de ropa e incluso el consumo propio en el distrito capitalino de Tafira estaban contaminadas, lo que facilitaba la propagación de la enfermedad en este vecindario y en el resto de la ciudad —el agua discurría por acequias al resto de barrios situados en la parte baja de la ciudad—. Aunque no es exactamente el mismo caso, con respecto a la pandemia de coronavirus este hecho se asemeja a la toma de muestras realizadas en las aguas públicas de las grandes urbes, con el objeto de detectar la presencia de la enfermedad en las mismas y así hacer un pronóstico de la incidencia real según el grado de contaminación.

Otra similitud está en las restricciones de viaje y movilidad de carácter obligatorio que fueron impuestas en ambas pandemias. En el caso de la gripe de 1918, el periódico “El Imparcial” hacía público en su edición del 16 de diciembre de 1918 que, según una Real Orden de Fomento, los barcos que salieran de Buenos Aires con destino a España podían embarcar el máximo número de pasajeros posible, siempre que no lo hicieran enfermos o afectados por la gripe. Durante toda la pandemia de COVID-19, aunque sí se aplicaron limitaciones de aforo en el interior de barcos y/o aviones, se prohibió viajar a los positivos en coronavirus o que presentaran síntomas compatibles con la enfermedad. Una similitud más está en la retransmisión a distancia de eventos públicos para evitar la aglomeración de personas. Por ejemplo, en enero de 1920 las autoridades militares de Las Palmas ordenaron a sus tropas que debían oír la misa desde sus respectivos cuarteles con motivo de la epidemia gripal (El Imparcial), algo que también ha sucedido durante el confinamiento impuesto por el coronavirus en 2020, que ha supuesto que las misas y otras clases de eventos públicos de gran

aforo hayan tenido que ser retransmitidos digitalmente por televisión, radio o redes sociales. A mediados de enero de 1920 el vapor español “Reina Victoria Eugenia”, procedente de la Península, atracaba en el Puerto de la Luz con multitud de pasajeros contagios de gripe, lo que provocó que los médicos de Sanidad Exterior prohibieran toda comunicación con el buque montando un dispositivo de control y seguridad para evitar el acceso al vapor (El Progreso). A lo largo de la pandemia de COVID-19 ha ocurrido exactamente lo mismo en el Puerto de la Luz, pues toda la tripulación y pasaje de buques mercantes, trasatlánticos, cruceros y plataformas petrolíferas llegadas a los muelles han sido obligados a guardar cuarentena hasta ser sometidos a los pertinentes controles y pruebas de comprobación mediante test de antígenos²⁵ o PCR²⁶. Igualmente en Tenerife, según recogía el periódico local “La Gaceta de Tenerife” en enero de 1920, en vista del estado sanitario de Las Palmas, se dispuso que todos los pasajeros llegados a la isla procedentes de Gran Canaria debían ser sometidos a un reconocimiento por los médicos municipales, tal y como ha sucedido con los cribados en puertos y aeropuertos por el coronavirus por medio de las PCR y/o los test de antígenos. De hecho, durante todo el último año de epidemia gripal en Gran Canaria continuaron llegando barcos con pasajeros contagiados del virus, a lo que el Cabildo Insular respondió con el sometimiento obligatorio de cuarentenas de 2 semanas en hospitales o domicilios habilitados como tal —dependiendo de la gravedad—. Este período preestablecido de aislamiento nos recuerda al establecido inicialmente para los enfermos de COVID-19, cuando se les obligaba a permanecer en cuarentena hasta 14 días desde la aparición de los síntomas o el positivo. Lo cierto es que los puntos de entrada y salida hacia países o provincias como los puertos marítimos o los aeropuertos han significado un espacio relevante para la llegada de la enfermedad y el consecuente contagio masivo, tanto en la pandemia de gripe de 1918 como en la más reciente de coronavirus, al ser lugares de continuo contacto y aglomeración entre personas de diferentes lugares. Por ejemplo, uno de los focos de contagio en Europa durante la pandemia de “gripe española” fue la frontera franco-española —en Irún y Hendaya—, donde estaban las conexiones ferroviarias más importantes entre Madrid y París (Porrás, 2020), mientras que los aeropuertos españoles y, en general, de todo el mundo, representaron una fuente significativa de entrada y salida constante del coronavirus desde finales de 2019. Esto cobra más importancia, aún si cabe, en el contexto insular, pues a una isla

²⁵ Prueba de diagnóstico rápida adecuada para la detección directa de presencia o ausencia de un antígeno. En la actualidad se utiliza para la detección del virus causante del COVID-19, especialmente en personas que presentan síntomas.

²⁶ La reacción en cadena de la polimerasa es una técnica de biología molecular cuyo objetivo es obtener un gran número de copias de un fragmento de ADN particular, partiendo de un mínimo. En la actualidad se utiliza sobre todo para la detección del virus causante del COVID-19, tanto en personas que presentan síntomas como en las asintomáticas.

únicamente es posible llegar por vía marítima o aérea, lo que explicaría la menor incidencia de ambas pandemias en Gran Canaria y el resto de Canarias.

Una situación más similar entre la gripe de 1918 y el coronavirus de 2019 se produjo en lo que respecta a la atención de los mayores en residencias, pues durante la epidemia gripal en Gran Canaria muchos de los ancianos del asilo de Las Palmas se contagiaron por las pésimas situaciones en las que residían, desamparados y olvidados por las autoridades gubernamentales y totalmente faltos de recursos. De hecho, ni recibían asistencia médica, sino que eran las monjas quienes los atendían, resultando también contagiadas y teniendo que seguir trabajando aún estando enfermas, tal y como sucedió en las residencias de ancianos durante el COVID-19 en la que muchos trabajadores de este tipo de centros sociosanitarios resultaron contagiados. Estos hechos vienen a mostrarnos que los mayores han sido los grandes olvidados en ambas pandemias. Durante la pandemia de gripe, en Gran Canaria también se instalaron hospitales provisionales de aislamiento en el Puerto de la Luz y en las afueras de la ciudad, recordándonos a los más recientes hospitales temporales construidos durante la primera ola del COVID-19. De igual modo, a mediados de enero de 1920 todas las camas del hospitalillo municipal de Las Palmas estaban ocupadas por contagiados de gripe y se pedía la habilitación de urgencia de nuevos locales para atender enfermos —se adaptaron una escuela de enseñanza y unas cocinas económicas—, produciéndose un colapso similar al experimentado durante la primera y sexta ola de COVID-19. También durante la fase más crítica de la epidemia gripal en la isla se produjo una especulación de los productos farmacológicos más básicos, vendiéndose, por ejemplo, el suero antineumónico a mayor precio que el designado por el Instituto Llorente²⁷, algo que nos retrae a lo sucedido recientemente con las mascarillas, los test de antígenos y las PCR con motivo del nuevo coronavirus.

6. CONCLUSIONES

Surgida en China o Estados Unidos, la erróneamente conocida como pandemia de “gripe española” hizo estragos en todo el mundo entre 1918 y 1920, afectando sobre todo a los menores de 1 año y a los individuos de entre 20 y 50 años. Golpeando hasta en cuatro oleadas, ha sido considerada por muchos como la mayor catástrofe epidemiológica de la historia de la humanidad al haber acabado con la vida de entre 30 y 50 millones de personas, es decir, alrededor del 3-6% de la

²⁷ También conocido como Instituto de Microbiología de Madrid, fue un laboratorio español fundado en 1894 por el médico Vicente Llorente y Matos, uno de los más notables innovadores de la bacteriología en España.

población mundial en aquellos momentos. Se propagó muy rápido a nivel mundial debido fundamentalmente al hacinamiento de muchas poblaciones, los pésimos sistemas de salud existentes en la mayoría de países y las consecuencias socioeconómicas derivadas de la Primera Guerra Mundial que favorecieron movimientos migratorios masivos, por lo que desde la ciencia se propusieron medidas pioneras como el aislamiento de contagiados, la higienización continua tanto de espacios públicos como privados, el mantenimiento de una adecuada higiene individual, la limitación de aforo en espacios públicos o la prohibición de aglomeraciones.

España fue una de las naciones más golpeadas por el virus, con una mortalidad de hasta el 80% y más de 5 millones de fallecidos a causa de la gripe. Sin embargo, no todo el país se vio afectado de la misma manera, pues mientras que en Madrid y zonas del norte peninsular la tasa de contagios y defunciones fue considerablemente alta, en Canarias la epidemia apenas superó el millar de defunciones, con un exceso de mortalidad por enfermedad respiratoria de solo 6,1 individuos por cada 10 000 habitantes, muy lejos de la penúltima provincia, Sevilla, que tuvo un exceso de 29 personas por cada 10 000 habitantes. Probablemente esto fue debido tanto a las condiciones geográficas —la insularidad ejercía de aislamiento “natural” frente al exterior— y climáticas del archipiélago —un clima más templado y, por tanto, benigno para la salud—.

Aún así, el archipiélago canario no se libró de la “gripe española”, que afectó especialmente a la isla de Gran Canaria debido a la llegada asidua de buques, vapores y trasatlánticos al Puerto de la Luz, ubicado en su capital, Las Palmas, y de gran importancia comercial. Aunque lo más probable es que la gripe arribó a Gran Canaria en agosto o septiembre de 1918, bien por los nuevos militares llegados a la isla o bien por medio de los extranjeros residentes, la llegada “oficial”, según las fuentes, se produjo a principios de octubre del mismo año, cuando el vapor español “Infanta Isabel” desembarcó en la isla con centenares de infectados de gripe o con síntomas adjudicados a la misma, habiendo tirado al mar varios difuntos por esta enfermedad durante su travesía desde A Coruña. A partir de ese momento en la isla, especialmente en la capital, se aplicaron múltiples medidas restrictivas para frenar la epidemia gripal, que finalmente acabaría por extenderse al resto del territorio insular, llegando incluso al interior rural de la misma. La gripe afectó principalmente a la población grancanaria entre septiembre y diciembre de 1918 —segunda ola— y comienzos del año 1920 —cuarta ola—, causando mayor número de contagios y defunciones en esta última etapa de la epidemia, donde también ocasionó más infecciones y fallecimientos en áreas del interior que hasta el momento habían permanecido prácticamente indemnes contra la enfermedad, como la Vega de San Mateo. No obstante, no solo los

fallecimientos por gripe o complicaciones respiratorias derivadas de esta marcaron la mortalidad en la isla en la segunda mitad del siglo XX, pues también las enfermedades gastrointestinales —como la gastroenteritis, enterocolitis o enteritis— y la tuberculosis ocasionaron gran parte de las defunciones en Gran Canaria durante esta etapa, tanto en el ámbito urbano como rural.

Resulta llamativo la multitud de similitudes que existen entre las dos últimas pandemias que han asolado el mundo: la “gripe española” y el COVID-19. Además del efecto epidemiológico, la evidente paralización económica, el colapso sanitario, social y político o el impacto mediático, es sorprendente como ambas enfermedades coinciden en haber dejado considerables secuelas emocionales entre la población, incrementado la xenofobia y el racismo, ocasionado el cierre de centros de enseñanza y de ocio, la prohibición de ceremonias religiosas y la anulación de espectáculos públicos, e incluso el desbordamiento de los servicios funerarios ante la acumulación de cadáveres. Aunque no todas las analogías son negativas, pues ambas pandemias dejaron consigo importantes avances en materia de investigación e innovación científica y médica, con sendas vacunas y numerosos tratamientos. En lo que respecta a Canarias, también existen diversos paralelismos en el inicio, transcurso y finalización de ambas pandemias, ya que, por ejemplo, tanto la “gripe española” como el coronavirus de 2019 provocaron mayor número de contagios y fallecimientos en el archipiélago de manera tardía, es decir, cuando en el resto de España la situación estaba más estabilizada, y aún así estos fueron considerablemente menor en número y letalidad a los de la Península, gracias fundamentalmente al aislamiento que otorga la insularidad. Del mismo modo, las autoridades insulares al mando en las distintas epidemias decidieron implementar medidas similares, con restricciones de entrada y salida de la isla, así como cribados mediante pruebas médicas a aquellos que regresaran a casa para así evitar la recepción descontrolada de posibles viajeros infectados.

En general, luego de 102 años desde el final de la pandemia de gripe de 1918 es necesario preguntarse si se ha reflexionado lo suficiente sobre el alcance que tuvo esta enfermedad que llevó a nuestro mundo al límite. Lo cierto es que los hechos recientes relacionados con la pandemia del coronavirus y su alta letalidad nos hacen pensar que, pese al progreso irrefutable de la ciencia, seguimos cometiendo los mismos errores que hace un siglo. Aunque es innegable que la superpoblación y la interconectividad entre personas a nivel mundial se ha incrementado notoriamente, se han tomado decisiones en cuanto al tratamiento y la gestión de la pandemia que no se suponen mucho mejores e innovadoras que las llevadas a cabo hace más de 100 años.

Para una mejor administración de futuras epidemias y/o pandemias, es imprescindible un mayor estudio de aquellas que ya han sido superadas. Un mejor conocimiento de la “gripe española” probablemente nos habría ayudado a corregir errores cometidos en la gestión e intervención durante el COVID-19, pues todavía se desconoce el origen del virus de gripe de 1918, así como las cifras reales de afectados por contagio y de muertos, exactamente la misma situación presentada con el nuevo coronavirus, pandemia cuyo origen y cifras reales son totalmente ignoradas por el mundo entero pese a todos los medios de estudio, comunicación e información disponibles en la actualidad. En el caso de la “gripe española”, la coincidencia de su estallido con el desenlace de la Primera Guerra Mundial la relegó a un segundo plano, haciendo que se le haya prestado poca atención por parte de los historiadores pese a haber causado muchas más víctimas que la Gran Guerra, como lo demuestra el hecho de que se hayan escrito decenas de miles de libros sobre el conflicto militar, mientras que sobre la pandemia gripal apenas se han publicado unos pocos centenares. Por ejemplo, Canarias no cuenta ni con bibliografía ni con estudios acerca de la afectación de la “gripe española” en su territorio, más que con algún artículo local o trabajo académico aislado que no aporta información suficiente. Existen libros que recogen las principales epidemias que ha sufrido el archipiélago, pero, sin embargo, no ofrecen datos relevantes sobre la epidemia gripal. Ni siquiera los datos de defunciones por causa de la gripe en Canarias son totalmente confiables al no existir una fuente de referencia fidedigna, puesto que es más que probable que el número de fallecimientos como consecuencia del virus fuese mayor que el anotado en archivos públicos y/o registros parroquiales de defunción. Por ello, llevar a cabo una investigación de este tipo en Canarias tiene limitaciones a considerar, además de por la insuficiencia de información ya mencionada, también por la dificultad de encontrar la poca que hay disponible y, sobre todo, por el alto coste temporal que requiere su búsqueda, tratamiento y estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias académicas

Archivo Histórico Provincial de Las Palmas “Joaquín Blanco” (1920). *Expediente sobre el desarrollo de la epidemia gripal en Las Palmas desde septiembre de 1918 a julio de 1919*. Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria, España.

Archivo Histórico Provincial de Las Palmas “Joaquín Blanco” (1920). *Expediente sobre el desarrollo de la epidemia gripal en Las Palmas en los meses de enero y febrero de 1920*. Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria, España.

Archivo Histórico Provincial de Las Palmas “Joaquín Blanco” (1927). *Estadísticas de mortalidad por enfermedades infecciosas (1909-1926)*. Sanidad. Ayuntamiento de San Lorenzo. Las Palmas de Gran Canaria, España.

Archivo Parroquial de la Parroquia de San Mateo Apóstol. Libro de Defunciones nº VIII, 1907-1929.

Archivo Parroquial de la Parroquia Matriz de San Agustín. Libro de Defunciones nº XV, 1910-1925.

Beltrán de Otálora, O. (20 de abril de 2020). Las tres oleadas de la gripe española. *Canarias7*. <https://www.canarias7.es/sociedad/las-tres-oleadas-de-la-gripe-espanola-DA9075252>.

Curbelo, A. 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), 417-451.

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.

Domingo Méndez, J. (15 de marzo de 2020). Cuando se ganó la batalla a una gripe española que nunca fue española. *El Día*. <https://www.eldia.es/sociedad/2020/03/15/gano-batalla-gripe-espanola-espanola-22442421.html>.

Echeverri, B. (1993). *La gripe española: la pandemia de 1918-1919*. Madrid: siglo XXI.

García León, F. (1888). *Datos para la Estadística Médica de la Vega de San Mateo*. Departamento de Ciencias Médicas: Barcelona.

Instituto Nacional de Estadística (2020). 1918: Una pandemia vista desde los Anuarios Estadísticos. *Anuario Estadístico de España*. Recuperado de https://www.ine.es/expo_anuarios/1918.html.

Instituto Nacional de Estadística (2022). *Censo de 1910. Tomo I. Resultados definitivos. Detalle por provincias. Canarias*. Madrid: Fondo Documental del Instituto Nacional de Estadística.

Instituto Nacional de Estadística (2022). *Censo de 1920. Tomo I. Resultados definitivos. Detalle por provincias. Canarias*. Madrid: Fondo Documental del Instituto Nacional de Estadística.

Javelle, E., y Raoult, D. (2021). COVID-19 pandemic more than a century after the Spanish flu. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(4), e78.

Kabbabe, S. (2019). La pandemia de Gripe Española de 1918. *Medicina Interna*, 35(2).

Marichal Farizo, B. (2020). Gripe española de 1918 en Santa Cruz de Tenerife. Incidencia espacial y social.

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.. *El Museo Canario* (pp. 199-214). Tizemi.

Pérez, A.S. y Enríquez, R. (1914). *Anuario Comercial de Canarias Orientales*.

Porras, M. I. (2020). *La gripe española, 1918-1919*. Los Libros de la Catarata.

Quesada, E. (7 de enero de 2022). El suicidio, la “pandemia silenciosa” que se cobra más vidas de jóvenes que el Covid-19. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/01/07/61bc7b19fc6c83660e8b4601.html>

Rodríguez-Maffiotte, M., y Martín, M. (2012). *La Peste. El cuarto jinete. Epidemias históricas y su repercusión en Tenerife*. Museo de la Naturaleza y el Hombre.

Rodríguez Suárez, P. J. (2001). *San Mateo (apuntes para su historia). De Tinamar a la Vega de Arriba*. Ilustre Ayuntamiento de Vega de San Mateo.

Ruiz-Domènec, J. E. (2020). La devastadora gripe A (subtipo H1N1). *El día después de las grandes epidemias* (pp. 85-102). Taurus.

Spinney, L. (2018). *El jinete pálido*. Barcelona: Crítica.

Trilla, A., Trilla, G., y Daer, C. (2008). The 1918 “spanish flu” in Spain. *Clinical infectious diseases*, 47(5), 668-673.

Tristán Pimienta, P. (2015). El azote de las epidemias. *La provincia en guerra, 1914-1918* (87-89). Ediciones IDEA.

Referencias audiovisuales

Castillo, A. (Director). (17 de marzo de 2021). Grandes epidemias en Canarias (Episodio 7). En Rodríguez, S. (Productor), *Objetivo: Canarias*. Televisión Canaria.

Hemeroteca

Boletín Oficial de Canarias (9 de abril de 1920). “Circular”, p.3. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (7 de octubre de 1918). “La situación sanitaria”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (14 de octubre de 1918). “La gripe en Las Palmas”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (16 de octubre de 1918). “La situación sanitaria”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (21 de octubre de 1918). “La situación sanitaria en Las Palmas”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (1 de noviembre de 1918). “La situación sanitaria en Las Palmas”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (4 de noviembre de 1918). “La situación sanitaria en Las Palmas”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (8 de noviembre de 1918). “El estado sanitario en Las Palmas”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (14 de noviembre de 1918). “Información provincial”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (12 de diciembre de 1918). “Ecos”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (31 de marzo de 1919). “Información provincial. Canaria”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (1 de septiembre de 1919). “Información provincial. Canaria”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (16 de diciembre de 1919). “Noticias”, p.2. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (14 de enero de 1920). “La gripe”, p.2. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (16 de enero de 1920). “Información provincial. Canaria”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Imparcial (17 de enero de 1920). “En plena gripe”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Progreso (14 de octubre de 1918). “La salud pública”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Progreso (23 de diciembre de 1918). “Infamia inaudita”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Progreso (18 de julio de 1919). “Lo del ‘Valbanera’”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Progreso (23 de julio de 1919). “Más del ‘Valbanera’”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Progreso (19 de agosto de 1919). “De Canaria: la gripe”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Progreso (19 de agosto de 1919). “Así se escribe la historia: el fantasma de la gripe”, p.2. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Progreso (28 de enero de 1920). “La gripe en Las Palmas”, p.2. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Progreso (29 de enero de 1920). “La gripe en Gando”, p.2. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

El Progreso (11 de mayo de 1920). “La gripe”, p.2. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

La Gaceta de Tenerife (4 de octubre de 1918). “Las epidemias en la península”, p.1. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

La Gaceta de Tenerife (3 de febrero de 1920). “La cuestión sanitaria”, p.2. Consultado en *Jable. Archivo de de Prensa Digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

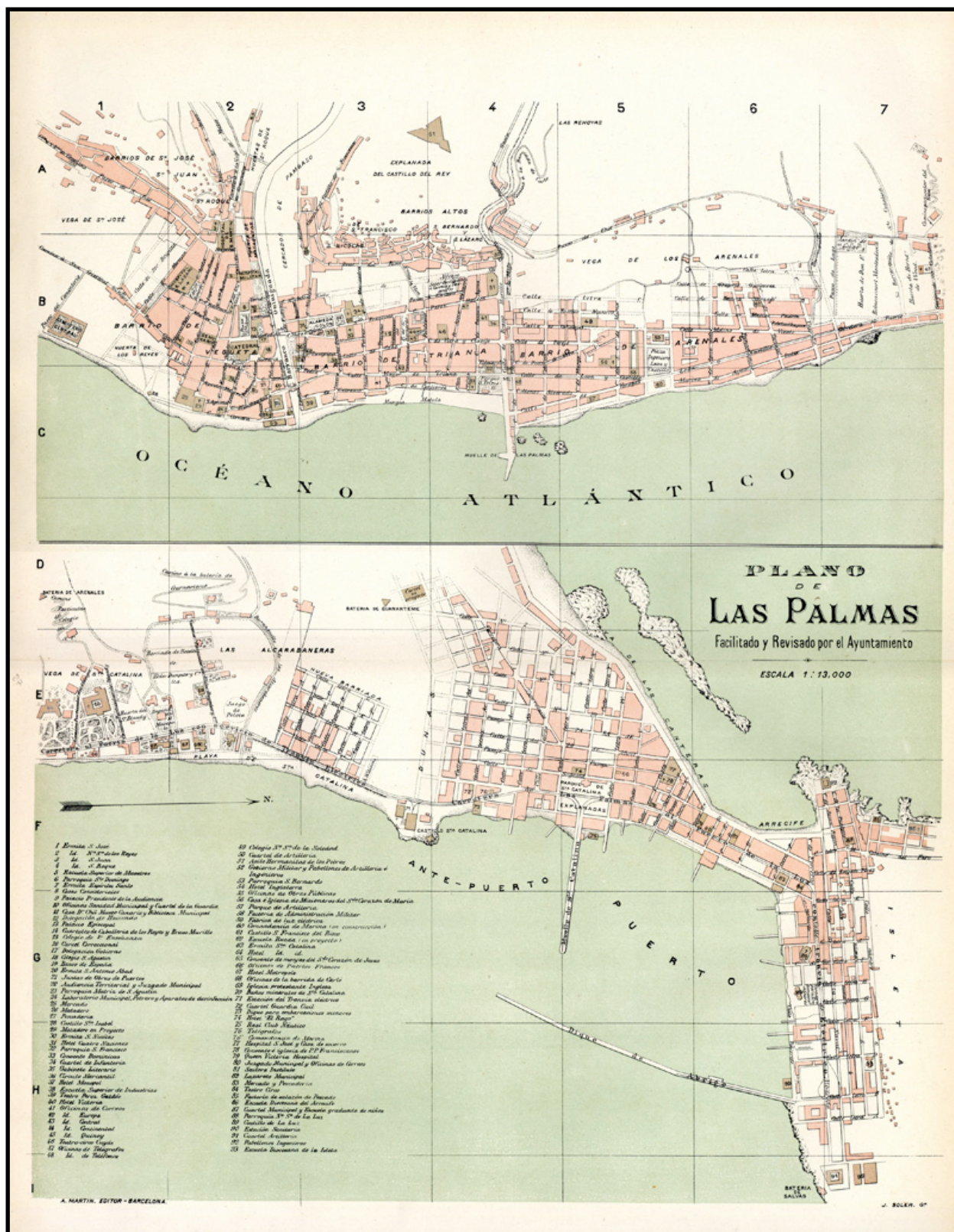
ANEXO 1. FOTOGRAFÍAS Y DOCUMENTACIÓN



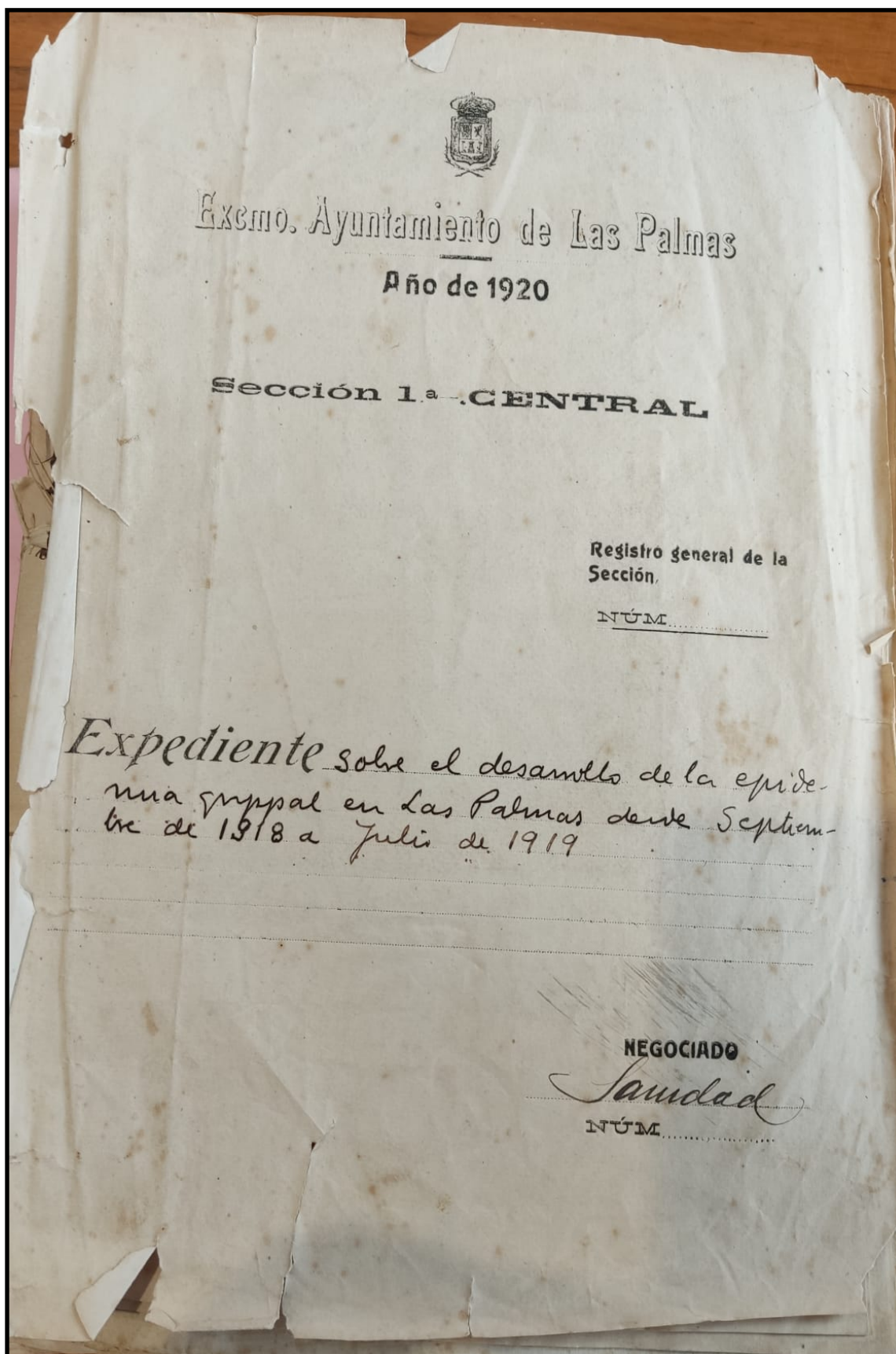
El vapor “Infanta Isabel” (1912-1944) en 1918, en el puerto de A Coruña, justo antes de partir hacia Canarias. Atracó el 2 de octubre de 1918 en el Puerto de la Luz de Las Palmas con casi 200 pasajeros contagiados de “gripe española”. Fue el desencadenante de la epidemia gripal en Gran Canaria, aunque la gripe había llegado 1 mes antes a la isla por medio de los nuevos reclutas incorporados a filas en el Cuartel de San Francisco. **Fuente:** *La Voz de Galicia*.



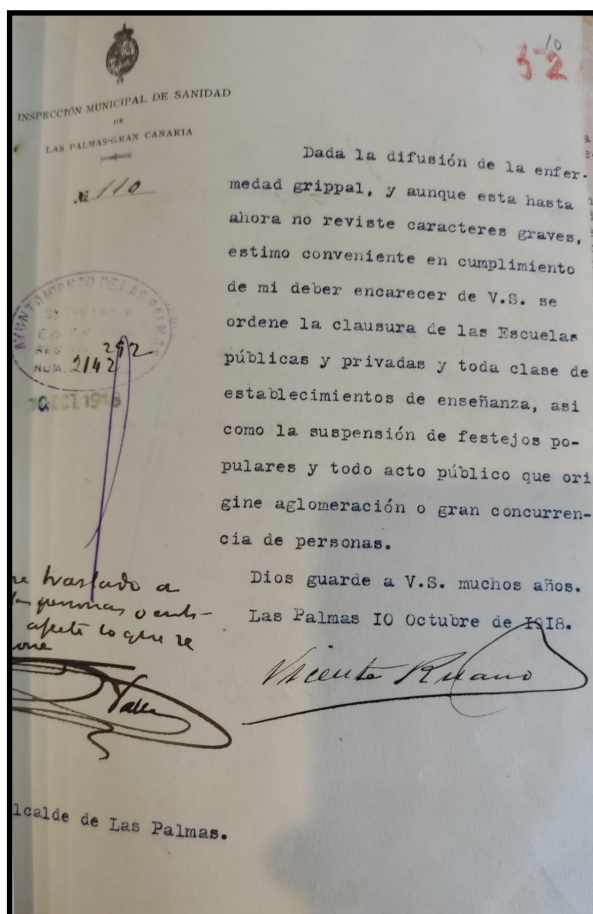
El Lazareto de Gando (Telde, Gran Canaria), en torno a 1914. Este antiguo centro sociosanitario para leproso fue el lugar escogido por el gobierno insular para albergar a los pasajeros del “Infanta Isabel” infectados de gripe. En sus instalaciones fueron atendidos más de 500 pasajeros durante casi 50 días antes de ser clausurado a finales de noviembre de 1918. Posteriormente, ante el crecimiento de la epidemia gripal en la isla, volvió a abrir sus puertas para dar asistencia a los enfermos de “gripe española”. **Fuente:** documental “Grandes epidemias en Gran Canaria” (*Objetivo: Canarias*).



Plano de población de Las Palmas de Gran Canaria en 1918. En la parte superior aparecen los distritos de Vegueta, Triana y Arenales, mientras en la segunda aparece el distrito del Puerto. No aparece en el plano el distrito de Tafira. **Fuente:** Instituto Geográfico Nacional (IGN).



Expediente sobre el desarrollo de la epidemia gripal en Las Palmas desde septiembre de 1918 a julio de 1919. Ayuntamiento de Las Palmas. **Fuente:** fotografía propia tomada en el Archivo Histórico Provincial de Las Palmas "Joaquín Blanco".



Minuta del 10 de octubre de 1918 en la que el alcalde de Las Palmas, Bernardino Valle García, comunica la orden de clausurar los centros de enseñanza y suspender las fiestas populares y actos públicos que den lugar a aglomeraciones de personas. **Fuente:** fotografía propia tomada en el *Archivo Histórico Provincial de Las Palmas “Joaquín Blanco”*.

Ya tenemos una buena receta contra la gripe.

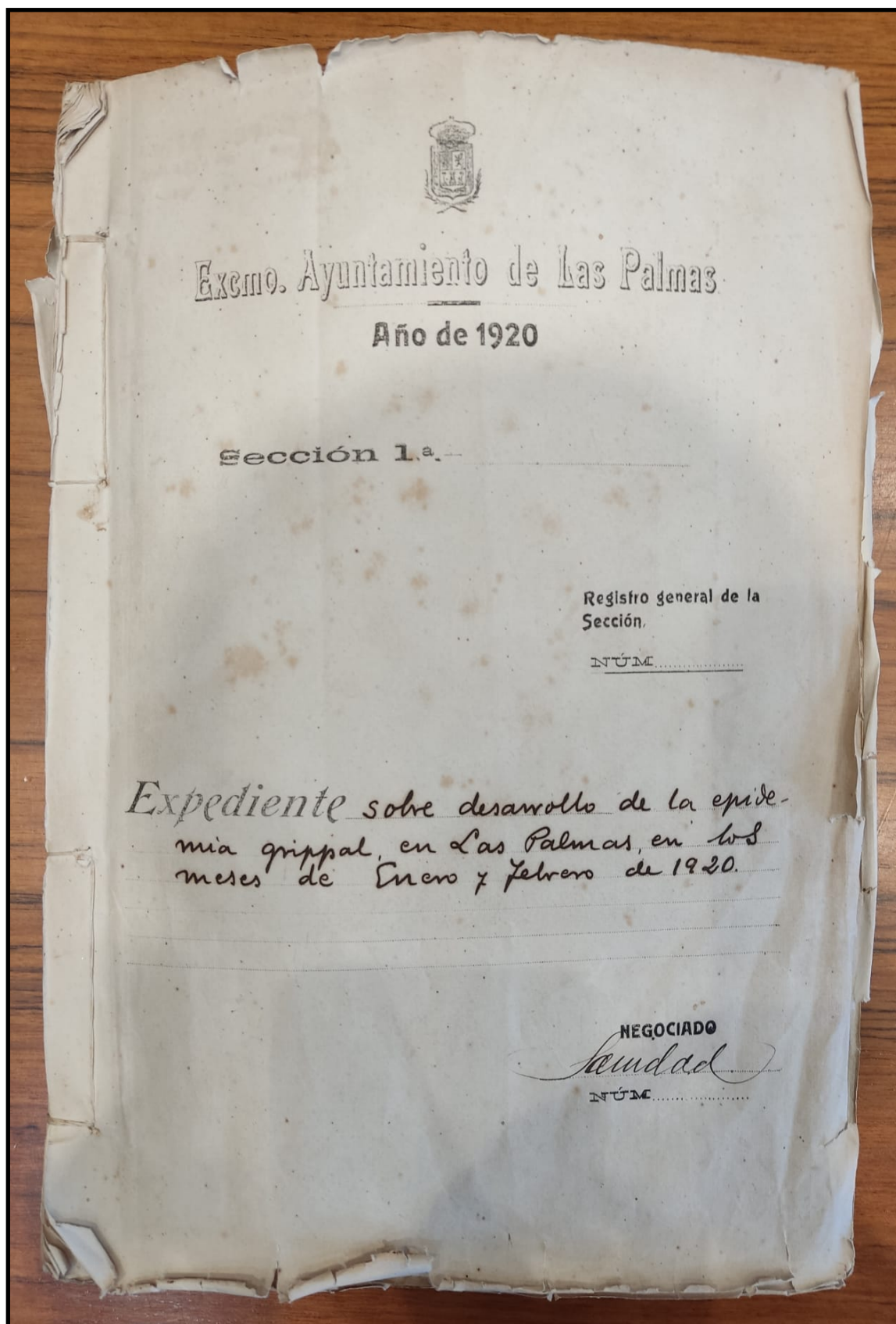
Se llama "mojo canario"; la publicó ayer "Gaceta de Tenerife", y la reproducimos hoy nosotros para contribuir a su divulgación.

	Gramos
Caña de la Habana o 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

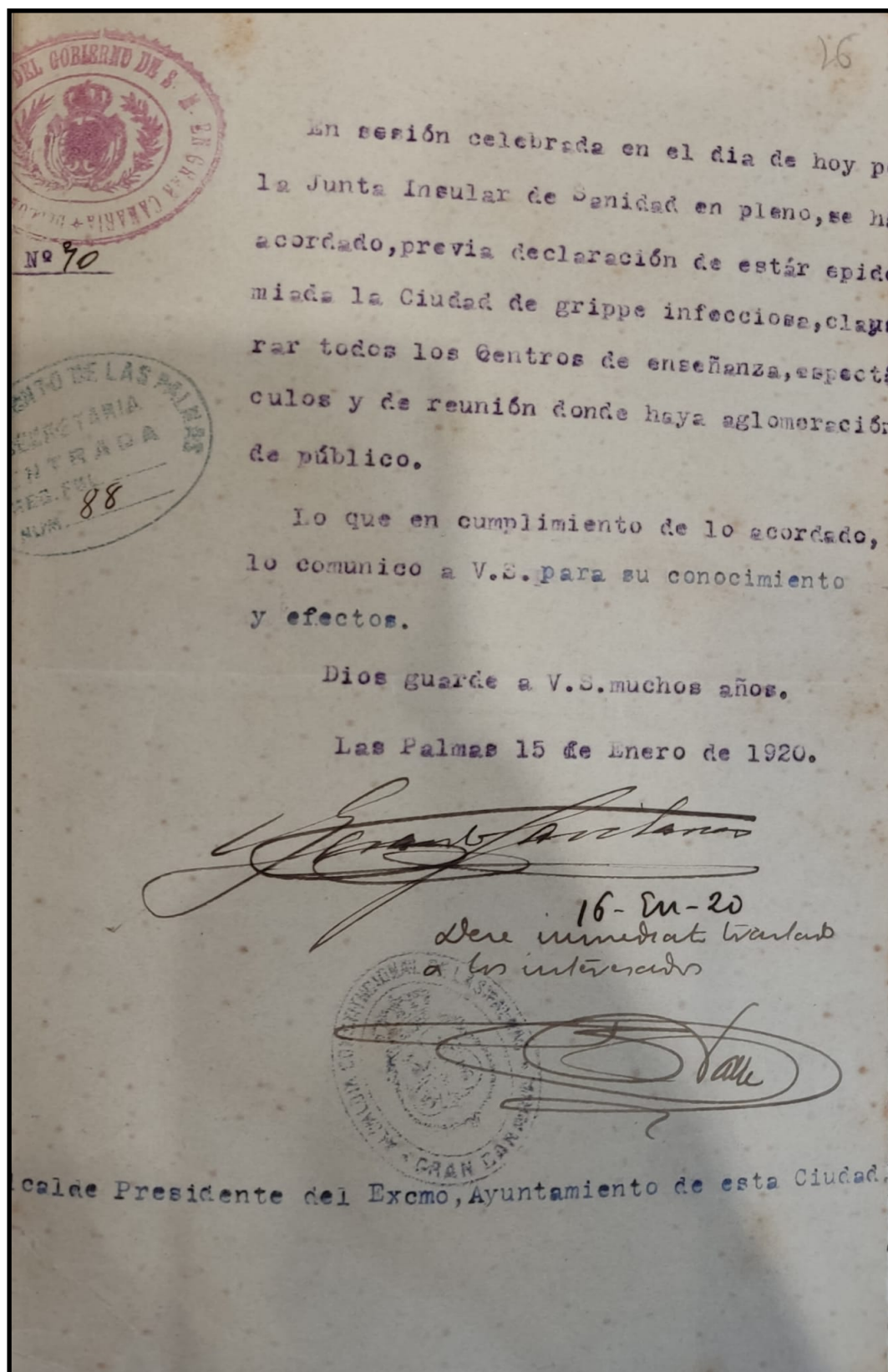
Se toman tres copitas al día de este licor y en caso de sentirse amagado por la gripe se aumenta la dosis.

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

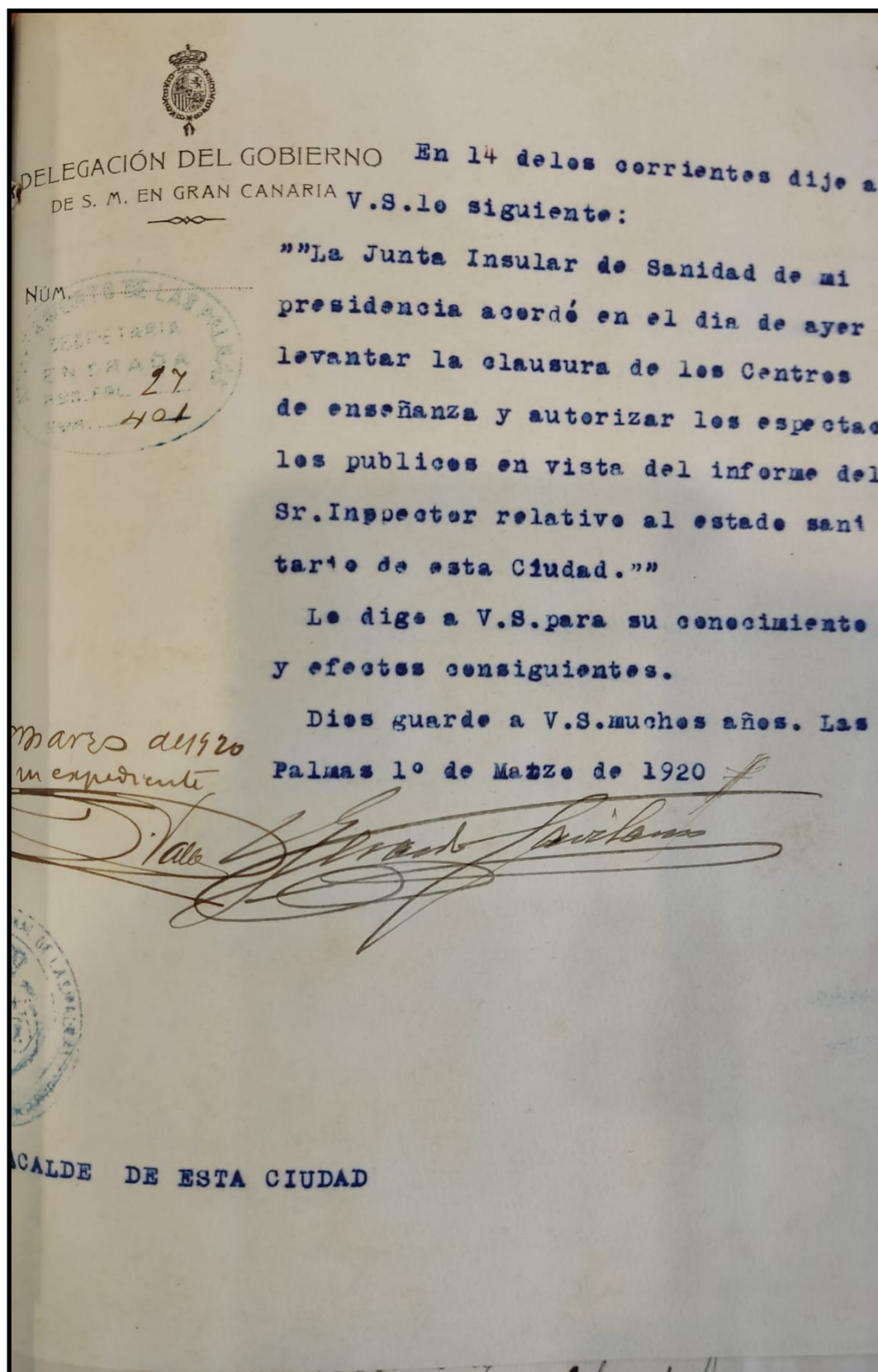
Publicación del 12 de diciembre de 1918 en el periódico tinerfeño “El Imparcial” sobre la recomendación de preparar una receta llamada “mojo canario” para combatir la gripe. **Fuente:** Archivo de prensa digital “Jable”.



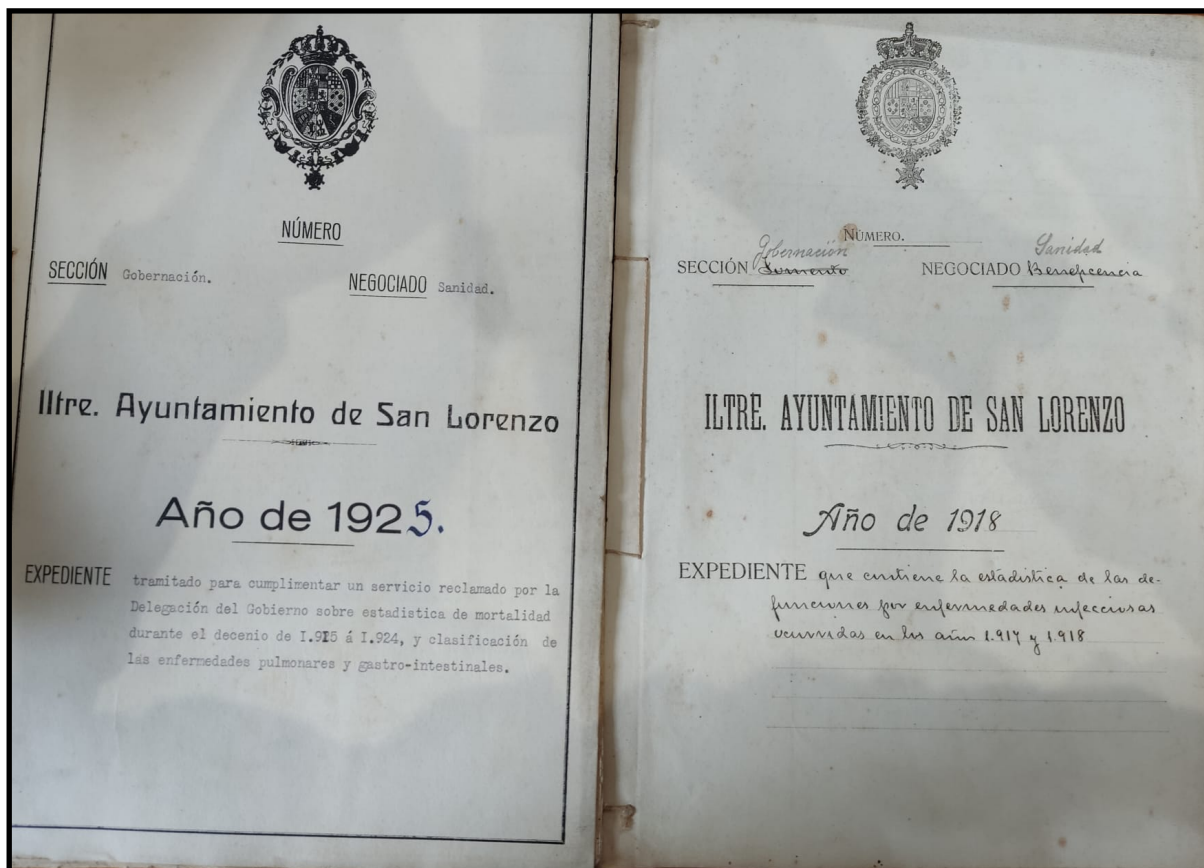
Expediente sobre el desarrollo de la epidemia gripal en Las Palmas en los meses de enero y febrero de 1920. Ayuntamiento de Las Palmas. **Fuente:** fotografía propia tomada en el *Archivo Histórico Provincial de Las Palmas "Joaquín Blanco"*.



Minuta del 15 de enero de 1920 en la que el alcalde de Las Palmas, Bernardino Valle García, comunica la orden de clausurar los centros de enseñanza, espectáculos y de reunión donde haya aglomeración de público. **Fuente:** fotografía propia tomada en el *Archivo Histórico Provincial de Las Palmas "Joaquín Blanco"*.



Minuta del 1 de marzo de 1920 en la que el alcalde de Las Palmas, Bernardino Valle García, comunica la orden de reabrir los centros de enseñanza y autorizar los espectáculos públicos luego de la mejoría de la situación sanitaria en la ciudad y después de casi 2 meses de limitaciones. **Fuente:** fotografía propia tomada en el Archivo Histórico Provincial de Las Palmas "Joaquín Blanco".



Expedientes contenedores de las estadísticas de mortalidad desde 1914 a 1924 en el término municipal de San Lorenzo. Ayuntamiento de San Lorenzo. **Fuente:** fotografía propia tomada en el *Archivo Histórico Provincial de Las Palmas* "Joaquín Blanco".



Vista del pueblo de San Mateo (Vega de San Mateo) en 1890. **Fuente:** Luis Ojeda Pérez (1847-1914).



Libro VIII de defunciones (1907-1929) de San Mateo que fue revisado. **Fuente:** fotografía propia tomada en el archivo parroquial de la Iglesia de San Mateo Apóstol (Vega de San Mateo).

ANEXO 2. DATOS ESTADÍSTICOS DISEMINADOS

Las Palmas de Gran Canaria

1914

San Lorenzo

Sexo: 40 varones y 46 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 32 años).

0-1 años: 32

2-5 años: 8

6-14 años: 2

15-24 años: 2

25-54 años: 13

55-64 años: 9

65 años o más: 20

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (17)

- Gastroenteritis: 13
- Úlcera gástrica: 2
- Enteritis crónica: 1
- Enterocolitis: 1

Enfermedades respiratorias (11)

- Bronconeumonía: 4
- Bronquitis capilar: 2
- Neumonía: 2
- Pleuroneumonía: 1
- Crup diftérico: 1
- Asfixia: 1

Atrepsia: 9

Enfermedades cardiacas (8)

- Miocarditis: 4
- Lesión Cardíaca: 2
- Afección cardíaca: 1
- Angina de pecho: 1

Cáncer: 6

Senectud: 6

Tuberculosis: 5

Hemorragia: 5

Tétanos: 4

Uremia: 3

Cólera infantil: 3

Cirrosis: 2

Meningitis: 2

Tifoidea: 1

Erisipela: 1

Carcinoma del útero: 1

Alcoholismo: 1

Reblandecimiento cerebral: 1

*La mayor parte de la mortalidad infantil fue ocasionada por gastroenteritis y atrepsia (21/32).

Total: 86.

1915

Vegueta

Sexo: 41 varones y 60 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 45 años).

0-1 años: 0

2-5 años: 1

6-14 años: 0

15-24 años: 10

25-54 años: 54

55-64 años: 14

65 años o más: 32

Causa de muerte:

Tuberculosis: 31

Enfermedades respiratorias (8)

- Neumonía: 3
- Coqueluche: 2
- Parálisis pulmonar: 1
- Congestión pulmonar: 1
- Pleuresía: 1

Peritonitis: 5

Cirrosis: 4

Cáncer: 4

Enfermedades cardiovasculares (4)

- Cardiopatía: 1
- Miocarditis: 1
- Endocarditis: 1
- Colapso cardíaco: 1

Hernia estrangulada: 4

Difteria: 4

Hemorragia: 3

Gangrena: 3

Anemia: 3

Alcoholismo: 2

Meningitis: 2

Traumatismos: 1

Diabetes: 1

Viruela: 1

Albuminuria: 1

Septicemia: 1

Oclusión intestinal: 1

Apoplejía cerebral: 1

Leptospirosis: 1

Reblandecimiento cerebral: 1

Congestión cerebral: 1

Embolia cerebral: 1

Uremia: 1

Tétano: 1

Fiebre tifoidea: 1

Estercoremia: 1

Vejez: 1

Nefritis: 1

Atrofia muscular: 1

Infección reumática crónica: 1

*5 causas de fallecimiento desconocidas.

Total: 101.

San Lorenzo

Sexo: 48 varones y 47 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 22 años).

0-1 años: 47

2-5 años: 8

6-14 años: 8

15-24 años: 3

25-54 años: 4

55-64 años: 5

65 años o más: 20

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (22)

- Gastroenteritis: 12
- Enterocolitis: 9
- Enteritis aguda: 1

Enfermedades respiratorias (18)

- Bronconeumonía: 5
- Bronquitis: 4
- Neumonía: 3
- Catarro infantil: 3
- Asfixia: 2
- Pulmonía: 1

Atrepsia: 9

Enfermedades cardíacas (6)

- Miocarditis: 3
- Asma cardíaca: 1
- Colapso cardíaco: 1
- Endocarditis: 1

Senectud: 6

Cólera infantil: 5

Hemorragia: 4

Tuberculosis: 4

Viruela: 3

Uremia: 2

Nefritis: 2

Fiebre tifoidea: 2

Tétanos: 1

Debilidad congénita: 1

Septicemia: 1

Peritonitis: 1

Ictericia grave: 1

Esplenohepatomegalia: 1

Quemaduras: 1

Mielitis crónica: 1

Carcinoma: 1

Angiosarcoma: 1

Meningitis: 1

Fiebre puerperal: 1

Cáncer: 1

* La mayor parte de la mortalidad infantil es ocasionada por enfermedades estomacales como la gastroenteritis y enterocolitis (17) o por atrepsia (9) o enfermedades respiratorias como la bronquitis, el catarro infantil o la bronconeumonía (9).

Total: 95.

1916

Vegueta

Sexo: 55 varones y 57 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 42 años).

0-1 años: 2

2-5 años: 2

6-14 años: 5

15-24 años: 16

25-54 años: 48

55-64 años: 10

65 años o más: 29

Causa de muerte:

Tuberculosis: 32

Enfermedades respiratorias (8)

- Neumonía: 3
- Edema pulmonar: 2
- Pulmonía: 1
- Pleuroneumonía: 1
- Embolia pulmonar: 1

Peritonitis: 8

Enfermedades cardiovasculares (7)

- Miocarditis: 4
- Colapso cardiaco: 2
- Cardiopatía: 1

Cáncer: 7

Hemorragia: 4

Arterioesclerosis: 3

Hepatitis: 3

Encefalitis crónica: 3

Diabetes: 2

Cirrosis: 2

Fiebre tifoidea: 2

Mielitis: 2

Meningitis: 2

Hernia estrangulada: 2

Vejez: 2

Colecistitis: 1

Enteritis crónica: 1

Meningitis: 1

Sarampión: 1

Fiebre puerperal: 1

Uremia: 1

Arterioesclerosis: 1

Insuficiencia renal: 1

Accidente cerebrovascular: 1

Tumor cerebral: 1

Atetosis congénita: 1

Osteítis del pie: 1

Meningoencefalitis: 1

Conmoción cerebral: 1

Gangrena: 1

Herida por arma de fuego: 1

Lepra: 1

Rotura uterina: 1

Eclampsia: 1

*4 causas de fallecimiento desconocidas.

Total: 112.

San Lorenzo:

Sexo: 57 varones y 70 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 21 años).

0-1 años: 59

2-5 años: 15

6-14 años: 5

15-24 años: 2

25-54 años: 11

55-64 años: 4

65 años o más: 31

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (30)

- Gastroenteritis: 21
- Enteritis: 5
- Enterocolitis: 3
- Úlcera de estómago: 1

Enfermedades respiratorias (24)

- Bronconeumonía: 15
- Neumonía: 6

- Bronquitis: 3

Enfermedades cardiacas (13)

- Miocarditis: 7
- Colapso cardiaco: 4
- Lesión cardiaca: 1
- Astenia cardiaca: 1

Viruela: 11

Atrepsia: 8

Tuberculosis: 7

Uremia: 6

Meningitis: 5

Hemorragia: 4

Sarampión: 3

Mielitis: 2

Tétano: 2

Nefritis: 2

Accidente: 2

Epilepsia: 1

Sarcoma del cuello: 1

Embolia cerebral: 1

Cólera infantil: 1

Erisipela: 1

Arterioesclerosis: 1

Raquitismo: 1

Fiebre tifoidea: 1

* La mayor parte de la mortalidad infantil es ocasionada por enfermedades estomacales (23) y respiratorias (12). También debió haber un brote importante de viruela que acabó con la vida de 8 infantes.

Total: 127.

1917

Vegueta

*A partir del mes de abril se incorporó un nuevo párroco que dejó de apuntar la causa de muerte.

Sexo: 32 varones y 53 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 46 años).

0-1 años: 0

2-5 años: 4

6-14 años: 4

15-24 años: 11

25-54 años: 34

55-64 años: 7

65 años o más: 24

Causa de muerte:

Vejez: 5

Tuberculosis: 4

Hemorragia: 1

Cáncer: 1

Cirrosis: 1

Peritonitis: 1

Úlcera: 1

Insuficiencia mitral: 1

Pleuritis purulenta: 1

Pulmonía: 1

Tumor de esófago: 1

Bronconeumonía: 1

Meningitis: 1

*64 causas de fallecimiento desconocidas.

Total: 84.

San Lorenzo

Sexo: 34 varones y 44 mujeres.

Edad:(edad media de muerte: 26 años).

0-1 años: 33

2-5 años: 8

6-14 años: 5

15-24 años: 5

25-54 años: 6

55-64 años: 4

65 años o más: 17

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (15)

- Gastroenteritis: 13

- Enterocolitis: 1
- Enteritis: 1

Enfermedades respiratorias (12)

- Neumonía: 6
- Bronconeumonía: 2
- Asfixia: 2
- Bronquitis: 1
- Crup: 1

Enfermedades cardíacas (8)

- Miocarditis: 6
- Colapso cardíaco: 2

Tuberculosis: 8

Atrepsia: 7

Hemorragia: 4

Meningitis: 4

Septicemia: 3

Cáncer: 2

Cólera infantil: 2

Nefritis: 2

Tétanos: 2

Uremia: 2

Mielitis: 1

Arterioesclerosis: 1

Espina bífida: 1

Mal de Pott: 1

Embolia cerebral: 1

Coma diabético: 1

Parálisis agitante: 1

* La mayor parte de la mortalidad infantil es ocasionada por enfermedades estomacales (14).

Total: 78.

1918

Sexo: 39 varones y 51 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 19 años).

0-1 años: 43

2-5 años: 13

6-14 años: 6

15-24 años: 2

25-54 años: 4

55-64 años: 6

65 años o más: 16

Causa de muerte:

Enfermedades respiratorias (35)

- Bronconeumonía: 18
- Coqueluche: 6
- Neumonía: 5
- Bronquitis: 5
- Pulmonía: 1

Enfermedades estomacales (16)

- Gastroenteritis: 7
- Enterocolitis: 5
- Enteritis: 4

Enfermedades cardíacas (10)

- Miocarditis: 6
- Colapso cardíaco: 2
- Angina de pecho: 1
- Afección cardíaca: 1

Atrepsia: 5

Nefritis: 4

Peritonitis: 2

Septicemia: 2

Meningitis: 2

Cirrosis: 2

Tétano: 2

Tuberculosis: 1

Ascitis: 1

Espina bífida: 1

Arterioesclerosis: 1

Carcinoma del cuello: 1

Sarcoma: 1

Uremia: 1

Debilidad congénita: 1

Accidente: 1

Insuficiencia: 1

*Primer año en el que las enfermedades respiratorias (35) superan a las estomacales (16) en muerte, además por amplia diferencia.

*Aún no se habla de “gripe” en las actas de defunciones, pero la bronconeumonía y la bronquitis son signos o, más bien, complicaciones de la “gripe española”.

*La mayoría de fallecidos por enfermedades respiratorias son infantes menores de 1 año, niños de entre 2 y 6 años o adultos mayores de más de 62 años.

*El número de afectados por enfermedades respiratorias es prácticamente el mismo en mujeres (18) que en hombres (17).

Total: 90.

1919

Sexo: 41 varones y 43 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 26 años).

0-1 años: 29

2-5 años: 9

6-14 años: 5

15-24 años: 5

25-54 años: 7

55-64 años: 7

65 años o más: 22

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (22)

- Gastroenteritis: 11
- Enterocolitis: 7
- Enteritis: 3
- Parálisis intestinal: 1

Enfermedades cardíacas (12)

- Miocarditis: 8
- Colapso cardíaco: 3
- Endocarditis: 1

Enfermedades respiratorias (11)

- Neumonía: 3
- Bronconeumonía: 2
- Bronconeumonía gripal: 3

- Bronquitis: 1
- Crup: 2

Meningitis: 5

Uremia: 4

Nefritis: 4

Atrepsia: 3

Tuberculosis: 3

Cólera infantil: 2

Fiebre tifoidea: 2

Raquitismo: 2

Erisipela: 1

Embolia cerebral: 1

Arterioesclerosis: 1

Mielitis: 1

Ascitis: 1

Hemorragia: 1

Falta de desarrollo: 1

Disentería: 1

Cáncer: 1

Hidropesía: 1

Vejez: 1

Peritonitis: 1

Septicemia: 1

*En este año se comenzó a establecer como consecuencia de muerte la “bronconeumonía gripal”, aunque la incidencia en la mortalidad de las afecciones respiratorias fueron bastante más bajas que las del año anterior.

*Dos individuos (1 varón de 25 años y otro de 1 mes) fallecidos por bronconeumonía gripal compartían el primer apellido y fallecieron con unos pocos días de diferencia, lo que nos hace pensar que se trate de un padre y su hijo, fallecidos como consecuencia del contagio por gripe.

*Fallecieron por causas respiratorias 6 varones y 5 mujeres, con una edad más intermedia que el año anterior: 1m, 3m, 4, 7, 7, 18, 24, 25, 36, 60 y 63 años. La enfermedad ha comenzado a afectar también al grupo que se presupone con mejor sistema inmunitario: adultos de entre 18-60 años.

Total: 84.

1920

Sexo: 68 varones y 82 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 25 años)

0-1 años: 47

2-5 años: 18

6-14 años: 8

15-24 años: 9

25-54 años: 31

55-64 años: 0

65 años o más: 37

Causa de muerte:

Enfermedades respiratorias (39)

- Bronconeumonía: 18
- Bronconeumonía gripal: 15
- Neumonía: 3
- Congestión pulmonar: 1
- Congestión pulmonar: 1
- Crup: 1

Enfermedades estomacales (27)

- Gastroenteritis: 12
- Enterocolitis: 8
- Enteritis: 6
- Infección gastrointestinal: 1

Enfermedades cardíacas (14)

- Miocarditis: 7
- Colapso cardíaco: 2
- Lesión cardíaca: 2
- Afección cardíaca: 1
- Síncope cardíaco: 1
- Endocarditis: 1

Atrepsia: 9

Nefritis: 8

Arterioesclerosis: 8

Meningitis: 7

Hemorragia: 5

Falta de desarrollo: 4

Tuberculosis: 4

Raquitismo: 3

Noma: 3

Uremia: 3

Anemia: 2

Tétano: 2

Peritonitis: 2

Pelagra: 1

Diabetes: 1

Cirrosis: 1

Sarampión: 1

Difteria: 1

Caquexia cancerosa: 1

Eclampsia: 1

Insuficiencia mitral: 1

Fiebre tifoidea: 1

Púrpura hemorrágica: 1

*La mayoría de muertes por enfermedades respiratorias se produjeron entre enero y abril —especialmente en enero y febrero—, con algunos otros pocos casos aislados en agosto y octubre.

*Las muertes por enfermedades respiratorias, a diferencia del año anterior, superaron a los fallecimientos por enfermedades estomacales (+12). Hubo incluso más defunciones por gripe que por gastroenteritis, algo que hasta ahora no había sucedido.

*Fallecieron 21 varones y 18 mujeres por complicaciones respiratorias.

*Las edades de los fallecidos por enfermedades respiratorias fueron las siguientes: 13d, 6m, 6m, 1, 1, 1, 1, 1, 22m, 2, 2, 5, 5, 6, 6, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 28, 29, 29, 30, 30, 30, 32, 37, 37, 40, 42, 45, 46, 48, 54 y 87.

La mayoría de fallecidos son adultos de entre 18-60 años (17), el grupo más afectado por la epidemia gripal. 11 son jóvenes de entre 2 y 17 años, 9 son infantes (1 año o menos) y tan solo un adulto mayor de 87 años.

*Una mujer de 46 años y un varón de 17 años, ambos fallecidos por gripe y por una diferencia de días, comparten apellido y zona residencial. Podría tratarse de una madre y su hijo. Lo mismo ocurre en el caso de una mujer y un varón, ambos de 37 años, que tienen los mismos apellidos, pudiendo ser hermanos que fallecieron por gripe. También se da un caso similar entre una mujer de 30 años y otra de 18 años que comparten el mismo apellido, ambas fallecidas por gripe. Con respecto a la primera, hay un varón de 12 años que pudiera ser su hijo, al compartir apellido materno y misma residencia. Todo esto evidencia la facilidad del contagio entre familiares y otros contactos estrechos.

*Caso llamativo de 3 hermanos (trillizos) que fallecieron por falta de desarrollo con 3 días (2) y 4 días (1).

Total: 150.

1921

Sexo: 42 varones y 57 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 23 años).

0-1 años: 38

2-5 años: 12

6-14 años: 3

15-24 años: 5

25-54 años: 14

55-64 años: 6

65 años o más: 21

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (20)

- Gastroenteritis: 9
- Enterocolitis: 8
- Enteritis: 3

Enfermedades respiratorias (14)

- Neumonía: 6
- Bronconeumonía: 3
- Bronconeumonía gripal: 1
- Congestión pulmonar: 1
- Edema pulmonar: 1
- Asfixia: 1
- Bronquitis: 1

Meningitis: 10

Atrepsia: 7

Enfermedades cardíacas (6)

- Miocarditis: 4
- Lesión cardíaca: 1
- Colapso cardíaco: 1

Raquitismo: 5

Tuberculosis: 4

Vejez: 4

Arterioesclerosis: 4

Tétano: 3

Hemorragia: 3

Sarampión: 2

Falta de desarrollo: 2

Parálisis general: 1

Embolia cerebral: 1

Eclampsia: 1

Peritonitis: 1

Difteria: 1

Fiebre tifoidea: 1

Accidente: 1

Cirrosis: 1

Epitelioma canceroso: 1

Debilidad congénita: 1

Nefritis: 1

Insuficiencia mitral: 1

Septicemia: 1

Fiebre puerperal: 1

Cólera infantil: 1

* La mayor parte de la mortalidad infantil volvió a ser ocasionada, luego de algunos años, por enfermedades gastrointestinales (12). La meningitis, que experimentó un brote sin precedentes en los últimos años, se cobró la vida de 5 infantes.

Total: 99.

1922

Sexo: 39 varones y 46 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 26 años).

0-1 años: 34

2-5 años: 6

6-14 años: 2

15-24 años: 4

25-54 años: 13

55-64 años: 6

65 años o más: 20

Causa de muerte:

Enfermedad estomacal (18)

- Gastroenteritis: 12
- Enteritis: 3
- Enterocolitis: 2

- Infección intestinal: 1

Enfermedad cardíaca (13)

- Miocarditis: 8
- Colapso cardíaco: 3
- Angina de pecho: 2

Enfermedad respiratoria (13)

- Bronconeumonía: 5
- Bronquitis: 3
- Coqueluche: 1
- Gripe: 1
- Tos ferina: 1
- Pulmonía: 1
- Crup: 1

Tuberculosis: 10

Raquitismo: 6

Atrepsia: 5

Meningitis: 3

Peritonitis: 3

Falta de desarrollo: 2

Arterioesclerosis: 2

Erisipela: 2

Encefalitis: 1

Reblandecimiento cerebral: 1

Enfermedad de Addison: 1

Coma diabético: 1

Anemia: 1

Cáncer: 1

Septicemia: 1

Hemorragia: 1

*La mortalidad infantil es debida fundamentalmente a enfermedades estomacales (15), aunque también los problemas respiratorios son importantes en esta tasa (7).

*Primera vez que aparece alguien que ha fallecido exclusivamente por “gripe”.

Total: 85.

1923

Sexo: 40 varones y 46 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 20 años).

0-1 años: 39

2-5 años: 9

6-14 años: 2

15-24 años: 5

25-54 años: 8

55-64 años: 9

65 años o más: 14

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (21)

- Gastroenteritis: 10
- Enterocolitis: 9
- Infección intestinal: 1
- Enteritis: 1

Enfermedades respiratorias (14)

- Bronquitis: 4
- Bronconeumonía: 3
- Neumonía: 2
- Pleuresía purulenta: 2
- Infección gripal: 1
- Pleuroneumonía: 1
- Pleuritis: 1

Tuberculosis: 8

Meningitis: 6

Enfermedades cardíacas (5)

- Miocarditis: 2
- Síncope cardíaco: 1
- Bradicardia: 1
- Insuficiencia cardíaca: 1

Cáncer: 4

Raquitismo: 4

Atrepsia: 4

Falta de desarrollo: 3

Toxemia: 2

Hemorragia: 2

Tétano: 2

Epitelioma: 1

Artritis: 1

Ictericia: 1

Fiebre puerperal: 1

Carcinoma hepático: 1

Mielitis: 1

Septicemia: 1

Acetonemia: 1

Noma: 1

Anemia: 1

Vejez: 1

* La mayoría de las enfermedades que son causas de mortalidad infantil son las relacionadas con enfermedades estomacales (13) y respiratorias (7).

Total: 86.

1924

Sexo: 59 varones y 69 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 16 años).

0-1 años: 64

2-5 años: 20

6-14 años: 1

15-24 años: 6

25-54 años: 14

55-64 años: 6

65 años o más: 17

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (43)

- Enterocolitis: 17
- Enteritis: 8
- Gastroenteritis: 18

Enfermedades respiratorias (14)

- Bronconeumonía: 7
- Neumonía: 2
- Bronquitis: 1

- Coqueluche: 1
- Edema pulmonar: 1
- Pleuresía: 1
- Infección gripal: 1

Tuberculosis: 12

Tétano: 7

Meningitis: 6

Miocarditis: 6

Atrepsia: 6

Septicemia: 5

Arterioesclerosis: 3

Hemorragia: 3

Eclampsia: 2

Raquitismo: 2

Sarampión: 2

Difteria: 2

Falta de desarrollo: 2

Cirrosis: 1

Gangrena: 1

Vejez: 1

Nefritis: 1

Sífilis: 1

Tumor cerebral: 1

Coma diabético: 1

Reblandecimiento cerebral: 1

Cáncer: 1

Cólera infantil: 1

Anemia: 1

Micropsia: 1

Parálisis infantil: 1

La mayor parte de la mortalidad infantil es ocasionada, una vez más, por enfermedades estomacales (29).

Total: 128.

Vega de San Mateo

*En muchos meses encontramos muertes referidas como “a consecuencia de ignorada enfermedad” o “sin asistencia facultativa”, esta última especialmente en el caso de menores de 10 años. Este tipo de referencias las encontramos de manera continua —en el mismo mes o por algunos meses de

manera consecutiva—, lo que nos hace pensar que la Vega de San Mateo no contaba con un médico fijo que pudiese certificar las muertes, sino que la presencia de facultativos era esporádica o de manera temporal.

*Las defunciones se caracterizaban por una gran mortalidad infantil —menores de un año—, de infantes —entre 2 y 7 años— y de adultos mayores —más de 60 años—. Lo que corrobora lo que unas décadas antes el doctor Federico León, médico de San Mateo durante años, había dicho acerca de la mortalidad en la Vega, y es que la población gozaba, en general, de una buena salud, lo que les permitía vivir hasta edades muy avanzadas con respecto a los habitantes de la ciudad, pero, sin embargo, también morían muchísimos párvulos, especialmente a los pocos meses de nacer, por la mala alimentación que recibían por parte de sus padres.

*La escasísima incidencia de la “gripe española” en Vega de San Mateo se debe al más que probable aislamiento y lejanía del área con los focos de contagio de la urbe y es que, con casi total probabilidad, los pocos casos que se dieron en la zona fueron en trabajadores temporales de la ciudad que regresaban a casa, en locales que habían emigrado a Cuba para trabajar por unos meses y estaban de regreso o en turistas o habitantes de la ciudad que venían a pasar una temporada en el campo e importaron la gripe a esta zona del interior de la isla.

*Muchos infantes que morían a las horas o escasos días de haber nacido eran registrados en el libro de defunciones sin nombre, lo que nos invita a pensar en que la muerte del recién nacido estaba “normalizada”.

*Los únicos excesos de mortalidad —más de 70 fallecidos en el año— en la Vega de San Mateo se produjeron en 1915, coincidiendo con el primer año desde el comienzo de la I Guerra Mundial, y en 1918 —año de mayor mortalidad en la década 1914-1924—, cuando finalizó la Gran Guerra y estalló la pandemia de gripe.

1914

Sexo: 33 varones y 34 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 21 años).

0-1 años: 26

2-5 años: 18

6-14 años: 3

15-24 años: 1

25-54 años: 5

55-64 años: 3

65 años o más: 11

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (13)

Enteritis: 7

Enterocolitis: 3

Gastroenteritis: 3

Enfermedades respiratorias (12)

- Coqueluche: 5
- Crup: 3
- Bronquitis: 2
- Bronconeumonía: 1
- Tos ferina: 1

Meningitis: 11

Debilidad senil: 9

Tuberculosis: 4

Carcinosis: 3

Fiebre tifoidea: 2

Miocarditis: 2

Difteria: 2

Debilidad congénita: 2

Neoplasia: 1

Neoplasia: 1

Cirrosis: 1

Peritonitis: 1

Paludismo: 1

*2 causas de fallecimiento desconocidas.

*La principal causa de mortalidad infantil en este año fueron las enfermedades estomacales (8), seguida por la meningitis (6).

Total: 67.

1915

Sexo: 40 varones y 43 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 25 años).

0-1 años: 26

2-5 años: 24

6-14 años: 0

15-24 años: 3

25-54 años: 8

55-64 años: 2

65 años o más: 20

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (14)

- Enteritis: 7
- Enterocolitis: 6
- Gastroenteritis: 1

Debilidad senil: 11

Sarampión: 8

Debilidad congénita: 7

Meningitis: 6

Enfermedades respiratorias (5)

- Gripe: 2
- Neumonía: 2
- Pulmonía: 1

Enfermedades cardiacas (4)

- Miocarditis: 3
- Lesión cardiaca: 1

Fiebre tifoidea: 3

Hemorragia: 2

Tuberculosis: 2

Infección puerperal: 1

Falta de desarrollo: 1

Carcinosis: 1

Tifus: 1

Peritonitis: 1

Ataque cerebral: 1

Difteria: 1

Septicemia: 1

Cáncer: 1

*12 causas de fallecimiento desconocidas.

*La mayor parte de la mortalidad infantil está producida por enfermedades estomacales (11) y debilidad congénita (7).

Total: 83.

1916

Sexo: 34 varones y 26 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 24 años).

0-1 años: 22

2-5 años: 13

6-14 años: 0

15-24 años: 4

25-54 años: 6

55-64 años: 1

65 años o más: 14

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (11)

- Enteritis: 5
- Enterocolitis: 4
- Gastroenteritis: 2

Enfermedades respiratorias (9)

- Bronconeumonía: 2
- Pulmonía: 2
- Tos ferina: 2
- Bronquitis: 1
- Crup: 1
- Coqueluche: 1

Debilidad senil: 6

Tuberculosis: 5

Meningitis: 5

Sarampión: 4

Tétano: 2

Viruela: 2

Fiebre tifoidea: 2

Cólera infantil: 2

Enfermedades cardíacas (2)

- Miocarditis: 1
- Lesión cardíaca: 1

Falta de desarrollo: 1

Gangrena: 1

Apoplejía: 1

Carcinosis: 1

Septicemia: 1

Difteria: 1

Peritonitis: 1

Tifus: 1

Hemorragia: 1

Nefritis: 1

Total: 60.

1917

Sexo: 27 varones y 25 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 26 años).

0-1 años: 22

2-5 años: 8

6-14 años: 2

15-24 años: 2

25-54 años: 3

55-64 años: 1

65 años o más: 14

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (9)

- Enteritis: 5
- Enterocolitis: 3
- Gastroenteritis: 1

Enfermedades respiratorias (7)

- Bronconeumonía: 2
- Coqueluche: 2
- Neumonía: 1
- Bronquitis: 1
- Tos ferina: 1

Debilidad senil: 7

Meningitis: 6

Sarampión: 5

Debilidad congénita: 4

Tuberculosis: 3

Difteria: 2

Tétano: 2

Carcinosis: 1

Cirrosis: 1

Miocarditis: 1

Fiebre tifoidea: 1

Tumor: 1

Fiebre puerperal: 1

Hemorragia: 1

Total: 52.

1918

Sexo: 36 varones y 36 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 26 años).

0-1 años: 30

2-5 años: 11

6-14 años: 1

15-24 años: 5

25-54 años: 3

55-64 años: 4

65 años o más: 18

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (17)

- Enteritis: 7
- Enterocolitis: 5
- Gastroenteritis: 5

Enfermedades respiratorias (14)

- Bronconeumonía: 4
- Neumonía: 3
- Pulmonía: 2
- Crup: 2
- Bronquitis: 1
- Tos ferina: 1
- Coqueluche: 1

Debilidad senil: 6

Tuberculosis: 4

Cólera infantil: 4

Meningitis: 4

Sarampión: 3

Enfermedades cardiacas (3)

- Afección cardíaca: 2

- Miocarditis: 1

Difteria: 2

Nefritis: 1

Debilidad congénita: 1

Apendicitis: 1

Hemorragia: 1

Vejez: 1

Tétano: 1

Viruela: 1

* 7 causas de fallecimiento desconocidas

*Las muertes se incrementaron notablemente y las causas por enfermedades respiratorias se duplicaron, alcanzando su máxima incidencia en los meses de octubre y noviembre, coincidiendo con la llegada de la epidemia gripal a la isla.

*Aún no se certifica ninguna muerte por “gripe” o consecuencia “gripal”.

Total: 72.

1919

Sexo: 23 varones y 31 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 32 años).

0-1 años: 14

2-5 años: 6

6-14 años: 3

15-24 años: 4

25-54 años: 7

55-64 años: 1

65 años o más: 16

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (9)

- Enterocolitis: 6
- Gastroenteritis: 3
- Enteritis: 1

Enfermedades respiratorias (8)

- Bronconeumonía: 2
- Bronconeumonía gripal: 2
- Neumonía: 1
- Pulmonía: 1

- Afección pulmonar: 1
- Bronquitis: 1

Meningitis: 5

Enfermedades cardíacas (4)

- Miocarditis: 3
- Afección cardíaca: 1

Debilidad senil: 4

Tuberculosis: 4

Cólera infantil: 3

Cáncer: 2

Viruela: 2

Fiebre tifoidea: 1

Gangrena: 1

Hemorragia: 1

Apendicitis: 1

De un tiro: 1

*5 causas de fallecimiento desconocidas.

*Primera vez en la que se producen muertes —certificadas— relacionadas con la gripe. Esto es visible en el grupo de edad 25-54, los más afectados por la epidemia. Probablemente se correspondan con trabajadores de la ciudad o emigrantes canarios recién llegados de, por ejemplo, Cuba, tras haber trabajado fuera de manera temporal. Los afectados en este grupo de edad son 4 varones y 3 mujeres.

*Por primera vez en los últimos años, las muertes en individuos de 60 años o más superan las de los infantes —menores de 1 año—.

Total: 51.

1920

Sexo: 23 varones y 38 mujeres .

Edad: (edad media de muerte: 33 años).

0-1 años: 20

2-5 años: 5

6-14 años: 1

15-24 años: 2

25-54 años: 13

55-64 años: 5

65 años o más: 15

Causa de muerte:

Enfermedades respiratorias (18)

- Gripe: 5
- Bronconeumonía gripal: 4
- Bronconeumonía: 2
- Neumonía: 2
- Pulmonía: 2
- Tos ferina: 1
- Crup: 1
- Coqueluche: 1

Enfermedades estomacales (8)

- Enterocolitis: 4
- Gastroenteritis: 3
- Enteritis: 1

Meningitis: 5

Debilidad senil: 5

Debilidad congénita: 5

Enfermedades cardíacas (3)

- Afección cardíaca: 1
- Colapso cardíaco: 1
- Miocarditis: 1

Nefritis: 2

Tuberculosis: 2

Fiebre tifoidea: 2

Vejez: 1

Sarampión: 1

Viruela: 1

Hemorragia: 1

Falta de desarrollo: 1

Eclampsia: 1

Fiebre puerperal: 1

Difteria: 1

*3 causas de fallecimiento desconocidas.

*Alto incremento de las muertes en el grupo de edad de 25-54 años —grupo con mayor impacto en contagio y defunciones por la pandemia de gripe—.

*Se comienzan a registrar defunciones por “gripe” como causa directa.

*Las muertes por enfermedades respiratorias superan por primera vez a los fallecimientos por consecuencias estomacales.

*Las defunciones por enfermedades respiratorias duplicaban a las del año anterior.

Total: 61.

1921

Sexo: 29 varones y 25 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 31 años).

0-1 años: 22

2-5 años: 2

6-14 años: 4

15-24 años: 3

25-54 años: 4

55-64 años: 2

65 años o más: 17

Causa de muerte:

“Ignorada enfermedad”: 12

Cólera infantil: 7

Debilidad senil: 6

Enfermedades estomacales (5)

- Enteritis: 4
- Enterocolitis: 1

Meningitis: 4

Tuberculosis: 3

Enfermedades respiratorias (2)

- Bronquitis: 1
- Pulmonía: 1

Tifus: 2

Debilidad congénita: 1

Gangrena: 1

Apoplejía: 1

Caída violenta: 1

Apendicitis: 1

Vejez: 1

Falta de desarrollo: 1

Hematomas: 1

Ataque al corazón: 1

Afección cardíaca: 1

Debilidad vital: 1

Cáncer: 1

Total: 54.

1922

Sexo: 20 varones y 24 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 19 años).

0-1 años: 19

2-5 años: 5

6-14 años: 6

15-24 años: 2

25-54 años: 5

55-64 años: 1

65 años o más: 6

Causa de muerte:

“Ignorada enfermedad”: 8

Tuberculosis: 7

Enfermedades estomacales (6)

- Gastroenteritis: 3
- Enteritis: 2
- Enterocolitis: 1

Meningitis: 6

Debilidad senil: 4

Debilidad congénita: 3

Cólera infantil: 3

“Sin asistencia facultativa”: 2

Neumonía: 1

Cáncer: 1

Apendicitis: 1

Difteria: 1

Afección cardíaca: 1

Total: 44.

1923

Sexo: 28 varones y 38 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 22 años).

0-1 años: 36

2-5 años: 8

6-14 años: 1

15-24 años: 1

25-54 años: 5

55-64 años: 0

65 años o más: 15

Causa de muerte:

Enfermedades estomacales (14)

- Gastroenteritis: 5
- Enteritis: 5
- Enterocolitis: 4

Enfermedades respiratorias (12)

- Bronconeumonía: 5
- Tos ferina: 4
- Neumonía: 1
- Pleuresía: 1
- Afección pulmonar: 1

Debilidad senil: 8

Meningitis: 6

“Ignorada enfermedad”: 5

Cólera infantil: 5

Debilidad congénita: 4

Cáncer: 3

Afección cardíaca: 2

Tuberculosis: 2

Difteria: 1

Peritonitis: 1

Fiebre tifoidea: 1

Hemofilia: 1

Falta de desarrollo: 1

Total: 66.

1924

Sexo: 20 varones y 28 mujeres.

Edad: (edad media de muerte: 34 años).

0-1 años: 14

2-5 años: 5

6-14 años: 0

15-24 años: 5

25-54 años: 6

55-64 años: 5

65 años o más: 13

Causa de muerte:

“Ignorada enfermedad”: 9

Enfermedades respiratorias (6)

- Bronconeumonía: 2
- Afección pulmonar: 1
- Angina de pecho: 1
- Neumonía: 1
- Gripe: 1

Tuberculosis: 5

Enfermedades estomacales (4)

- Enteritis: 3
- Gastroenteritis: 1

Meningitis: 4

Debilidad congénita: 3

Debilidad senil: 2

Vejez: 2

Tumor: 2

Enfermedades cardíacas (2)

- Miocarditis: 1
- Afección cardíaca: 1

Fiebre puerperal: 1

Hemorragia: 1

Peritonitis: 1

Apendicitis: 1

Tétano: 1

Septicemia: 1

Cólera infantil: 1

Nefritis: 1

Total: 48.

