



Sr. Amilivia González, Presidente y Ponente

Sr. Estella Hoyos, Consejero
Sr. Fernández Costales, Consejero
Sr. Pérez Solano, Consejero
Sr. Madrid López, Consejero
Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 25 de junio de 2009, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 5 de febrero de 2009 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhh1 de xxxx1*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 12 de febrero de 2009, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 127/2009, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Amilivia González.

Primero.- El 8 de noviembre de 2007, Dña. xxxxx presenta en el registro de la Consejería de Sanidad, una reclamación de responsabilidad patrimonial, por la defectuosa asistencia sanitaria recibida.

La reclamante expone que sufrió un accidente de motocicleta, del que



fue tratada por largo tiempo en el Hospital hhhh1 de xxxx1. Pese a la completa asistencia recibida seguía con dolores, razón por la que acudió a su médico de familia y, tras las pruebas solicitadas por dicho facultativo, se le diagnostica de fractura en cuña del cuerpo vertebral D8 y fractura oblicua en D6 -lesión no objetivizada anteriormente-. Posteriormente, mediante otra resonancia, se le diagnostica de hernia discal L5-S1.

Considera que, además del defectuoso diagnóstico recibido, se le denegó una intervención quirúrgica expresamente solicitada que pudo mejorar su estado; y que, injustificadamente, no se advirtió por ningún facultativo la evidencia de un hombro izquierdo caído y la hiperestesia en la región anterior y posterior del hombro izquierdo.

Reclama como indemnización la cantidad de 150.000 euros.

Adjunta a su reclamación diversos informes médicos y la documentación relativa a la concesión de un grado de minusvalía del 18 %.

Segundo.- Dña. xxxxx sufrió un accidente de moto el 3 de julio de 2004, realizándose por su gravedad traslado en helicóptero al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx1.

Tras las pruebas practicadas, se le diagnostica de fractura de cuello de la escápula izquierda, fractura del tercio medio de la clavícula izquierda, contusiones en las extremidades inferiores, traumatismo craneoencefálico y "scalp", con importante bolsón subgaleal.

Al día siguiente, el facultativo del Servicio de Neurocirugía examina a la accidentada al presentar gran dolor a la movilización del hombro izquierdo y cuello, en relación con la fractura de escápula y clavícula. Se le realizan nuevas radiografías de columna dorsal y lumbar, que no detallan fracturas a nivel de la columna, y un TAC craneal que no observa lesión intracraneal, quedando la paciente pendiente de control por los especialistas correspondientes.

El Servicio de Traumatología revisa en sucesivas consultas la consolidación de las fracturas. En la hoja de seguimiento de este Servicio consta que la paciente refiere hipoestesia y falta de fuerza en cuarto y quinto dedo de la mano derecha, solicitándose electromiografía para descartar



neuropatía cubital.

El médico de cabecera de la reclamante solicita una radiografía de columna en enero de 2005, apreciándose una fractura-aplastamiento de T8. A consecuencia de ello, se solicita un TAC, confirmándose dicha fractura-aplastamiento de T8, con acuñaamiento menor del 50% y una fractura de faceta articular de T6. Se remite de nuevo a la paciente al Servicio de Neurocirugía del Hospital hhhh1.

El Servicio de Traumatología deriva a la paciente al Servicio de la Unidad del Dolor, donde recibe tratamiento en el Servicio de Anestesia, en el que se descarta la necesidad de proceder a la cirugía, anotando que la fractura de D8 está acuada y estable y que se detecta hernia discal L5-S1 no compresiva.

Mediante Resolución de 28 de abril de 2006 se le reconoce un grado de discapacidad física del 18%.

El 26 de octubre de 2006, el Servicio de Traumatología de la Clínica Universitaria de xxxx3, diagnostica que la enferma tiene una neuropatía sensitiva postraumática tóraco-cervical izquierda, pautándose tratamiento médico. Se le realiza TAC de clavícula, el cual objetiva fractura ya consolidada, con callo algo irregular y persistiendo cierta angulación.

Tercero.- Constan en el expediente la historia clínica de la interesada y, entre otros, los siguientes documentos:

- Informe de médico especialista del Servicio de Neurocirugía del Hospital hhhh1 de xxxx1, de 1 de junio de 2005, en el que se señala:

"(...) No es excepcional que una vértebra lesionada se deforme progresivamente, incluso con inmovilización, pero tan importante como la imagen es la situación clínica del paciente. En su caso parece que los dolores locales fueron enmascarados por los de las otras lesiones, al menos inicialmente. Por otro lado, la vigilancia tras un traumatismo sigue tras el alta hospitalaria, como fue en su caso. El tipo de fractura vertebral que presenta suele evolucionar favorablemente con tratamiento sintomático y fisioterapia según ha hecho (...)"



-Informe de responsabilidad patrimonial emitido por una inspectora médica de la Gerencia de Salud de Área de xxxx1, de fecha 8 de junio de 2007, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“Existe una neuropatía sensitiva postraumática tóraco-cervical izquierda, que no tiene relación alguna con la asistencia médica llevada a cabo, tal y como se afirma en la reclamación. Es una consecuencia clínica del traumatismo.

»Sí es cierto que no se observó inicialmente la disminución de altura de la vértebra D8, por ausencia de síntomas o bien porque los mismos fueron enmascarados por otros más evidentes, como eran las dolencias que presentaba.

»Más tarde fue diagnosticada radiográficamente (TAC y RMN) de aplastamiento vertebral D8, pero es importante la clínica del paciente, tanto como la imagen radiológica, y ésta era de lumbalgias ocasionales.

»La fractura vertebral que presentaba era de evolución favorable con el tratamiento que realizó, sintomático y fisioterapéutico. El criterio de tratamiento no hubiera tenido modificaciones de haberse observado inicialmente.

»No podemos hablar de la existencia de una relación de causalidad entre las actuaciones médicas y el resultado dañoso”.

-Informe médico pericial de 2 de septiembre de 2007, emitido a instancia de la Compañía Aseguradora sssss, elaborado conjuntamente por diversos doctores, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“1.- Paciente que acude a Urgencias tras sufrir un traumatismo de alta energía, presentando las siguientes lesiones:

»a) Traumatismo craneoencefálico leve con SCALP.

»b) Lesión del complejo suspensorio del hombro (asociación de fractura de clavícula y escápula), con lesión asociada del plexo braquial (la paciente refería parestesias del 4º y 5º dedo).



»c) Fractura de vértebras T6 y T8, que pasaron inicialmente desapercibidas.

»2.- Se realiza tratamiento ortopédico de las lesiones del hombro, mediante inmovilización, con vendaje en `8´. El tratamiento es adecuado y pensamos que un tratamiento quirúrgico en este caso no hubiera ocasionado un mejor resultado funcional final.

»3.- La lesión del plexo que presentaba la paciente y que finalmente originó la secuela de neuropatía sensitiva postraumática tóraco-cervical fue debida a la intensidad del traumatismo (recordemos que las fracturas de escápula se producen por traumatismos de alta energía y asocian lesiones del plexo braquial entre un 5-10% de los casos) y no precisa de un tratamiento específico. Posiblemente debería haberse hecho constar más en los distintos informes, pero el resultado funcional final hubiera sido el mismo.

»4.- En cuanto a la fractura vertebral, pasó inicialmente desapercibida. El tratamiento indicado para este tipo de lesiones es el conservador (reposo, analgesia...). Dadas las lesiones asociadas de la paciente se realizó, aunque no dirigido específicamente a tratar la lesión vertebral. Suele ser aconsejable el empleo de una ortesis externa, aunque, en este caso, debido a las lesiones asociadas de la cintura escapular, su uso pudiera haber sido difícil, siendo más aconsejable aumentar el tiempo de reposo.

»5.- Según se recoge en la valoración realizada por Neurocirugía, la evolución de la fractura vertebral fue buena (... poca incapacidad por el dolor, hace vida casi normal)".

Cuarto.- Concedido trámite de audiencia, no consta en el expediente que se hayan formulado nuevas alegaciones.

Quinto.- El 1 de diciembre de 2008, la Directora General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación presentada.

Sexto.- El 18 de diciembre de 2008 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden indicada.



En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

Séptimo.- Ante la complejidad de las valoraciones producidas y las divergencias en las conclusiones y estimaciones realizadas en los diferentes documentos del expediente administrativo, el Consejo Consultivo solicita a la Facultad de Medicina de la Universidad de xxxx2 informe de un médico especialista sobre el supuesto sometido a dictamen. El 22 de mayo de emite el informe solicitado, del que procede destacar los siguientes extremos:

“Es posible que no se detecte clínicamente una lesión del tipo de las fracturas vertebrales de D8 y D6 pues el dolor de la región dorsal se puede pensar que es debido al fuerte traumatismo del hombro izquierdo en el que se han producido fractura de clavícula y de escápula.

»En el expediente de urgencias de la paciente se observa que realizaron una RX de tórax. En esta RX es difícil de apreciar bien lesiones concretas de las vértebras de la columna dorsal”.

Solicitada aclaración sobre la eventualidad de que, como refiere el informe del Servicio de Neurocirugía, las vértebras -fundamentalmente la D8, y la D6- de la lesionada se hayan ido deformando progresivamente con posterioridad al accidente, el informe señala que “efectivamente no es excepcional que una vértebra lesionada se deforme progresivamente y, puede ser que inicialmente el acúñamiento de la vértebra D8 fuera menor del 50%, que es lo que se puede constatar en el estudio de TAC realizado a los 8 meses del accidente.

»Generalmente en este tipo de traumatismos, cuando se diagnostican en el primer momento se tratan con una ortesis, dorso-lumbar de tipo corsé de Jewett para evitar dolores y disminuir el riesgo de que se deforme más la vértebra. Aún con la ortesis colocada, una vértebra fracturada puede seguir deformándose, aunque menos que sin ella”.

Solicitada explicación sobre la posibilidad de que, como sugiere el informe de la aseguradora de la Administración, en el caso de haberse detectado la lesión en las vértebras (D8 y D6), el tratamiento y la evolución hubieran sido las mismas, se informa que “aunque se haga tratamiento con una



ortesis, no podemos evitar el que algunas fracturas sigan deformándose y muy probablemente en este caso hubiera sido así (la deformación a la que ha llegado la vértebra D8 es del 50%).

»No obstante, cuando la deformación de una vértebra en la que se produce una fractura-acuñamiento anterior no es superior al 50%, como es el caso que nos ocupa, la fractura se considera estable, sin riesgo para las estructuras neurológicas, pues las carillas articulares y el muro vertebral posterior están íntegros. (M.M. dddd. 'Cirugía de la Columna vertebral'. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de xxxx2, 1990).

»Esto significa que no van existir dolores permanentes en la columna vertebral ni lesiones neurológicas debidas a la fractura, como así ha ocurrido en la paciente”.

Solicitada aclaración acerca de si con un tratamiento diferente la reclamante hubiera padecido menores dolores, se responde que “si se hubiera diagnosticado la fractura vertebral en un principio y se hubiera colocado una ortesis, es muy posible que el dolor procedente de la columna vertebral hubiera sido menor”.

Por último en el informe se puntualizan las siguientes cuestiones:

- “La accidentada parece que solicitó intervención quirúrgica para las fracturas conocidas de clavícula y de la escápula hacia el mes de septiembre de 2004, al ver que las fracturas no soldaban.

»Se le denegó la intervención quirúrgica con buen criterio, a mi juicio; pues, aunque se trata de una fractura de clavícula asociada a fractura del cuello de la escápula ('hombro flotante'). La fractura del cuello de la escápula no presenta desplazamiento, por lo que no es de esperar que la inestabilidad sea importante y no se debe operar. La evolución posterior así lo ha demostrado. (Roocwood and Madsen. The Shoulder. Second edition. Vol 1. WB Saunders Company, Philadelphia, 1998)”.

- “Sobre el dolor y la quemazón continua en el brazo izquierdo pienso que se debe a estiramiento del plexo braquial, que se produjo en el mismo momento del accidente y a la vez que las fracturas de clavícula y



escápula (es muy frecuente en las caídas de motocicleta), y que al parecer no reviste importancia pues ha sido vista en consulta especializada por ello y el diagnóstico ha sido de neuropatía sensitiva postraumática que solamente requiere tratamiento medicamentoso.

»La hernia discal L5-S1 derecha, que se observó en la RNM de 15 de abril de 2005, no suele ser una lesión típica de una caída de motocicleta, y además, la paciente no hace referencia expresa de padecer clínica de ciáticas en la extremidad inferior derecha después del accidente”.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que la interesada presenta la solicitud de indemnización (el 8 de noviembre de 2006) hasta que se formula la propuesta de orden (el 1 de diciembre de 2008). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre,



como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en la reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la citada Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.



b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta del Director General de Administración e Infraestructuras, que conduce a desestimar la reclamación del interesado.

Es sabido que la responsabilidad patrimonial se proyecta sobre el funcionamiento normal y anormal de los servicios públicos, entendidos éstos en el sentido más amplio posible y que, por ello, la Administración responde también de los efectos dañosos derivados de su funcionamiento normal. De ahí que se deban conocer los límites del servicio público, mediante una llamada a los denominados "estándares de servicio" o patrones de calidad media.

Para encajar estos parámetros en la actuación médica, rige la teoría de la *lex artis*, teoría que se ha ido perfilando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3.657/2002 ó 3.623/2003).



Dicha teoría parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios -debe recordarse aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986-, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud -incluso de profilaxis y asepsia-, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria perfecta en sus consecuencias. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

6ª.- En el presente caso la reclamante -a la que correspondería la carga probatoria- no ha aportado pruebas que confirmen sus tesis y que permitan afirmar la vulneración de la *lex artis*. Debe recordarse que la obligación de asistencia es de medios y no de resultados, y que la asistencia sanitaria fue prestada en el presente caso con profusión de medios y recursos, siendo las condiciones especiales del tratamiento el enmascaramiento de síntomas y la gravedad de la lesión las que determinan el resultado.

Como señala la propuesta de orden, tanto la inspectora médica como los especialistas en traumatología de la compañía aseguradora reconocen que inicialmente pudo haber un error de diagnóstico. Pese a las diferentes pruebas practicadas, incluida una radiografía de columna, no se detectó la existencia de fracturas en las vértebras D8 y D6, la primera con aplastamiento, en cuña, y la segunda sin diástasis de fragmentos.



El neurocirujano que atendió a la reclamante considera que el resto de la sintomatología achacada a las otras lesiones (fractura de clavícula y de escápula y traumatismo craneoencefálico) enmascaró la clínica de las fracturas vertebrales de D8 y D6. Estas fracturas sólo fueron halladas posteriormente a raíz de una radiografía dorsal y lumbar que solicitó su médico de familia.

No obstante, como indican los diferentes informes técnicos incluidos en el expediente administrativo, los procedimientos que se hubieran aplicado en el caso de haberse detectado desde el principio las fracturas no hubieran sido diferentes a los que realmente se aplicaron. Como pone de manifiesto la propuesta de orden, en la última consulta en Neurocirugía de la que existe constancia se anota que se observa en la nueva radiografía dorsal realizada una D8 acuñada, estable, y no se refleja nada acerca de la fractura de D6, por lo que es de suponer que ya estaba solucionada con anterioridad.

En la consulta de 8 de septiembre de 2005, realizada en el mismo Servicio de Neurocirugía, se había hecho mención a que la incapacidad por el dolor generado a causa de estas fracturas era escasa y que la reclamante hacía vida casi normal, no estando en situación de baja laboral, aunque posteriormente, parece ser que por padecer una neuropatía sensitiva, fue remitida a la Unidad del Dolor.

7ª.- Por otro lado, la neuropatía sensitiva postraumática tóraco-cervical, consecuencia clínica del accidente de tráfico, diagnosticado en la Clínica Universitaria de xxxx3 más de dos años después del traumatismo, tampoco tiene una relación causal con las actuaciones médicas llevadas a cabo en el Hospital hhhh1 de xxxx1, dado la ausencia de diagnóstico y de tratamiento específico para este tipo de lesiones.

Por ello, los daños que la reclamante alega -dolores lumbares y dorsales prolongados y no tratados a raíz del traumatismo y neuropatía sensitiva- no proceden causalmente de la asistencia sanitaria prestada, sino únicamente del accidente.

Respecto a la lesión del complejo suspensorio del hombro, según los diferentes informes técnicos incorporados al expediente, el tratamiento fue el adecuado y correcto, ya que no está indicada como regla general la cirugía, a no ser que el desplazamiento de la fractura resulte inaceptable, en cuyo caso sí



estaría indicada para su reducción y estabilización, situación que no se daba en el presente caso, por lo que se decidió aplicar un tratamiento conservador.

Por ello, teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, puede concluirse que el daño alegado no tiene carácter antijurídico, al haberse cumplido la "*lex artis ad hoc*".

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhh1 de xxxx1.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.