

ADRIÁN HUGO AGINAGALDE, DIRECTOR DEL OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE CANTABRIA

## “El rastreo puede disminuir la segunda ola, pero es difícil que la pare”

En los últimos meses se ha incidido en la importancia de los rastreadores como herramienta para frenar la pandemia. Hablamos con este médico e investigador de epidemiología histórica sobre los recursos con los que cuentan estas personas y la dificultad de su trabajo.

Sergio Ferrer

11/8/2020 09:00 CEST



Adrián Hugo Aginagalde. / Foto cedida por el entrevistado

A mediados de marzo, el director ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Michael Ryan, analizó el fracaso europeo a la hora de contener el SARS-CoV-2 en un contexto en el que todas las miradas estaban puestas en los test. “Lo difícil es, cuando detectas un caso, tener la capacidad de identificar los contactos, seguirlos y ponerlos en **cuarentena**. Entonces necesitas una respuesta sanitaria mucho más grande, que va por detrás de las pruebas”, aseguró entonces.

Es ahí donde España, como muchos otros países, falló. El médico y director

del Observatorio de Salud Pública de Cantabria, **Adrián Hugo Aginagalde** (San Sebastián, 1989), es una de las personas que intenta que esto no vuelva a pasar. Para ello, cuenta con una herramienta denominada 'rastreo', cuyo objetivo es cortar las cadenas de transmisión antes de que se produzcan, mediante la detección de casos y el seguimiento de sus contactos estrechos que hayan podido infectarse.

SINC habla con este investigador en epidemiología histórica horas antes de que se anuncie el confinamiento de Aranda del Duero y que Euskadi [asuma que la segunda ola de COVID-19 ha llegado](#).

---

“Llevábamos tiempo avisando de que se necesitaban rastreadores. Los epidemiólogos lo teníamos claro porque sabíamos que con los efectivos actuales era imposible”

**En España traducimos las “tres t” (test, seguimiento y rastreo, del inglés *test, track, trace*) que pidió la OMS como “test, test, test”. ¿Nos olvidamos de las otras dos?**

Reconozcamos que llevábamos tiempo avisando de que se necesitaban rastreadores. Los epidemiólogos lo teníamos claro porque sabíamos que con los efectivos actuales era imposible. Por eso muchas consejerías han apostado por reforzar con todo lo que han podido y abrir bolsas de trabajo.

**Pero no ha sido suficiente.**

Hay menos de un epidemiólogo por 100 000 habitantes en España. Somos muy pocos y estamos en la Administración, no en los servicios de salud. No tenemos un sistema de guardias y producimos una enorme cantidad de datos para vigilancia, además de actuaciones de prevención y control. Nos falta tiempo material y queremos seguir haciendo todo eso además de una actividad de rastreo que consume una enorme cantidad de esfuerzo.

La gente no me cree, pero la mayoría de comunidades autónomas tienen menos epidemiólogos que el personal que pueda tener un centro de salud

aleatorio. Imagina tener a cinco personas produciendo todos los datos y, al mismo tiempo, ocupándose de aislamientos y rastreo. Ese es el motivo de que en la primera ola pandémica no se pudiera hacer el rastreo bien. No había recursos materiales para hacerlo.

### **¿Y ahora?**

Ahora siguen sin ser suficientes y, además, tenemos un incremento en la carga de trabajo porque se solicita información que no sabemos ni para qué. La vigilancia está devorando a la prevención y el control y eso es un problema.

### **¿Cuántos rastreadores necesitamos?**

Lo ideal es tener un rastreador por cada 20.000 habitantes y es aconsejable acercarse a uno por cada 5.000, pero depende del número de casos que tenga cada comunidad autónoma. Por eso en mi opinión hay que calcularlo por casos y no tanto por habitante. Asturias tiene un número bajo [de casos] y, por lo tanto, no necesita tantos [rastreadores]. Aun así todos se han visto finalmente superados por las circunstancias y han tenido que reforzar.

---

“Lo ideal es tener un rastreador por cada 20.000 habitantes y es aconsejable acercarse a uno por cada 5.000, pero depende del número de casos que tenga cada comunidad autónoma”

### **¿Qué carga de trabajo supone el rastreo?**

Es una persona por caso y cada uno supone una media de 14 horas. Se puede bajar si se disminuye el seguimiento y se integra en la actividad asistencial, pero es difícil que sean menos de seis horas. Y eso con tres contactos. Si son veinte, ya no es una persona por caso y tienes a alguien más bloqueado todo el día.

### **¿Sobrevaloramos la importancia del rastreador en nuestro sistema de salud, tan centrado en la atención primaria?**

Es verdad que tenemos un modelo ejemplar de atención primaria a nivel de la UE y la OCDE, pero no le carguemos lo que no tiene capacidad para hacer porque ningún país lo está haciendo. Hemos confiado en exceso en que el rastreo pudiera ser asumido por los servicios de salud de forma plena y no es factible, por mucho que puedan servir de refuerzo. Nos hemos hecho trampas, una cosa es que nuestro sistema sanitario permita delegar un pequeño porcentaje [del seguimiento] y otra romper las reglas del juego. Tiene que haber un mínimo de rastreadores por habitante, con dedicación exclusiva medida en jornadas laborales.

### **¿Hasta qué punto pueden ayudar los servicios de salud?**

La mayor parte de los casos no afloran en atención primaria por sintomatología, sino como asintomáticos dentro de las actividades de rastreo. Si detectas la mayor parte de los casos en atención primaria tienes un problema.

Los estudios de contactos son actividades que corresponden a salud pública, no a atención primaria. Está en la ley. Otra cosa es que realicen parte, pero los médicos no pueden mirar todos los contactos laborales y sociales, ni solicitar un listado de clientes de un establecimiento. Como mucho preguntan con quién ha estado [el paciente] y con quién vive. Por eso salen cifras de tres contactos, cuando lo normal es tener cifras elevadísimas de hasta veinte.

Además, si vuelcan la información en la historia clínica digital y no en una aplicación creada adrede no se conectan los contactos y se termina duplicando trabajo.

### **¿Cómo puede resistir un sistema de rastreo conforme aumentan los casos y los contactos?**

El modelo de rastreo centralizado se bloquea rápidamente porque no tiene una red en la que apoyarse. La salud pública nunca puede hacerlo todo. Los modelos descentralizados funcionan mejor. Ningún ámbito puede asumir en exclusiva todo el rastreo, pero si juntas salud pública, local y autonómica tus posibilidades de éxito aumentan. También debe ser cooperativo porque en un brote las fronteras se desdibujan y siempre surgen situaciones no

contempladas: empieza en un hospital, pasa a un domicilio y de ahí a un centro sociosanitario. O los diferentes ámbitos colaboran o el rastreo es imposible.

---

“El modelo de Madrid es descentralizado, pero no está bien conectado y no tienen una herramienta que una los casos y los contactos. Más allá de los efectivos que necesiten, tienen una situación muy difícil”

### **¿Cómo lograr un sistema robusto sin sobredimensionarlo?**

El modelo debe tener una escala. A medida que se incrementan los casos, se tienen que aumentar los efectivos. Debe ser flexible para poder asumir cribados puntuales ante situaciones de riesgo cuando sea preciso. Una opción es el modelo cooperativo. También contar con personal que se pueda incorporar con facilidad, pero esto no es fácil. Hay que formarles, pagarles, contratarles, buscarles un sitio y darles acceso a los sistemas. Deben conocer lo que es un servicio de salud e incluso prescribir las PCR. Si con la flexibilidad eres capaz de absorber el pico mientras vas ampliando los efectivos puedes intentarlo, pero no es fácil.

### **¿Es lo que ha pasado en lugares como Madrid?**

El modelo de Madrid es descentralizado, pero no está bien conectado y no tienen una herramienta que una los casos y los contactos. Más allá de los efectivos que necesiten, tienen una situación muy difícil. No han podido ampliar su modelo ni implicar a atención primaria, medicina preventiva ni a salud laboral. Por eso han tenido que buscar a un aluvión de gente para reforzar el núcleo que tienen en salud pública, y eso es difícil.

### **¿Pueden servir los voluntarios para salir del paso?**

Lo deseable es que haya un contrato, por los cauces de la legislación vigente y mediante bolsas de interinos eventuales, porque estás poniendo gente en cuarentena, actuando sobre establecimientos, obteniendo información amparada bajo la ley de protección de datos... Es una actuación de salud

pública, no de unos voluntarios. Aun así, no podemos negar que en mitad de la pandemia vivimos circunstancias en las que los buscamos debajo de las piedras, incluso hijos de los trabajadores y estudiantes. Se hizo durante el estado de alarma porque este lo permitía y hay que darles las gracias, pero también formalizar mecanismos para evitar recurrir a ellos de nuevo.

### **¿Cuánto tarda en estar listo un rastreador?**

Es muy difícil que esté listo en menos de una semana; dos si no ha trabajado antes en un servicio de salud. Por eso el modelo escalonado tiene dificultades: me suben cincuenta casos y de repente cojo cincuenta rastreadores. No, primero, porque las contrataciones públicas no funcionan así, pero también porque si no ha manejado un historial clínico digital ni conoce cómo funcionan estas estructuras necesitará un tiempo de incorporación que retrasa todo mucho. Lo más eficaz para salir del paso mientras vas ampliando es reaprovechar los recursos en atención primaria, medicina preventiva y salud laboral.

---

“Es una actuación de salud pública, no de voluntarios. Lo deseable es que haya contrato, por los cauces de la legislación vigente y mediante bolsas de interinos eventuales”

### **¿La COVID-19 ha sacado a la luz algunos de los problemas endémicos de nuestras administraciones?**

Las leyes son un serio obstáculo para la contratación de personal en salud pública. Es un problema muy gordo y bien conocido. Son muy rígidas, no permiten la contratación en situaciones extraordinarias de forma rápida y, además, el personal que se obtiene viene sin enseñar. Esto provoca la paradoja de que un becario que lleva tres años especializándose acabe formando a un contratado que llega sin formación alguna.

**No tenemos años para solucionar fallos estructurales, ¿qué hacemos ahora?**

La reorganización de la fuerza de trabajo es una solución y una obligación. Se pueden aumentar los efectivos, no lo demos por imposible. Se hizo durante el estado de alarma, fue eficaz y funcionó, y lo están volviendo a hacer algunas comunidades. Hay que apelar a sectores que pueden aportar muchísimo: universidades, administración pública, fuerzas y cuerpos de seguridad y trabajadores sociales. Francia lo ha demostrado.

**Recientemente ha finalizado en La Gomera [el piloto de Radar COVID, la 'app' de rastreo que se espera implementar a nivel nacional](#). ¿Qué opina de estas herramientas?**

No tenemos evidencia en su favor ni nada que las evalúe. [En el piloto de La Gomera de [Radar COVID](#)] contaban tres contactos en el rastreo manual y seis en la aplicación, pero eso no coincide con la realidad del rastreo, que es bastante más elevada. Los resultados no son acordes con la realidad, se tendría que haber testado en una comunidad autónoma con transmisión.

Las *apps* pueden servir de apoyo si se integra la información, si no vamos a tener un doble rastreo. No nos ahorra trabajo porque hay que picar la información igual y también llamar al contacto, convencerle de que guarde cuarentena, darle la incapacidad temporal y responder sus dudas, que tienen muchísimas. Nos habría gustado que los recursos dedicados a las aplicaciones se hubieran usado para mejorar los sistemas de información ya existentes. Hay que desarrollar el código de lo que ya tenemos, no reinventar la rueda.

---

“Nos habría gustado que los recursos dedicados a las ‘apps’ se hubieran usado para mejorar los sistemas de información ya existentes. Hay que desarrollar el código de lo que ya tenemos, no reinventar la rueda”

**Entonces, ¿temen que la *app* les dé más trabajo?**

Si los epidemiólogos no recibimos datos no sabemos por qué la *app* le ha dicho que es un contacto estrecho. Tampoco si había un muro de por medio o estuvieron dos horas comiendo juntos. Además, si introduces el positivo

en la aplicación, como los sistemas no están conectados, vamos a pillar la cadena de transmisión de manera desmanejada y no podremos vincularla. Descubriremos que ha sido contacto de un caso que no nos consta y nos distorsionará todo.

Por eso necesitamos herramientas de soporte tecnológico que sean capaces de entenderse entre distintos sistemas informáticos y entre gente que de normal no trabaja junta. No es fácil, porque la historia clínica digital no sirve.

**¿Y qué pasa con Alemania? Allí la *app* se ha vendido como un éxito.**

Alemania no está descontenta, pero le cuesta mucho evaluar la efectividad de la intervención porque el Instituto Robert Koch no recibe los datos, solo un agregado de cuánta gente ha sido invitada a realizarse una PCR por ser contacto. En nuestro modelo el número de test sigue una cadena logística difícil de mantener si hay exceso de demanda. En Roma no están entusiasmados ni han obtenido grandes resultados.

**Pero en Corea del Sur sí han sido útiles.**

Su modelo proporciona una amplísima batería de información, muy intrusiva, sobre lo que ha hecho la persona durante todo el día. Eso sí ayuda a salud pública, pero no se automatizan los casos. Aunque les llegue a través de la aplicación, son los epidemiólogos los que deciden. Además, se contacta y pregunta a cada caso.

**Mencionaba al principio que la vigilancia “está devorando” a la prevención y el control. ¿Se ha convertido el dataísmo en un problema?**

Los datos no son elementos de consumo, sirven para la prevención y el control. Debemos informar de esas medidas, no del propio brote. Lo importante no son los excel y no podemos discutir porque falte un caso, porque quien da los datos y quien toma las decisiones y actuaciones es la misma persona y no tiene tiempo. La salud pública no tiene que hacer un ejercicio de transparencia, sino comunicar el riesgo. Esto implica proporcionar el dato, evaluarlo e informar de las medidas que debe adoptar la población.

La clave no es decir que hoy hay un caso más, sino que se ha producido en un ámbito que ya está seguido, que no hay que preocuparse porque la localidad esté en rojo en el mapa porque las medidas se están adoptando y que debemos seguir las siguientes recomendaciones.

### **Habla de la importancia de comunicar el riesgo. ¿Qué errores se han cometido en este sentido?**

[Dar] el dato diario, que es muy difícil de interpretar y nosotros ni lo usamos. Por eso la valoración del dato tampoco puede ser diaria sino periódica, porque lo importante es la tendencia y media semanal. Necesitamos portavoces técnicos que interpreten la información con sus matices y limitaciones. Los asteriscos del [CCAES](#) provocan quejas, pero te están diciendo la problemática que hay y esa información vale mucho. También señalamos a veces a colectivos vulnerables, aunque ahí se ha mejorado y pedido perdón.

---

“Los jóvenes tienen una menor percepción del riesgo, pero también una capacidad de cooperación mayor y un sentido del voluntariado muy importante que ha sido vital en la primera ola pandémica”

### **Detrás de cada contacto hay una persona. ¿Cómo hacer un trabajo que depende de la colaboración ciudadana?**

Son minoritarios quienes no colaboran, aunque es verdad que complican mucho nuestro trabajo. Las actuaciones en eventos masivos tienen sus dificultades porque la PCR inicial, muy cercana a la fecha de exposición, suele dar negativo. Entonces muchos se sienten libres de la enfermedad y hay que explicar que la cuarentena es una obligación legal, cuyo incumplimiento puede estar sancionado. Es duro porque estas privando a alguien de libertad, aunque sea de forma limitada, y hay que explicarlo muy bien y concienciar de que el peligro existe.

Los jóvenes tienen una menor percepción del riesgo y cuesta más, pero

también tienen una capacidad de cooperación mayor y un sentido del voluntariado muy importante que ha sido vital en la primera ola pandémica.

### **¿Cómo convencer a esa persona que da negativo en su primera PCR de que todavía puede estar infectada y contagiar?**

Lo más útil es apelar a la solidaridad: no es por ti, sino por tus familiares y allegados que tienen un riesgo real. Aunque hayas dado negativo, tienes que permanecer diez días hasta que veamos la última PCR. Las campañas informativas deberían impulsar esta educación para la salud, porque ir a la fiscalía no es viable en una pandemia.

Quizá debamos de valorar si hacer la PCR tan cerca de la fecha de exposición es aconsejable, aunque tiene sentido para buscar asintomáticos que hayan podido ser el caso primario en núcleos familiares y así evitar la cadena de transmisión. Una opción sería no hacer test sin avisar a salud pública, o que el resultado vaya acompañado de un aviso legal. Algunas comunidades autónomas lo están probando, junto a SMS automatizados, porque la gente, cuando se le explican, coopera.

### **¿Son útiles los cribados en lugares como bares y discotecas? En lugares como Valencia [se ha visto poca colaboración ciudadana.](#)**

El cribado no puede sustituir a la investigación de epidemiología. Hay que investigar el brote y encuestar, si no se ataja el origen del problema. El cribado mucha gente lo interpreta como una medida de control masivo, pero deja pasar a demasiados casos. Si ha sido una fiesta en una discoteca, hay que preguntar por el día, si ha tenido contacto con un enfermo, la fecha de inicio de los síntomas... Tampoco es la herramienta perfecta. La actitud mayoritaria en los cribados masivos está siendo no indicar cuarentena es una limitación de libertades y derechos.

---

“Yo no afirmaré que estemos en una segunda ola, pero hay que actuar como si ya estuviera aquí. El número de casos no es una variable fiable, habría que usar hospitalizados graves o fallecimientos”

**Valore la situación actual en España.**

No tiene importancia si estamos en una segunda ola, pero actuemos como si hubiera llegado. El número de casos no es una variable fiable para evaluarlo, habría que usar hospitalizados graves o fallecimientos. Según estos, la mayor parte del territorio no estaría todavía en ese punto, pero podría empezar y algunas partes pueden alcanzar esta situación. Sí hay una aceleración, aunque todavía no tengamos impacto asistencial y demográfico y el registro histórico indique que deberíamos tener una segunda y tercera ola. Yo no afirmaré que estemos en una segunda ola, pero hay que actuar como si ya estuviera aquí.

**¿Qué ha pasado para que volvamos a estar en esta situación?**

Los factores estructurales que favorecen la pandemia siguen presentes. Las medidas de prevención y control siguen siendo débiles, en comparación con el resto de países de la UE. Y luego tenemos unas dinámicas demográficas que lo favorecen. En otros lugares los brotes se han producido en ámbitos laborales fácilmente acotables y aquí ha sido mucho más difícil. No se ha podido intervenir de forma eficaz sobre los factores que favorecían el brote incluso cuando ya había ocurrido. Además, seguimos sin tener unas estructuras de epidemiología, prevención y control lo suficientemente fuertes. No tenemos los efectivos de Alemania, Francia e Italia.

**¿Hasta qué punto podemos detener una pandemia?**

Las pandemias son fenómenos que no están bajo nuestro control y sobre los que es muy difícil intervenir. Mitigamos su impacto e intentamos contenerla al máximo, sobre todo en poblaciones vulnerables. Las gripes de 1889, 1918, 1957 y 1968 no pudieron ser detenidas por las intervenciones de la autoridad sanitaria. En la de 1918 EE UU consiguió disminuir el impacto de alguna de las olas pandémicas confinando algunas ciudades, pero levemente. Ni las mascarillas ni el rastreo han conseguido detener una pandemia. De hecho, nunca hemos detenido una a lo largo de la historia.

---

“Ni las mascarillas ni el rastreo han conseguido

detener una pandemia. De hecho, nunca hemos detenido una a lo largo de la historia”

**Pero si miramos la COVID-19, es innegable que algunos países están mejor que otros.**

Algunos países han conseguido contener esta pandemia sin llegar a la fase de mitigación, pero normalmente son lugares con un único punto de entrada, como islas, poblaciones pequeñas con una salud pública importante y que han detectado con rapidez los casos iniciales y tenían la capacidad de limitar la entrada. Y, a pesar de ello, en estos momentos están teniendo brotes, como todos.

**Dice que nunca hemos detenido una pandemia. Eso es algo difícil de aceptar para muchos.**

En otras pandemias las medidas a veces funcionaron, pero en la mayor parte de situaciones, no. Con patologías infecciosas respiratorias que tienen un alto porcentaje de asintomáticos como la COVID-19 tenemos pocas opciones para intervenir, y su impacto está condicionado por factores que no están bajo nuestro control.

Mira las mascarillas: en Japón hubo una gran implantación social tras la gripe de 1918, pero no ha impedido que el país tenga incidencias ni un impacto menor en la gripe que otros, porque la dinámica de las enfermedades es compleja y tiene factores sociales y biológicos sobre los cuales es muy difícil intervenir. Logramos controlar pandemias ‘viejas’ como el cólera, pero no lo hemos conseguido con infecciones respiratorias como la gripe y el SARS, o solo se habrían producido en China. Por eso solemos tener segundas, terceras y cuartas olas. Si los factores estructurales no pueden ser atajados, la enfermedad termina reproduciéndose de nuevo.

**Entonces, ¿hasta qué punto puede ayudar el rastreo?**

Nunca hemos detenido una pandemia con el rastreo. El único intento en la primera ola fue infructuoso. El virus ha alcanzado semejante cota de

transmisión comunitaria silente que no estamos como los países que lo contuvieron. Hicimos mitigación y el virus circula con naturalidad. Ante eso, y aunque los programas de rastreo tuvieran todos los recursos necesarios, que ni tenemos claro cuáles son, tampoco tendríamos la seguridad [de que funcionara] porque nunca se ha hecho.

Estamos recurriendo a una herramienta pensada para infecciones de transmisión sexual, que va muy bien cuando hay un alto período de latencia, síntomas, fármacos y vacunas. Con la COVID-19 el rastreo es a palo seco y el escenario más plausible es una segunda ola pandémica. Es difícil que esa curva pueda ser detenida por el rastreo; otra cosa es que la retrase, disminuya su intensidad y la aplane lo suficiente como para que el confinamiento sea el menor posible. Ojalá que los programas de rastreo eviten tener que aplicar unas medidas que distorsionaron mucho el sistema económico, político y social. Puede disminuir, pero parar... lo veo difícil.

---

“La dinámica de las enfermedades es compleja y tiene factores sociales y biológicos sobre los cuales es muy difícil intervenir”

### ¿Quién querrá ser epidemiólogo cuando todo esto pase?

La persecución de funcionarios de la salud pública es un fenómeno habitual en todas las pandemias, junto a los medicamentos milagro y los expertos que intentan colocar su discurso. Muchos compañeros creían se iba a poner de moda, pero yo opino al revés. Con el SARS y la gripe pandémica se vio que, tras una crisis, la salud pública queda muy desprestigiada y tiene abandonos masivos. Es muy difícil soportar esta tensión a lo largo de una ola, no digamos ante tres o cuatro. Es lógico que casi nadie quiera ser epidemiólogo. Las pandemias los desprestigian y se convierten en apestados.

Derechos: **Creative Commons**

TAGS

PANDEMIA | COVID-19 | RASTREO | SALUD PÚBLICA |

Creative Commons 4.0

Puedes copiar, difundir y transformar los contenidos de SINC. [Lee las condiciones de nuestra licencia](#)