

El control remoto (Telemedicina) en el tratamiento de la obesidad

AJ Ordóñez, E Pacho

*Doctor, ¿a qué distancia hay que estar para hablar de Tele-
medicina?....
...A veces, la distancia entre salud y enfermedad no es mayor
que el canto de una radiografía realizada a tiempo.*

■ INTRODUCCIÓN

La Telemedicina ha recibido numerosísimas definiciones, la mayoría de las cuales, como aquí se reflexiona, han sido superadas. En términos muy generales podría definirse como la aplicación de la medicina no presencial, que abarca diversidad de procedimientos de muy diferente complejidad.

Las tecnologías y su incorporación a la rutina asistencial han evolucionado tan rápidamente que en menos de una década se han sucedido tres generaciones de sistemas de comunicación asistencial (se está entrando en la cuarta).

- G1: telefonía fija punto-punto, videoconferencia, satélite y TV, cuyo liderazgo había durado más de 30 años, fue desbancada por la segunda generación.
- G2: telefonía fija en red, multimedia, internet y ADSL.
- G3: GSM, GPRS, 3G, wifi, bluetooth y banda ancha, que han supuesto cambios impensables para nuestra práctica médica.

Por ello, y siguiendo estos avances técnicos, se ha ido modificando la denominación de esta modalidad asistencial por: e-salud, U-salud, U-health, U-esalud, ... entre otras, para llegar a la actual y más precisa denominación: Tecnología de Inteligencia Ambiental o Sistemas Ubicuos para la Salud.

El término Telemedicina dejó de tener sentido en el mundo médico y hoy está relegada su utilización a los operadores telefónicos que intentan posicionarse en el mundo de las prestaciones sanitarias.

Siguiendo a Foucault, se podría decir que la Telemedicina es una palabra "cansada" (la inflación en el discurso hace que las palabras se trivialicen, se banalicen y pierdan su profundo sentido). Actualmente no se justifica hablar de teleradiología, telermatología,... sino de servicios de radiología,... que utilizan soportes telemáticos.

Por otro lado, la rápida difusión de la denominada “tercera generación” ha traído como resultado que los centros hospitalarios organicen servicios de diagnóstico global que interactúan con los sistemas de seguimiento ubicuo de los pacientes. Se cumple en ambos casos el llevar los servicios y conocimientos en donde se encuentre el paciente y/o médico, facilitando de este modo cuidados integrales/integrados e interdisciplinarios.

Internet no solo ha cambiado la cotidianeidad del trabajo de los médicos. El acceso a información sanitaria en Internet ya es un fenómeno de masas. Así, los ya consolidados avances en usabilidad y accesibilidad de la web 2.0 han hecho posible la aparición de muchas y variadas aplicaciones de e-salud en las que participan también los pacientes.

La aparición de estas herramientas ha provocado el paso de un paciente que simplemente accedía a información plana, a otro que puede interactuar con el medio. Los pacientes han adquirido un papel más activo.

Recientemente hemos observado que muchos de nuestros pacientes forman parte de comunidades virtuales que les permiten compartir contenidos como textos, fotos o vídeos. Pero también es el canal de asesoramiento en sus tratamientos.

Este cambio profundo, mal entendido por muchos todavía, ha sido objeto de un Documento de Consenso de la Comunidad Europea, para estimular a los estados miembros a realizar el esfuerzo de integrar estos nuevos servicios en los sistemas sanitarios. La CE se propone llevar a cabo acciones en varios aspectos:

- Mejorar la confianza y la aceptación de los sistemas de telemedicina mediante la realización de estudios a gran escala de eficacia y coste-efectividad.
- Diseñar un marco legal estable, con la adaptación de las normativas de cada país.
- Resolver problemas técnicos y facilitar el desarrollo del mercado, promoviendo la interoperatividad de los sistemas y perfeccionando su calidad y seguridad.

■ UTILIDAD DE LA TELEMEDICINA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Tal vez sean las enfermedades crónicas como la obesidad y sus complicaciones asociadas: diabetes, hipertensión etc., el paradigma de enfermedades crónicas que puede beneficiarse de un control remoto.

En los últimos años, la prevalencia de la obesidad ha aumentado del 23 al 31% de la población en los países industrializados. Además, el 66% de los adultos presentan sobrepeso.

Las explicaciones profundas para la obesidad sostienen que existen cambios sociales que promueven el sedentarismo y el consumo de alimentos con alto contenido calórico.

Es claro que este impresionante aumento en esta patología no puede ser explicado solo por la genética. Además, hay que destacar que este hecho se ha producido en todos los grupos sociales, lo que avala las tesis sociales y ambientales.

Hoy día se considera que la obesidad, en la mayoría de los casos, es un producto de elecciones y conductas voluntarias; así, el sedentarismo por un lado y el fácil acceso a productos hipercalóricos son los desencadenantes, pero no los únicos. Un nuevo factor tecnológico añadido, la participación masiva de los ciudadanos en redes sociales, permite la influencia en la modificación de las conductas, por lo que la ganancia de peso en estos núcleos puede contagiarse por sus allegados.

Un reciente trabajo de Albert Laszlo Barabasi publicado en la revista *New England Journal of Medicine*, avanza que la obesidad puede ser una enfermedad “contagiosa”. Los autores estudiaron una red de más de 12.000 miembros durante un significativo número de años. Se analizó la propagación de la obesidad en los grupos de personas de dicha red:

“Existe una fuerte asociación entre la ganancia de peso de una persona y la ganancia de sus contactos sociales”. El estudio concluye que la obesidad puede propagarse en redes sociales siguiendo un perfil cuantificable y perceptible que depende de la naturaleza de los lazos sociales.

Por tanto, la difusión de la obesidad en las redes sociales es un factor que interviene en la epidemia de la misma.

La importante influencia a nivel individual de las redes sociales nos permite apuntar que sería posible aprovechar esta fuerza tecnológica, para evitar la propagación de la obesidad. Este canal sería utilizado por especialistas altamente cualificados, que interactúen con los miembros de la red. Así, la propia red podría ser explotada para difundir conductas positivas para la salud.

Con la web 2.0 los pacientes están conectados y por tanto su salud está conectada. En consecuencia, las intervenciones sobre la salud tanto en el sistema público como privado, serían más coste-efectivas.

Por otro lado, a lo largo de la vida del paciente se van agravando o sumando nuevas patologías emocionales, físicas o quirúrgicas. Estas pueden ser desencadenantes de complicaciones agudas o crónicas. Además, por la propia naturaleza de la enfermedad, esta es en sí misma un cruce de caminos con otras patologías: dislipemia, diabetes e hipertensión, entre otras. El descontrol de una de ellas influirá en el resto. En estas situaciones los cambios y ajustes terapéuticos deben realizarse precozmente.

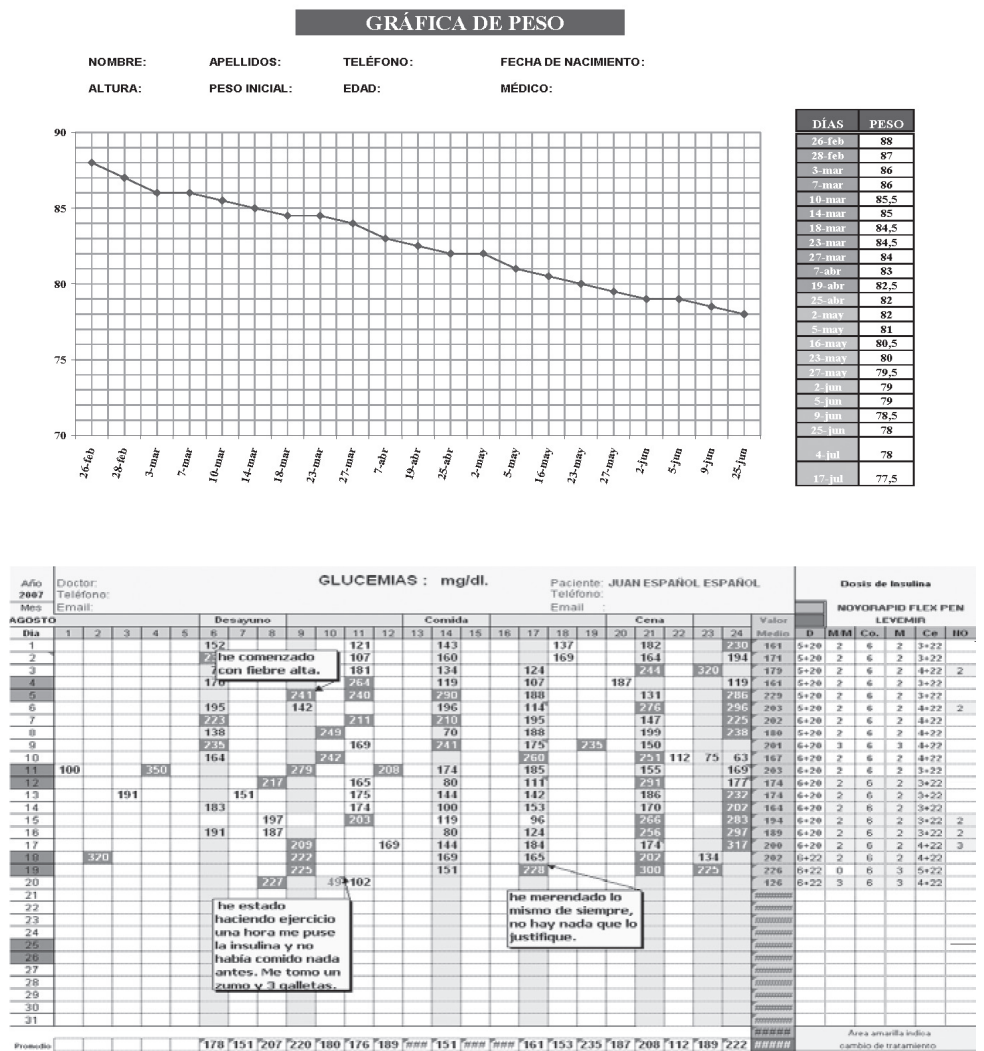
En nuestro caso, y en relación a sencillos desarrollos informáticos, la comunicación entre el médico y el paciente es permanente y bidireccional. Esta posibilidad es crítica durante los periodos de descompensación de su enfermedad. En las figuras siguientes pueden verse las gráficas que resumen la transmisión de los datos del paciente al equipo de control remoto.

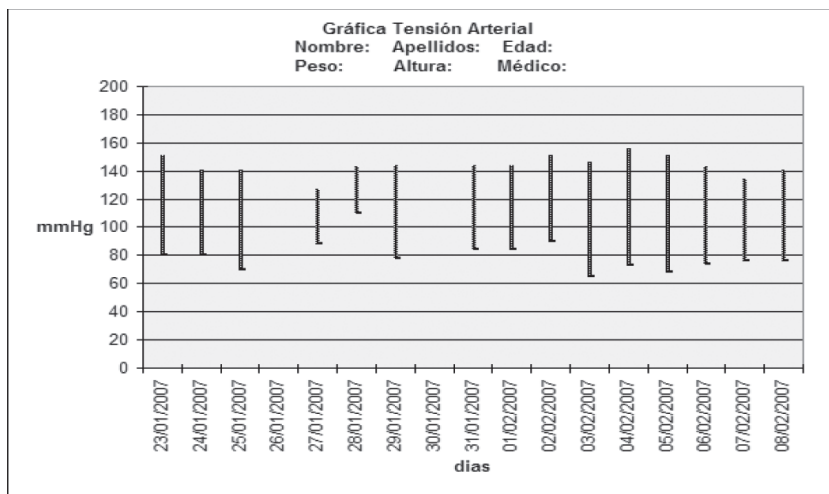
Pero hay otras razones para el control a distancia. Es innegable que el simple hecho de vivir en un lugar u otro puede implicar como consecuencia desigualdades en el acceso equitativo a bienes y servicios, produciendo diferencias significativas

en la evolución, tratamientos y pronósticos de las enfermedades. La aparición de las tecnologías de la información y la comunicación es una oportunidad para acortar estas diferencias.

Y por otro lado, en obesidad ha sido ampliamente demostrada la eficacia de incrementar el número de visitas, la motivación, el refuerzo conductual y el refuerzo del grupo. Nada mejor que estas herramientas para lograrlo a un coste razonable.

En este sentido, nuestro grupo viene trabajando desde el año 92 en programas y actuaciones telemáticas que permiten dar respuesta a los pacientes con patologías crónicas, y más concretamente en la “diabesidad”, que por elevación, cuando ya tiene repercusiones cardiovasculares puede ser denominada ”cardiabetes”. En las figuras que se presentan a continuación puede verse el registro de peso, TA y glucemia de un paciente con síndrome metabólico, es decir, con “cardiabetes”.





En definitiva, la telemedicina debe considerarse una herramienta de ayuda para el facultativo. No solo para el control del paciente sino también para su formación. Actualmente ya está implantado un nuevo modelo de relación médico-paciente, en el que se abandona el papel “paternalista” de una medicina tradicional, sustituyéndolo por otra donde el propio paciente y su médico toman decisiones conjuntamente. Ello hace absolutamente necesario que cada paciente disponga de la adecuada formación de “su patología” a través del equipo médico. No se trata de un logro fácil: la formación debe ser individualizada, esto supone un mayor esfuerzo y empleo de tiempo por parte del personal sanitario.

No se trata de que la telemedicina transmita datos e instrucciones, sino de que el paciente la integre en el proceso de autocontrol y responsabilidad frente a su patología. Se trata de que el paciente aprenda a interpretar no solo valores de glucosa, sino a asociarlos a la dieta, el ejercicio, etc. Dicho en otras palabras: que el paciente se comprometa de modo activo en la curación o alivio de sus dolencias.

¿Qué nos depara el futuro?

Mirar el futuro es para muchos un reto y para otros una osadía. En medicina se ha abierto un abanico de posibilidades entre lo que se hacía, se hace y se podrá hacer. A estos cambios no están siendo ajenos los sistemas públicos de sanidad, donde destacamos el programa “Sanidad en Red”, cuyo objetivo es difundir un sistema de asistencia a pacientes que facilite el acceso a consultas, la continuidad asistencial y a la movilidad de los ciudadanos dentro del Sistema Nacional de Salud. Participan el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Industria. Los servicios que prestan son: Acceso a historia clínica electrónica desde cualquier centro de atención, receta electrónica y asistencia remota.

Los recientes acuerdos con la Sociedad Estatal Red.es, permitirá la unión de hospitales-farmacias-centros de salud y centros de atención social. Así pues, la fascinación por el alarde tecnológico de pasadas etapas está ya superada.

Hoy día no es noticia realizar cirugía controlada mediante robot a distancia. El sistema Da Vinci desarrollado por la compañía I. Sugirgal, con sus cuatro brazos y provisto de cámaras, permite realizar complejas intervenciones remotas desde hace años y ya es una herramienta más de la cotidiana actividad clínica en muchos países.

En medicina llegó el momento de pasar de las “aplicaciones informáticas” al uso de los nuevos métodos de comunicación, que cambien en sí mismo la visión del caso clínico, permitiendo una gestión del conocimiento compartido y por tanto más eficiente.

Así, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) nos permiten manejar adecuadamente problemas complejos como la insuficiencia cardiaca o urgencias como la brusca descompensación de glucosa, con garantías de éxito. Pero, aunque las TIC puedan influir en la relación médico-paciente, no es posible que la sustituya, ya que el vínculo entre ambos seguirá basado en la empatía y confianza.

Lo futurible es que cada vez será más sencillo desligar la función de la situación. Es decir, será posible desligar la presencia física en la mayoría de los casos para realizar una consulta médica.

Todo esto sucede en paralelo con la cada vez mayor tendencia de los pacientes al uso de Internet para “colgar “su Historia de Salud Personal (HSP), que de forma gratuita o de pago se ofrece por distintas compañías internacionales (Google health, Microsoft y otras), que están abriendo un inquietante problema jurídico al ser el propio paciente el “gestor de su historia“. ¿Deberíamos dar por buena esa información?

Pero la palabra clave de las TIC es accesibilidad. Es decir, la información debe estar donde se necesita y cuando se necesita. El dato debe llevarnos a la información. La información al conocimiento y el conocimiento al acto clínico.

En síntesis, las TIC no son herramientas para hacer lo mismo que estamos haciendo, sino que es una oportunidad de hacer cosas nuevas. Entre ellas sería formar al paciente para participar en su cuidado. Muy importante porque el sistema sanitario no está preparado para la formación continuada en patologías crónicas. Está diseñado para responder a la crisis.

REFLEXIONES FINALES

Imagínese el lector por un momento que mañana, al realizar su vida cotidiana, no dispusiera de teléfono móvil, internet, ordenador, ni equipamientos electrónicos. ¿Cómo sería mañana nuestra jornada de trabajo? Pues, sencillamente, como lo era hace escasamente veinte años.

En poco menos de un cuarto de siglo el cambio en las condiciones de vida y trabajo de los países desarrollados ha sido tan extraordinario que difícilmente podemos comprender su trascendencia si no retrocedemos, con la imaginación a nuestra actividad de veinte años atrás.

Pensemos, por ejemplo, que una vida prolongada, que en el pasado era privilegio de unos pocos, es hoy día el destino de la mayoría. Que el concepto de salud y bienestar ha sufrido cambios radicales. Que los medios de prevención, diagnóstico y

tratamiento han experimentado avances difícilmente imaginables en el último tercio del siglo pasado.

Todo ello ha supuesto transformaciones radicales en la organización de nuestra sociedad. Una de ellas afecta en el campo sanitario a las enfermedades crónicas.

Los gastos derivados de una enfermedad crónica se prolongan durante toda la vida del paciente, multiplican los costes de otras afecciones y crecen vertiginosamente en la medida en que también aumenta el diagnóstico precoz, las demandas de la sociedad y la capacidad técnica de los sistemas sanitarios para atender tales demandas.

Está sobradamente demostrado que, en patologías metabólicas, la lipotoxicidad y la glucotoxicidad son causa de importantes daños orgánicos con un elevadísimo coste en sufrimiento para el paciente y en gasto sanitario para el sistema sanitario. Tanto la prensa especializada como la de divulgación general insisten en la “epidemia” que padecen los países industrializados como consecuencia de los cambios en los hábitos de vida: hiperalimentación y el sedentarismo, entre otras, muchas de cuyas consecuencias clínicas aún están por manifestarse en toda su gravedad.

Estudios recientes demuestran que el porcentaje de diabéticos tipo 2 crece de manera vertiginosa, alcanzando cifras superiores al 30% de la población a partir de los 60 años, y su curva de crecimiento es casi exponencial. También comienza a ser significativo el número de niños y adolescentes con DM T2. El mismo comportamiento se observa en las patologías de sobrepeso y obesidad. Hoy en día se está convirtiendo en un asunto crítico la corrección de los trastornos en la alimentación, cuyos extremos más dramáticos oscilan entre la obesidad infantil y la anorexia adolescente.

Sin duda, la diabetes mellitus es el paradigma de las enfermedades crónicas. Hasta el punto que se ha convertido en uno de los problemas más graves a los que se enfrentan los sistemas de salud público y privado de los países desarrollados. Los enfermos diabéticos presentan a lo largo de su vida severísimas complicaciones, cuyos costes individuales y sociales alcanzan magnitudes insospechadas.

Desde el punto de vista médico, los gravísimos daños físicos y económicos de la diabetes no provienen de la incapacidad del páncreas para segregar insulina, o de la incapacidad de esta para metabolizar la glucosa, sino de la glucotoxicidad que esto supone cuando supera unos valores en sangre ya conocidos.

Además, con la esperanza de vida de la población, los costes sanitarios derivados de los daños orgánicos por HTA, dislipemia o hiperglucemia son difícilmente evaluables. Precisamente por ello, la diabetes presenta un punto vulnerable en lo que es la misma naturaleza de la enfermedad: el control estricto de la glucemia.

Ahora bien, algo tan sencillo de realizar en teoría, resulta difícil llevar a la práctica. Los laboratorios han conseguido equipos que miden los índices de glucosa en sangre con extraordinaria precisión, pero los resultados de ese análisis requieren de una interpretación adecuada en tiempo, lugar y modo.

Si la información llega tarde al médico, si el paciente no tiene la formación adecuada para interpretar el resultado, o se interpreta fuera de contexto, el recurso habrá fracasado. Lo ideal sería que el paciente esté formado en la interpretación de los

valores en el momento en que estos se producen; para ello, el resultado del análisis debe ser conocido por el médico en el mismo momento que se realiza la medición, que el especialista tenga a la vista la historia clínica del paciente, y además que el sanitario y el enfermo pudieran estar en comunicación. Y ello tantas veces como fuera necesario.

Pues bien, tal idea es hoy perfectamente asequible (tal y como describiremos más adelante), gracias a la evolución técnica de las nuevas tecnologías. Los hogares actuales, dotados de teléfono, televisión y, en número cada vez más creciente, de ordenador y conexión a Internet, introducen una novedad fundamental con respecto a la vida cotidiana de las sociedades.

Los domicilios disponen de enlaces con zonas lejanas del mundo, y estas interconexiones irán aumentando en las próximas décadas. Por ello cabe hablar de la emergencia de un “cosmopolitismo” del ámbito doméstico. Ahora bien, llama la atención que las modernas tecnologías de transmisión y de comunicación a distancia hayan producido un impacto mucho mayor sobre los hogares y su bienestar, que sobre la salud de quienes habitan en ellos.

Por otro lado, la sociedad está sufriendo importantes cambios de toda índole. Entre ellos, los trasvases de población del medio urbano al rural y viceversa, según variables como la edad.

Hasta ahora el ámbito rural se caracterizaba por una serie de peculiaridades sociales, culturales y sanitarias. En general se trataba de poblaciones de pequeño tamaño, envejecida, y con escasos ingresos económicos. Estos colectivos se organizaban sobre núcleos familiares extensos, ya que convivían varias generaciones en un mismo hogar. Era muy frecuente que la mujer se responsabilizara de las tareas domésticas además del cuidado de las personas que vivían con ella, lo cual era un punto crucial en el cuidado de las personas añosas y/o enfermas.

En estas poblaciones, ciertas manifestaciones de la enfermedad eran vistas como algo “normal y natural”; y el hecho de enfermar, así como ciertas limitaciones: dolor articular, pérdida de visión, audición, etc., se consideraban un hecho natural y consecuencia de la edad en la mayoría de los casos. La población no solía demandar información de su proceso patológico, salvo la natural preocupación por el pronóstico. Por último, se asumía por parte de este colectivo la realización en el propio domicilio de los cuidados y en ocasiones hasta de la muerte.

Muy por el contrario, en el ámbito urbano, un gran número de individuos se interesan por las causas de la enfermedad así como de la prevención de la misma antes de que aparezcan los síntomas.

Inevitablemente, el contacto cada vez más intenso y fluido entre la cultura urbana y la rural, cuyas fronteras son ya más difíciles de precisar, fuerzan por un lado a que los primeros no deseen perder los privilegios y atenciones de los que venían disfrutando, y a que la población rural tome conciencia de que ciertas enfermedades no son irremediables, sino que pueden ser tratadas y aliviadas.

Es ahí, en ese encuentro cultural, donde la telemedicina puede ser el vínculo que vertebra a unos colectivos para que mejoren, se involucren y entiendan su importante

papel en el cuidado de la salud, con otros colectivos, que lejos de renunciar a lo ya conseguido puedan seguir aumentando su calidad de vida.

Además, como consecuencia del mestizaje de los medios rural y urbano en las dos últimas décadas, se ha gestado una nueva sociedad en la que participan tanto individuos urbanos que viven en medio rural, como individuos que viven el medio rural que adoptan modalidades antes empleadas exclusivamente en el medio urbano.

Los expertos se refieren a esa nueva sociedad de múltiples maneras. Para algunos, estamos en la sociedad de la información; para otros, en la de la comunicación. Ambos apelativos parecen insuficientes. Además de la información y la comunicación, se están transformando muchas otras cosas: la producción, la ocupación del tiempo y la noción del territorio.

El proceso de cambio social es mucho más profundo y complejo de como se nos presenta. Es un cambio que afecta a todos los aspectos de la vida humana, y por tanto y de modo significativo, a la medicina.

Todo ha cambiado. Las redes telemáticas permiten ejercer actividades laborales. El dinero ha mudado de formato, ya no fluye de mano en mano sino de terminal en terminal. Los científicos, empresarios y productores, no precisan reunirse en un mismo local para desarrollar todos juntos sus actividades: pueden estar conectados a distancia.

Numerosas instituciones, entidades y compañías, se preparan, pues, para afrontar el desafío económico y social de esta nueva forma de relación médica que demanda la sociedad actual. De esa manera, los sistemas públicos de salud están haciendo grandes inversiones en estructuras telemáticas y, más tímidamente, en nuevas tecnologías. Pero con todo esto aún no se sabe muy bien el alcance real de todos estos cambios.

La televisión, que ha transformado radicalmente la vida social, inicia una nueva singladura donde el flujo de la comunicación ha dejado de ser unidireccional. La futura difusión bidireccional de este sistema, al igual que la masificación de tecnologías como UMTS y otras más avanzadas que verán la luz próximamente, permitirán el acercamiento instantáneo entre paciente y médico. Pero, ¿será esta posibilidad un avance para la mejora en la calidad asistencial en nuestros pacientes? En nuestra opinión, con independencia del énfasis que estamos haciendo a la tecnología, esta solo será una mera herramienta de transmisión de datos. El esfuerzo y conocimientos del facultativo seguirán siendo las claves para que esta nueva modalidad asistencial resulte un éxito.

La industrialización, la mejora de las telecomunicaciones y servicios, la rápida progresión tecnológica y la globalización han creado un espacio común donde nos encontramos inmersos y que en numerosas ocasiones no alcanzamos a comprender.

Actualmente, en este presunto mundo globalizado, son los colectivos de los lugares más remotos y con mayor dificultad de comunicación, a los que menos les alcanza esta revolución mundial.

En definitiva, lo que ya es conocido como la e-Salud, puede ser considerada para muchos “artificial”, como algo que solo está indicado en circunstancias especiales:

marinos en alta mar, pacientes aislados geográficamente, etc.. Pero inevitablemente la marea de cambios “globalizará” la atención sanitaria y sus procedimientos.

¿Cómo se adaptará la medicina a estos cambios? ¿Seremos capaces de cambiar un modelo paciente-médico cercano, por otro más “próximo” pero a mayor distancia?

Una nueva medicina está siendo construida, La e-Salud es prueba irrefutable de ello. Pero, al mismo tiempo, es necesaria una profunda reflexión: el uso del término en medicina, no implica necesariamente valoraciones positivas o negativas. Desde los desafíos éticos de la biotecnología hasta las implicaciones políticas y económicas de las nuevas estructuras sanitarias, todo es susceptible de análisis y valoración.

En ocasiones, los organismos involucrados en la asistencia médica, ven con recelo cualquier modificación de un sistema sólidamente establecido durante muchos años y rechazan o plantean numerosos inconvenientes para sustituir este por una tecnología que pueda, sin sacar al paciente de su hogar, realizar un acto médico de calidad.

Buen ejemplo de ello es que la telemedicina solo se admitía sin recelo cuando era utilizada sobre colectivos muy concretos: marinos embarcados, colectivos aislados geográficamente o ejército en destinos remotos.

Pero cada vez resulta más evidente que los futuros hospitales tendrán también ámbitos de actuación “virtual”. La revolución telemédica parte de una ruptura con el principio de ponderación, que ha imperado en las diversas formas del entorno médico hospitalario tradicional. Así, las especialidades médicas no estarán necesariamente agrupadas bajo el mismo techo. Serán nodos de una red que interactúan entre sí y posibilitan el funcionamiento de un sistema médico de nuevo cuño. Entre el paciente y el médico puede haber miles de kilómetros de distancia, e incluso varios países de por medio, lo que entraña retos de toda índole. Pensemos, por ejemplo, en las repercusiones jurídicas de los actos médicos en una sanidad “globalizada”. ¿Cómo afrontar todo ello?

La revolución tecnológica doméstica no ha tenido graves problemas de implantación gracias a dos elementos: la aparición de las tecnologías que posibilitan que las personas se interrelacionen instantáneamente a cualquier distancia, y la difusión de estos avances tecnológicos por capas muy amplias de población.

En la vertiente médica, lo ideal sería disponer de un sistema de asistencia con participación compartida y cooperativa entre el personal sanitario que atienden al paciente: médico, enfermero, asistente social, rehabilitador, farmacéutico, etc., para atenderlo y tratarlo independientemente del lugar donde se encuentren pacientes y profesionales.

Además, consideramos que la aplicación de la e-Salud agiliza las relaciones entre asistencia primaria y especializada, así como la conexión entre medicina extrahospitalaria y hospitalaria.

Esto trae como beneficio añadido disminuir las molestias a los pacientes, al reducir los desplazamientos a la consulta (en ocasiones innecesarios), evitar la duplicidad de pruebas complementarias y por último, un uso más racional de los servicios de urgencias. Cuando lo anteriormente expuesto sea una práctica al uso, dará un golpe

de gracia al sistema sanitario público y privado, disminuyendo el coste asistencial, hecho al que no puede estar ajeno el colectivo médico.

Finalmente, ante cualquier implantación tecnológica surgen siempre idénticas preguntas: ¿para qué sirve?, ¿será buena? Tal vez debiéramos preguntarnos también: ¿para qué será bueno?, ¿para quién?, ¿en comparación con qué?, ¿a quién va dirigida?, ¿a qué coste? Un debate que convive con otro no menos intenso sobre si se puede o se debe tratar a un paciente a distancia, presente tanto en los foros profesionales como en el de los gestores, que son los que en definitiva tienen la “llave” de los fondos para su implantación.