

El acceso al neurólogo

Quiero sumar la mía a las felicitaciones que a buen seguro han recibido Pérez-Martínez et al por su estudio prospectivo y controlado de los pacientes remitidos a dos consultas de neurología ubicadas en Madrid [1]. Como muy bien dice el editorial que merecidamente lo comenta, es original y coherente [2], y además refleja la casuística en un ámbito profesional que creo que todavía no se había descrito. Con la novedosa aportación de este estudio podemos constatar que la práctica profesional, al menos en el aspecto de análisis de casuística, resulta similar en la práctica pública que en la práctica privada. Es muy positiva la determinación de los autores en la práctica del estudio y también lo son sus hallazgos.

Desde la participación completa en casi todas las consideraciones del artículo y el editorial comentado, que coinciden con mis propias impresiones, creo que este estudio sólo permite examinar someramente el papel de la atención primaria como puerta de entrada al sistema. A pesar del énfasis del título en este aspecto, pienso que los autores asumen consciente e implícitamente esa limitación. Para analizarlo con mayor detalle, deberíamos conocer en primer lugar la frecuentación de las consultas en uno y otro sistema. Pueden existir diferencias importantes en la tasa de frecuentación en distintos ámbitos de nuestro territorio, tanto como el triple –entre 9 y 30 casos nuevos anuales por mil habitantes– [3]. A título de ejemplo, en el entorno descrito por nosotros en 1994 [4], con una variable exigencia de autorización previa, actualmente estimamos una frecuentación de 12,5 casos nuevos anuales por mil habitantes, contando tanto las consultas ubicadas en el hospital como en el centro de especialidades; restringiéndola a éste último ámbito, la estimación aproximada sería de 10 casos por mil habitantes y año. Diferencias en esta tasa de frecuentación pueden ser relevantes, tanto por el posible volumen de remisiones inadecuadas –sin duda es el aspecto que más nos llama la atención a los neurólogos en nuestro día a día– como por el volumen de no remisiones que, de haberse hecho, hubieran beneficiado al paciente o su entorno. En este aspecto, por supuesto, la atención primaria posee una visión complementaria –que no contraria– a la nuestra [5]. Quizá la atención primaria puede influir más en la tasa de frecuentación que en el tipo de casuística, a costa de que muchos usuarios vean en ello una mera traba en el acceso al neurólogo, como bien dicen Pérez-Martínez et al. Por otro lado, debemos considerar que las diferencias socioeconómicas entre la población que se acoge a la sanidad pública y la que se acoge a la sanidad privada pueden ser muy relevantes. Estas diferencias socioeconómicas pueden ser un factor que influya significativamente no ya en la incidencia de distintos procesos, sino en la propia demanda de atención. Al respecto, se ha descrito mayor demanda de atención en la población de niveles socioeconómicos más bajos, lo que repercute en la frecuentación [6]. En cambio, la casuística de los casos que llegan a la consulta es similar, y también comparable a la de

otros estudios descriptivos de consultas de neurología en toda España. Aunque los autores desestiman la comparación directa con estos otros estudios justamente por esas posibles diferencias socioeconómicas, con el reconocimiento de los autores que asumieron la opción ‘dura’ en la consideración ‘no neurológica’ de determinado grupo de pacientes, la casuística resultaría similar a otras aportadas anteriormente. En fin, parece que la neurología general en la práctica actual constituye definitivamente el mismo tipo de trabajo en todos lados, incluyendo ahora también el entorno privado, que por primera vez en España queda descrito por la muy destacable aportación de los autores con este artículo.

M. Baquero

Aceptado tras revisión externa: 28.11.06.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Fe. Valencia, España.

Correspondencia. Dr. Miquel Baquero. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Fe. Avda. Campanar, 21. E-46009 Valencia. E-mail: baquero_miq@gva.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Martínez DA, Puente-Muñoz AI. La autorización previa para acceder al neurólogo desde atención primaria puede ser innecesaria: resultados de un estudio prospectivo y controlado. *Rev Neurol* 2006; 43: 388-92.
2. Guerrero-Peral AL. Reflexiones sobre el papel de la atención primaria en la asistencia neurológica ambulatoria. *Rev Neurol* 2006; 43: 385-7.
3. Sánchez-Sánchez C. Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España. URL: <http://www.feeneurologia.com/pdf/impacto-sociosanitarioenferneurologicas.pdf>. [16.11.2006].
4. Baquero M, Domínguez FJ, Vélchez JJ, Sevilla T, Casanova B. La asistencia médica en neurología: perspectiva actual desde los datos iniciales de una consulta extrahospitalaria. *Rev Neurol* 1994; 22: 427-31.
5. De Prado-Prieto L, García-Olmos L, Rodríguez-Salvanes F, Otero-Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 35: 146-51.
6. Alberdi-Odrizola JC, Sáenz-Bajo N. Factores determinantes de la derivación de atención primaria a las consultas externas de atención especializada en la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria* 2006; 37: 253-7.

La función genuina de filtro del médico de atención primaria

En relación con el artículo [1] publicado en su revista y su editorial acompañante [2], queremos destacar su interés, pues sabemos poco sobre la coordinación entre primaria y especializada, y ambos iluminan ese campo casi desconocido. Nos atrevemos a comentar algunos aspectos que podrían mejorar futuros estudios similares.

Respecto a la metodología, parece haber un error en su denominación. Y, aunque las cuestiones terminológicas no desacreditan ningún trabajo, conviene aclarar que en investigación se habla de prospectivo cuando hay un seguimiento temporal [3]. Tampoco se puede hablar de cohortes ni de estudio controlado en el trabajo comentado [1]. Un estudio controlado dispone de un grupo control con el que ‘aislar’ el verdadero efecto de una intervención y separarlo de otros como el placebo, el Hawthorne, el de regresión a la media, el de evolución natural, etc. Tampoco se trata de casos y controles. No parece justificada, pues, la calificación de controlado. Lo calificaríamos como estudio transversal de comparación entre grupos.

Además, no parece que la variable principal del estudio (proporción de pacientes con un diagnóstico de patología no neurológica) sea la más adecuada para valorar la idoneidad de una derivación hecha desde la atención primaria en un sistema público, especialmente, cuando se compara a pacientes del sistema público remitidos por el médico de primaria (MAP) con pacientes que acuden por iniciativa propia a una consulta privada (grupo MAD), epidemiológica y sociológicamente diferentes. En los estudios de adecuación hay que tener en cuenta, además, la organización del sistema sanitario. Por ejemplo, en el ámbito público podría ser inadecuada la remisión de un paciente con parestias en la mano por atrapamiento del nervio mediano en el túnel del carpo. Un paciente con tal sospecha debería remitirse al traumatólogo y no al neurólogo. Sin embargo, probablemente ningún neurólogo consideraría inadecuado que un paciente con esos síntomas (parestias en la mano) acudiera a su consulta privada. Nos encontraríamos ante un potencial sesgo de selección, pues en el sistema público hay pacientes con patología neurológica que no deben remitirse al neurólogo porque su resolución compete a otro especialista. En cambio, la visita de esos mismos pacientes por iniciativa propia a la consulta privada de un neurólogo podría haber ocurrido en el estudio y considerarse adecuada. Para evitar, además, el sesgo de evaluación, el neurólogo que realizó los diagnósticos no debería conocer a qué grupo pertenecía cada paciente o, más factible, no debería conocer el objetivo del estudio [3].

Hubiera sido importante, asimismo, analizar la gravedad de los pacientes y la ‘rareza’ de sus enfermedades. Se ha demostrado que los médicos de primaria derivan a pacientes de mayor gravedad, con enfermedades más infrecuentes y con más comorbilidad [4,5]. También se ha demostrado, en España, que los pacientes que toman contacto directamente con los especialistas (sistema privado) presentan menos patologías que los que acceden a través de su médico de cabecera (sistema público) [6], de lo que se deduce un probable uso más adecuado de los especialistas en el sector público que en el privado.

Los autores no hacen constar si los pacientes eran ‘nuevos’ o ‘revisión’ y esto hubiera sido importante, pues sabemos que muchos pacientes se vuelven a citar con los especialistas en el sistema público a pesar de tener esca-

sa gravedad [7]. La cuestión de la adecuación del seguimiento por el especialista es un aspecto importante, poco estudiado en el sistema público y en el privado, y no sería esperable un comportamiento similar en ambos sistemas. Una mayor proporción de 'revisiones' en el grupo de acceso directo se asociaría a un menor porcentaje en la variable principal de este estudio [1].

Resulta interesante el hecho de que tanto entre los pacientes que acuden por iniciativa propia como entre los derivados por el médico de cabecera se encuentre la misma proporción de diagnósticos de enfermedad neurológica y, por tanto, de procesos no neurológicos. Más interesante aún es que la distribución de diagnósticos neurológicos sea muy similar en ambos grupos. Entre estos hechos, los autores deducen un fallo en el criterio de derivación de los médicos de atención primaria. Existe una alternativa, sencilla y verosímil, que tendría que ver con la presencia de un sesgo de expectativa diagnóstica por parte del único neurólogo que realizó los diagnósticos en el estudio. El sesgo de expectativa diagnóstica, ampliamente conocido desde principios del siglo pasado, consiste en la tendencia que todo clínico tiene a diagnosticar o recomendar una intervención terapéutica en un porcentaje fijo de pacientes independientemente de la prevalencia real de enfermedad; es decir, la tendencia a encontrar lo que se espera encontrar. Es clásico el ejemplo de la indicación de amigdalectomía en escolares de Nueva York [8], tal como refieren Bakwin [9] y Eddy [10]. En este estudio, en 1.000 niños de 11 años procedentes de escuelas públicas neoyorquinas se descubrió que el 61% había sufrido la extirpación de las amígdalas. Un grupo de médicos examinó al 39% restante, indicó la intervención al 45% de estos niños y rechazó al resto. Otro grupo de médicos reexaminó a los rechazados y recomendó la intervención al 46% de los que quedaban después del primer examen. Cuando se examinó a los niños rechazados por tercera vez, se seleccionó a un porcentaje similar para la intervención, de modo que, al cabo de tres exámenes, sólo quedaban 65 niños a los que no se les había recomendado la extirpación.

El estudio no aporta información de los pacientes con patología neurológica que no se derivan a neurología, una cuestión necesaria en un estudio de adecuación de la función de filtro, pues una defectuosa función de filtro puede serlo por exceso, por defecto o por errores en la derivación [2]. Si los médicos de atención primaria remitieran a todos los pacientes con patología neurológica al neurólogo (sí, por ejemplo, remitieran a todos los pacientes con cefalea), entonces sí sería realmente ineficaz su función de filtro pero, actuando así, la proporción de diagnósticos no neurológicos en el grupo MAP disminuiría considerablemente y sería inferior a la del grupo MAD y, quizá, los autores concluirían –en contra de la realidad– que la función de filtro es eficaz. Parece, por tanto, que si la proporción de patología neurológica es similar, casi idéntica, en ambos grupos, el problema (si lo hay) debe buscarse en el grupo de acceso directo (¿sobrediagnósticos?).

La función genuina de filtro del médico de atención primaria no tiene por objeto el ahorro monetario sino una función clínica: evitar la intervención inadecuada, por innecesaria, del especialista. Intervención, en general, más agresiva y, por tanto, de mayor riesgo para el paciente en el caso de que no sea necesaria (pero de beneficio probado cuando la intervención es necesaria). Por tanto, la función de filtro es una medida, básicamente, de prevención cuaternaria [11]. En general, el médico de familia, ante un determinado problema clínico, decide mejor que el paciente sobre la necesidad o no de la intervención especializada. De una función de filtro bien ejecutada se derivan otros beneficios: fundamentalmente, mayor rentabilidad diagnóstica de las pruebas empleadas por el especialista y reducción del coste de oportunidad derivado de la innecesaria intervención especializada sobre determinados pacientes mientras otros (cuya atención requiere necesariamente la intervención especializada) permanecen en una lista de espera. La rentabilidad social de los recursos es mayor cuando el neurólogo atiende a los pacientes neurológicos cuyo problema no se puede (o no se debe) resolver en la atención primaria y el médico de familia atiende a los pacientes neurológicos cuyo problema puede (y debe) resolver. No es una cuestión de ahorro, sino de eficiencia social de los recursos.

Creemos, por tanto, que la exploración de la coordinación entre primaria y especializada es una cuestión clave y nos congratula que *Revista de Neurología* dé espacio para tratarla. Será un placer colaborar en este sentido con la revista y con los autores que han iniciado esta discusión [1,2].

J. Bonis^a, J. Gervas^b, J. Simó^c, P. Martín^c

Aceptado tras revisión externa: 08.11.06.

^a C.S. Espronceda. Madrid. ^b Equipo CESCA. Madrid. ^c C.S. Altavix. Elche, Alicante, España.

Correspondencia: Dr. Julio Bonis Sanz. Hernán Cortés, 10, 4.º-D. E-28003 Madrid. E-mail: drbonis@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Martínez DA, Puente-Muñoz AI. La autorización previa para acceder al neurólogo desde atención primaria puede ser innecesaria: resultados de un estudio prospectivo y controlado. *Rev Neurol* 2006; 43: 388-92.
2. Guerrero-Peral AL. Reflexiones sobre el papel de la atención primaria en la asistencia neurológica ambulatoria. *Rev Neurol* 2006; 43: 285-7.
3. Argimón-Payas JM, Jiménez-Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Elsevier; 2000.
4. Forrest CB, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decision. *J Fam Pract* 2001; 5: 427-32.
5. Starfield B. Research in general practice: comorbidity, referrals, and the roles of general practitioners and specialists. *SEMERGEN* 2003; 29 (Suppl 1): S9-12.
6. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/

specialist and public/private provider in Spain. *Health Econ* 2004; 13: 689-703.

7. Gervas J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 315.
8. American Child Health Association. Physical defects: the pathway to correction. New York: American Child Health Association; 1934.
9. Bakwin H. Pseudodoxia pediátrica. *N Engl J Med* 1945; 232: 691.
10. Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Aff* 1984; 3: 74-89.
11. Gervas J, Pérez-Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8: 205-18.

Réplica. Nos congratula que nuestro original [1] haya generado un debate entre los distintos actores de la asistencia neurológica y que no se haya quedado en la –políticamente correcta– indiferencia. Así mismo, debemos agradecer las distintas felicitaciones por el estudio y en especial la del Dr. Miguel Baquero. Nuestro trabajo pretende dar algunas ideas de cómo actúa la función de filtro de atención primaria en la especialidad de neurología dentro de un ámbito urbano. En ningún caso pretende sacar conclusiones sobre cómo es esa función en el conjunto del sistema y entre las diversas áreas de conocimiento. La neurología es una especialidad compleja, con importantes lagunas en la formación de pregrado y posgrado, por lo que creemos que el proceso de derivación puede resultar especialmente difícil. Estamos de acuerdo con el Dr. Baquero en el hecho de que nuestro trabajo sólo 'examina someramente el papel de atención primaria como puerta de entrada al sistema'. El papel de la atención primaria es mucho más que la derivación de pacientes e influye en el correcto funcionamiento del sistema de atención especializada y en el sistema de atención continuada. La visión de la atención primaria es complementaria a la nuestra y, como bien subraya el Dr. Baquero, debe potenciarse y coordinarse desde ambos niveles asistenciales.

El concepto de estudio prospectivo parte de la idea establecida de un seguimiento de todos los pacientes hasta llegar al diagnóstico final. Los pacientes reclutados en el estudio lo fueron de forma consecutiva, todos como 'primera visita' o 'nuevos', sin sesgo de selección, y se siguieron temporalmente hasta llegar al diagnóstico final. En ningún caso se clasificaron en la primera visita o por los datos históricos del paciente. Creemos que bajo estas circunstancias, nuestro trabajo puede clasificarse como de cohortes prospectivas [2]. Respecto al apelativo de 'controlado', estamos de acuerdo con Bonis et al en el hecho de que se trata de un término impreciso. En realidad, debería emplearse específicamente para ensayos clínicos 'controlados' con placebo y evitar su uso en otros ámbitos. Sin embargo, es un hecho que este término se utiliza en un sentido más amplio cuando los resultados en un grupo experimental se comparan con un grupo 'control' en el que se ha realizado la terapia o el procedimiento diagnóstico tradicional. En todo caso, podría ser más acertada la expresión 'comparada con la cohorte que precisó de au-

torización previa para acceder al neurólogo'. Por otro lado, el estudio no busca conocer si las derivaciones realizadas al especialista son correctas o no, ya que ese es un término muy difícil de precisar y de definir. Como bien exponen Bonis et al, podrían existir derivaciones que pudieran parecerse *a priori* erróneas y ser producto de las características idiosincrásicas del sistema de asistencia pública, o bien servir a fines que no son puramente asistenciales. Por estas razones pretendimos establecer el perfil de diagnósticos entre ambos sistemas y valorar la posibilidad de diferencias entre ambas cohortes, sin que por ello entremos en el hecho de que la derivación fuera errónea o correcta. Dicho de otro modo, el trabajo no pretende buscar la idoneidad de la derivación, sino el tipo de paciente derivado. Si la tipología de paciente es similar en ambas cohortes, el filtro no actúa eliminado o potenciando algunos diagnósticos.

Creemos que nuestro trabajo debe tener poca influencia sobre un posible sesgo de expectativa diagnóstica como el clásico referido por Bakwin [3]. El sesgo de expectativa diagnóstica consiste en diagnosticar un trastorno o recomendar una terapia determinada en un porcentaje más o menos fijo para los pacientes evaluados por el mismo clínico. Este sesgo se describió ampliamente en la primera mitad del siglo xx, cuando los criterios diagnósticos y las guías terapéuticas eran muy rudimentarios, y se centraron específicamente en decisiones dicotómicas (tiene o no tiene enfermedad, debe o no debe operarse). En nuestro caso, la clasificación diagnóstica se realizó basándose en criterios clínicos establecidos *a priori* del estudio, tras un seguimiento temporal longitudinal evaluando todas las pruebas

complementarias solicitadas, para finalmente llegar a clasificar el trastorno entre 12 grupos diagnósticos. Bajo estas premisas, el sesgo de expectativa de diagnóstico debería influir de manera residual.

Bonis et al subrayan la función de filtro del médico de atención primaria como clínica y no monetaria. Estamos totalmente de acuerdo con esta conclusión. Sin embargo, añaden que una de las funciones de filtro es evitar que sus pacientes reciban tratamientos más agresivos y 'de mayor riesgo para el paciente en el caso de que no sea necesaria'. Tenemos nuestras dudas sobre si la asistencia médica por el especialista tiene mayor riesgo para el paciente, ya que parece entenderse que éste actúa sin valorar el binomio riesgo-beneficio en sus actuaciones médicas, sintiéndose inclinado hacia actitudes más agresivas y poco recomendables desde una óptica científica. No creemos que este sea el caso en la inmensa mayoría de los especialistas y, en especial, de la neurología. Estamos completamente de acuerdo con Bonis et al en que el objetivo final es la búsqueda de la eficiencia social de los recursos comprometidos, especialmente para los que trabajamos e impulsamos una sanidad pública de prestigio. Sin embargo, la eficiencia social no debería estar reñida con la mejora en la accesibilidad a los recursos asistenciales del sistema y, en especial, con la opinión del usuario-paciente en su funcionamiento.

Nuestro trabajo tiene limitaciones importantes que creemos haber subrayado en el original publicado [1]. Por supuesto, lo ideal debería haber sido que el clínico estuviera ciego acerca de a qué grupo pertenecía cada paciente; o, mejor aún, el clínico no debería haber conocido ni siquiera la existencia del estudio para no

influir en su evaluación diagnóstica. Pero lo ideal no está reñido con lo pragmático. Por todo ello, las conclusiones que podamos obtener del estudio deben ser limitadas. Una vez más queremos subrayar el interés suscitado por el trabajo y la posibilidad de colaborar con clínicos con la experiencia y dedicación como Bonis et al, en la orilla de la atención primaria, y el Dr. Baquero, en la orilla de la atención especializada. Creemos que es hora de tender puentes entre ambas orillas y dejar a un lado las imágenes estereotipadas del médico de atención primaria o del médico especialista.

D.A. Pérez-Martínez, A.I. Puente-Muñoz

Aceptado tras revisión externa: 05.01.07.

Unidad de Neurología y Neurofisiología. Hospital Central Cruz Roja. Madrid, España.

Correspondencia: Dr. David A. Pérez Martínez. Unidad de Neurología y Neurofisiología. Hospital Central Cruz Roja. Avda. Reina Victoria, 22-26. E-28003 Madrid. E-mail: daperezm@yahoo.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Martínez DA, Puente-Muñoz AI. La autorización previa para acceder al neurólogo desde atención primaria puede ser innecesaria: resultados de un estudio prospectivo y controlado. *Rev Neurol* 2006; 43: 388-92.
2. Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Seguí-Gómez M. Diseños de investigación en epidemiología. In Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Seguí-Gómez M, eds. *Epidemiología aplicada*. Barcelona: Ariel; 2005. p. 167-256.
3. Bakwin H. Pseudodoxia pediatrica. *N Engl J Med* 1945; 3232: 691.

CRÍTICA DE LIBROS

Santiago Ramón y Cajal. Cien años después

A. Gamundí, A. Ferrús

Madrid: Pirámide y Servicio de Publicaciones de la UIB; 2006. 339 páginas + CD-Rom.

Recientemente, se ha cumplido el centenario de la concesión del Premio Nobel de Fisiología o Medicina a Santiago Ramón y Cajal, compartido con el italiano Camillo Golgi. En casi cada rincón de España, el científico genial tiene una calle, muchas veces importante. En nuestro país, su nombre sale a colación pública casi cada día y me atrevería a decir que para casi cada trasunto positivo o ejemplar que se quiere ilustrar. Sin embargo, la auténtica medida del genio navarroaragonés y universal está, realmente, al alcance de muchos menos de los que lo invocan. Pero, para todos los que, con cierto conocimiento de causa, nos seguimos asombrando, día tras día, del alcance de la labor científica de Cajal, de su anticipación,

de su intuición, de su increíble exactitud, su figura se agiganta, incluso cuando vamos conociendo mayor cantidad de datos sobre sus aspectos más humanos, la faceta en la que suele flaquear hasta el más pintado. En el libro editado por los profesores Antonio Gamundí (Universitat de les Illes Balears) y Alberto Ferrús (Instituto de Neurobiología Ramón y Cajal-CSIC), reciente y elegantemente publicado por la editorial Pirámide y la citada universidad mediterránea bajo el 'dumasiano' título de *Santiago Ramón y Cajal. Cien años después*, los diferentes autores escogidos abordan aspectos científicos (¡claro...!), técnicos, académicos, artísticos, políticos y humanos: metafóricamente, los cien aspectos de la, en verdad, extraordinaria personalidad de Santiago Ramón y Cajal. Y alguno de estos enfoques resulta verdaderamente original y curioso, lo que, versando sobre alguien que ha dado lugar a ríos de tinta (tintas de lo más diverso, hasta tinta china...) y sigue dando, no es en absoluto sencillo.

En este libro se recogen estudios sobre los

aspectos más reconocidos y admirados de la obra de Cajal: las sinapsis, como explicación necesaria de la individualidad de las células nerviosas y elemento básico de la 'teoría neuronal', campo de tantas batallas y que llevó al mayor triunfo a don Santiago, pero que siguió dando tanta guerra después del Nobel; la neurobiología comparada de diversas especies de vertebrados e invertebrados, de donde el maestro y algunos de sus más destacados colaboradores y discípulos (su hermano Pedro, Domingo Sánchez) obtuvieron ingente información y continua inspiración; o la plasticidad del cerebro, su capacidad de experimentar cambios activos durante la vida del individuo y las 'orteguianas' circunstancias de éste, el aprendizaje, el envejecimiento, el daño y la enfermedad. Reconocidos expertos (los profesores De Felipe, López García y el propio Ferrús) repasan con acierto estas materias, de forma que los iniciados disfrutarán de nuevas perspectivas y los novicios podrán conocer, de forma cercana, las piedras angulares de las contribuciones de Cajal.