



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 2 / 2 0 1 0

(Sección 1ª)

La Laguna, a 7 de enero de 2010.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por R.G.L., en nombre y representación de L.M.L.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 277/2009 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de fecha 18 de mayo de 2009, y entrada en este Consejo el 1 de junio, la Consejera de Sanidad de la Administración autonómica interesa de este Consejo preceptivo Dictamen por el procedimiento ordinario [al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP)], respecto de la Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de reclamación de indemnización incoado por daños producidos con ocasión de la asistencia sanitaria prestada a L.M.L.G. (la reclamante) por parte del Servicio Canario de la Salud durante el parto y parto de su hijo, que finalmente falleció.

Daños por los que, en el escrito de reclamación inicial, solicita la cantidad de 132.843 €.

2. La mencionada Propuesta culmina un procedimiento administrativo en el que, con carácter general, se han cumplido las previsiones de índole legal y reglamentaria que ordenan y regulan tales procedimientos.

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

3. Este asunto fue en su día sometido a la consideración de este Consejo, que emitió su Dictamen 447/2008, de 2 de diciembre, concluyendo en la necesidad de acordar la retroacción de actuaciones a fin de completar la instrucción mediante la aportación de información complementaria que se estimaba precisa para poder emitir un pronunciamiento sobre el fondo del asunto.

4. La reclamación ha sido interpuesta por persona legitimada para ello, al ser la que presuntamente sufrió el daño por el que se reclama [arts. 31.1.a) y 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC)], actuando mediante representación bastante otorgada al efecto (art. 32.1 LRJAP-PAC), según se acredita en las actuaciones, dentro del preceptivo plazo de un año que dispone el art. 4.2.2º párrafo RPAPRP, en relación con el art. 142.5 LRJAP-PAC.

Cuando de daños físicos y síquicos se trata, como es el caso, el inicio del cómputo coincide con el momento de la curación o la determinación del alcance de las secuelas [arts. 142.5 LRJAP-PAC Y 4.2, 2º párrafo RPAPRP]. Como el hecho determinante de la acción de responsabilidad, que no es otro que el fallecimiento del recién nacido, ocurrió el 24 de febrero de 2005 y la reclamación tuvo entrada en el Registro general de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud el 22 de febrero de 2006, la reclamación ha sido formulada en plazo.

La reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 RPAPRP. En tal escrito, de conformidad con el art. 6.1 RPAPRP, la afectada solicitó el recibimiento a prueba del procedimiento incoado, particularmente documental y testifical.

En las actuaciones consta la realización de los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP).

Obra en las actuaciones el preceptivo informe del Servicio involucrado en la secuencia de hechos, que es el de Ginecología y Obstetricia (art. 10.1 RPAPRP); también el de Endocrinología, cuyo informe se dice emitido y obrante al folio 116.bis de las actuaciones, lo que no es así.

También consta la verificación de los trámites probatorio (art. 9 RPAPRP), documental y testifical del Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia y del esposo de la paciente; de audiencia de la parte, por dos veces, en el que ésta se ratificó en su pretensión indemnizatoria (art. 11 RPAPRP), trámite que también se concedió,

indebidamente, al Consorcio Sanitario de Tenerife, como se explicitara en el citado DCC 447/2008; e informe del Servicio Jurídico del Gobierno, de conformidad con el art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 19/1992, de 17 de febrero, que no se emitió en relación con la nueva Propuesta de Resolución formulada tras la instrucción complementaria, toda vez que la misma no modificó los hechos o la valoración jurídica de los mismos.

II

1. El análisis de la adecuación de la Propuesta de Resolución al Ordenamiento jurídico exige, siquiera someramente, efectuar un relato de los hechos, tomándose como fuente el escrito de reclamación inicial.

La paciente, con un embarazo de alto riesgo y con problemas de diabetes gestacional, pasó controles periódicos en el Servicio de Endocrinología los días 28 de julio, 4 de agosto, 1 y 15 de septiembre, 6 y 20 de octubre, 3 de noviembre, 1, 15 y 29 de diciembre de 2004, y 12 de enero de 2005. El 21 de febrero de 2005, encontrándose la misma en la 40ª semana de gestación -es decir, a término de la misma- acudió al Departamento de Fisiopatología Fetal del Hospital Universitario de Canarias (HUC) con cita previa con su ginecóloga para revisión y práctica de pruebas (ecografía y amnioscopia) en el paritorio del citado Hospital. Dado que sus niveles de glucemia eran “bastantes inferiores a los normales que la misma presentaba”, fue enviada al Servicio de Consultas Externas de Endocrinología, para que revisasen las tomas de insulina; en dicha consulta se le cambian las mismas.

El 23 de febrero de 2005, a las 9:30 horas, la paciente ingresa de urgencia en el Hospital para finalizar su “proceso gestacional calificado como de alto riesgo”, al cumplirse la 40ª semana de gestación. Desde su ingreso en el Departamento de Obstetricia y Ginecología y en la Unidad de Ecografía y Diagnóstico Prenatal, “se observa que la paciente presenta un insatisfactorio control glucémico”.

El mismo día se procede a la “preinducción al parto, aplicándole prostaglandinas”. Por antecedentes de hipertensión y diabetes se le induce el parto, presentando “cuello uterino blando”, aplicándosele Eritromicina 500 mg, antibiótico que “se utiliza para el tratamiento de infecciones provocadas por bacterias sensibles a este antibiótico”.

El 24 de febrero de 2005, alrededor de las 2:00 horas, la paciente comienza a "quejarse de estar sufriendo fuertes y seguidas contracciones"; la monitorizan a las 4:30 horas, y se le administra un calmante.

A las 12:30 horas es llevada al paritorio, "donde le practican la rotura de la bolsa amniótica, con resultado de "Líquido amniótico: Claro". Tras ello, se la somete "a varias exploraciones durante las 19 horas siguientes a la rotura de la bolsa".

El 24 de febrero de 2005, entre las 16:30 y 17:00 horas, el niño fallece, según el Hospital debido a "rotura prolongada de membranas, síndrome de distress respiratorio (probable neumonía), acidosis láctica".

Del informe forense del Instituto de Medicina Legal (Servicio de Patología Forense), de 19 de noviembre de 2005, se desprende que el feto, de 40 semanas de gestación, presentaba encéfalo indicativo de "posible encefalopatía anóxica"; en los pulmones se aprecia "aspiración masiva de líquido amniótico secundario a sufrimiento fetal, edema y hemorragia", así como, en sangre, se obtiene una cepa de "pseudomona aeruginosa" que causa "*infecciones graves en el ámbito hospitalario*" y que en los recién nacidos "puede afectar a los aparatos respiratorio, urinario, digestivo y circulatorio", destacando "sobre todo las infecciones respiratorias". La conclusión es que *el feto falleció, como causa inmediata, por "anoxia intraparto", y como causa fundamental "sufrimiento fetal agudo"*.

2. Se presenta la reclamación en base a las siguientes consideraciones: no haber previsto, al menos como posible, la práctica de cesárea, habida cuenta de que se trataba de una gestación de alto riesgo; no practicar la cesárea desde la rotura de la bolsa; haber permanecido la parturienta diecinueve horas con la bolsa rota hasta dar a luz; sufrimiento fetal agudo como consecuencia de lo anterior; (y) "fallecimiento del bebé por muerte violenta tras complicaciones derivadas de seguimiento fetal".

De la documentación obrante en las actuaciones, resulta que la paciente ingresó el 23 de febrero de 2005 en el Hospital "para terminar la gestación por insatisfactorio control glucémico", habiendo estado controlada durante ese periodo por "diabetes gestacional". Se le administra Dinoprostona, que se retira a las 12:00 horas, pasando a paritorio a las 12:30 horas del 24 de febrero. Tras el periodo de dilatación (oxitocina y anestesia epidural), la paciente presenta braquicardia y fiebre intraparto, no apreciándose en el registro cardiotocográfico "alteraciones sugestivas de hipoxemia fetal". A las 7:25 horas, del día 24 de febrero, se aplica fórceps con dilatación completa III siendo reanimado el niño en el Servicio de Neonatología. Se

señala como juicio diagnóstico: hipertensión, diabetes, inducción al parto, fiebre intraparto, distocia de rotación y episiotomía.

Del informe del Servicio de Inspección, de 14 de julio de 2006, resulta que: la paciente el 24 de febrero ingresa por "distres respiratorio"; se decide el internamiento al término de la gestación por el "insatisfactorio control glucémico"; el feto nació "hipotónico, sin esfuerzo respiratorio (...) por lo que se da oxígeno con presión positiva"; tras reanimación en el paritorio, "recupera parcialmente su función respiratoria" y se le entuba; y que en las horas sucesivas, aumentó la "dificultad respiratoria" hasta acabar en "asfisia neonatal", resultando a la postre progresión de la acidosis láctica y fallo de miocardio, falleciendo el mismo día 24 de febrero.

Este informe concluye que el control diabético de la paciente fue correcto, sin que las puntuales descompensaciones de la glucemia implicaran en algún momento "compromiso metabólico", por lo que la expresión del Servicio de Endocrinología de que el ingreso se debió al "mal control glucémico" no es indicativo de anomalía o deficiencia en la asistencia prestada a la paciente, sin que haya "relación entre el ingreso (...) y el seguimiento en el Servicio de Endocrinología".

En relación a la necesidad de que el parto hubiera sido por cesárea, del mismo informe resulta que: el alto riesgo de un embarazo comienza con puntuación igual o superior a 2, siendo 2 la puntuación de la paciente; y que "la definición de un embarazo como de alto riesgo no conlleva *per se* la determinación de la cesárea", pues la misma se aplica en aquellos casos en los que "clínicamente se hace necesario".

El 15 de febrero de 2007, tiene lugar el interrogatorio del esposo de la reclamante manifestando: que desde la entrada a paritorio hasta después del fallecimiento del niño su esposa estuvo en situación de "abandono", "mucho tiempo sola"; que como inducción al parto "le practicaron la rotura de la bolsa amniótica"; que en esa situación "permaneció 19 horas"; que el personal que entraba y salía de la sala "nos decía que no estaba rota la bolsa"; que "tuvo dos veces fiebre"; y que preguntó por qué no hacían una cesárea y se le contestó por una ginecóloga que "porque tenía diabetes".

El 15 de marzo de 2007 se efectúa el interrogatorio del Jefe del Departamento de Ginecología a preguntas de la parte y repreguntas del Consorcio Sanitario de Tenerife, del que resulta la siguiente información de interés: que la paciente tuvo

39º, por lo que a partir del 24 de febrero se le administró Eritromicina 500 ya que la paciente era alérgica a la penicilina; que la paciente no es que entrara “de urgencia” sino que entró “por urgencias”, que es el sistema de admisión cuando no se entra por el Servicio de Admisiones, aunque el embarazo era de “alto riesgo”; que aunque se sigan las pautas indicadas para el seguimiento de la diabetes, “las cifras de glucosa no se dejan siempre controlar satisfactoriamente”; que desde su ingreso la paciente estuvo sometida a “registro cardiotocográfico” con el fin de detectar “posibles problemas en el niño”; que el 23 de febrero se le aplicó “prostaglandinas” para inducir el parto; que el 24 de febrero se indujo el parto rompiendo la bolsa amniótica; que “no tiene sentido romper la bolsa y hacer una cesárea inmediatamente”; que la situación del parto fuera de alto riesgo “no es indicación por sí misma de una cesárea”; que no surgió ninguna situación “que indicara la práctica de cesárea”; que rota la bolsa “tarda en colonizarse por gérmenes al menos 12 horas y el peligro de infección no aumenta hasta pasadas 24 horas de la bolsa rota”; que 19 horas de espera “no puede considerarse un tiempo excesivo en estas circunstancias”; que el alta a las 24 horas se da, en casos como éste, para que la madre “no esté en contacto con otras mujeres que han culminado felizmente su proceso de parto”; que sólo los “duelos patológicos requieren de consultas siquiátricas”; que la paciente fue atendida por los Servicios de Endocrinología y Ginecología los días 25 y 26 de febrero, que informaron favorablemente el alta; que “en ningún caso se puede estimar que la rotura prolongada de membrana sea causa de fallecimiento”; que si en el parto hubiera habido anoxia el niño “hubiera muerto durante el parto”; que en el parto no se detectó “signos de hipoxia importantes” ni “sufrimiento fetal”; y que no se entiende bien el término “muerte violenta” del informe forense.

Con fecha 13 de junio de 2007, el Consorcio Sanitario de Tenerife efectúa alegaciones en trámite de audiencia en el sentido de que la actuación sanitaria fue en todo momento ajustada a la *lex artis*, pues el tratamiento y atención prestados fueron los debidos al caso, sin que “en modo alguno” tuvieran que ver con “el fallecimiento del recién nacido ni con el seguimiento de la gestación, ni (con el) control de la diabetes, ni con la estancia, ni con el tratamiento, ni con el parto, ya que el desafortunado suceso se produjo posterior (*sic*) al control y seguimiento de la gestación a la que la reclamante atribuye el error a esta Administración (...) sin que tuvieran influencia los tratamientos pautados”.

En su escrito de 4 de julio de 2007, la reclamante evacua las alegaciones debidas en el trámite de audiencia final, ratificándose en sus posiciones en base al informe forense antes extractado.

III

1. Con tales antecedentes, este Consejo no entró en su día en el fondo del asunto (DCC 447/2008), al entender preciso para ello poder contar con la siguiente información complementaria:

" (...).

Riesgos de dicho embarazo, en particular y en todo caso dado el concreto estado de salud de la paciente y su particular situación al ser asistida, así como su concreto tratamiento, incluyendo especialmente las adecuadas o exigibles precauciones en relación con el feto.

Razón por la que, dadas las circunstancias, no se optó por el uso de cesárea en este supuesto y, en particular, pertinencia de tal uso en este supuesto al menos tras la inducción al parto con prostaglandinas y producirse la rotura de la bolsa.

Posibilidad de que la infección fuese contagiada por la madre, tratada con Eritromicina al presentar fiebre; medidas tomadas para controlar tal eventualidad; influencia de la infección en los problemas surgidos al feto en el parto o inmediatamente después del mismo; desinfección respecto a la indicada bacteria del quirófano, en general, y de los medios utilizados y el personal actuante, en particular.

Motivo por el que se pudo producir, en una actuación médica supuestamente correcta en el parto y antes o después de éste, anoxia intraparto y que no pudiera no sólo preverse o evitarse ésta, particularmente mediante cesárea, sino que no se detectara o previera en absoluto el sufrimiento fetal agudo que la precede y origina, determinándose también si dicha anoxia puede acontecer inmediatamente después del parto o, al menos, la aparición entonces de sus efectos letales, así como si ello no puede ser previsto o evitado con las medidas pertinentes dadas las características de la paciente o los acontecimientos del parto mismo.

Razón por la que el forense no incide en una posible distocia de rotación, aunque advierta de la producción de muerte violenta; efecto de esa posibilidad en los problemas del parto y, en especial, su conexión con la anoxia producida; motivo

por el que, de haberse presentado distocia, esta circunstancia no pudo preverse o controlarse dadas las condiciones del embarazo con medidas preventivas o específicas en el parto, incluido el uso de la cesárea”.

Finalmente, continuada la instrucción, se integra en las actuaciones informe complementario del Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, mediante el que se pretende dar respuesta a las anteriores cuestiones, y escrito de alegaciones de la parte, ratificándose en sus pretensiones iniciales.

Del mencionado informe resulta que: la calificación del embarazo como de “alto riesgo” determinó la aplicación de de una “batería de medidas diagnósticas y terapéuticas protocolizadas”; el embarazo de alto riesgo “no lleva implícito la práctica de una cesárea” y aunque sí “obliga a medidas de control no [conlleva (...)] indicación quirúrgica”; la rotura de la bolsa se hizo para, conforme al protocolo, “facilitar (...) los cuidados fetales en la inducción al parto”; tal rotura “tampoco es indicación de cesárea”; tampoco “las inducciones al parto (...), lo que sería un contrasentido”; *en ningún momento la monitorización “apareció indicación de cesárea”*; el cultivo positivo de *pseudomona* “no necesariamente implica un cuadro infeccioso pulmonar originado por ese germen”; determinar donde se produce su contagio es “prácticamente imposible”, sin que conste cuadro séptico en el recién nacido; la asepsia de las instalaciones quirúrgicas se llevó a cabo de conformidad con los protocolos; la hipoxia *en caso de que se produjera (lo cual no es demostrable con los datos de seguimiento del parto)* la debió hacer, como por otro lado es frecuente, en los tramos inferiores del canal del parto”; no se produjeron alteraciones cardiotocográficas indicativas de hipoxia, a la que por otra parte los fetos tienen “distintos grados de tolerancia”; *las distocias de rotación aparecen al final del canal del parto*; y, por último, no se entiende a que se refiere el forense cuando habla de “muerte violenta”.

2. El informe del Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, en efecto, da respuesta a las cuestiones planteadas en su día, reforzando la fundamentación de la Propuesta de Resolución. No obstante, en algún caso la respuesta dada no agota la virtualidad de la cuestión sobre la que se pidió información complementaria y, en otro, tal información es contradictoria con la que resulta del informe forense, a quien, por cierto, no se llamó a las actuaciones de forma complementaria.

3. Comenzando por esta segunda cuestión, resulta de una cierta perplejidad que, por un lado, el Forense indique que *el feto falleció, como causa inmediata, por “anoxia intraparto”, siendo la causa fundamental el “sufrimiento fetal agudo”*; y,

por otro, que en el último de los informes emitidos se diga que *en ningún momento en la monitorización "apareció indicación de cesárea"*; que la hipoxia, *en caso de que se produjera (lo cual no es demostrable con los datos de seguimiento del parto), [se debió producir (...)]*, como por otro lado es frecuente, en los tramos inferiores del canal del parto"; y que *no se produjeron alteraciones cardiotocográficas indicativas de hipoxia*, a la que por otra parte los fetos tienen "distintos grados de tolerancia.

Como puede observarse, las conclusiones del jefe del Servicio y el médico forense difieren de forma importante.

En este punto, las argumentaciones del Servicio han sido corroboradas en un segundo informe de su Jefe; sin embargo, el forense no ha sido llamado a las actuaciones a fin de confirmar o sustentar sus manifestaciones, tan contradictorias con las que se hacen constar en la Propuesta de Resolución. Sólo se llamó al Servicio de Ginecología, cuyas manifestaciones fueron efectuadas a la vista de todas las actuaciones; incluido el informe forense.

4. Por otra parte, el mencionado informe del Jefe del Servicio de Ginecología, también la Propuesta de Resolución, no llega hasta sus últimas consecuencias en relación con otros extremos, resueltos en la instrucción, pero no agotados en toda su virtualidad.

En efecto, el informe forense señalaba que en sangre se obtuvo una cepa de "pseudomona aeruginosa" que causa *"infecciones graves en el ámbito hospitalario"* y que en los recién nacidos "puede afectar a los aparatos respiratorio, urinario, digestivo y circulatorio", destacando "sobre todo las infecciones respiratorias".

En el informe del Servicio se dice cumplido el protocolo de asepsia de las instalaciones quirúrgicas, aunque no se aporta informe o certificado de las actuaciones realizadas en la sala quirúrgica donde fue atendida la paciente; se duda de cuál pudiere ser el lugar del contagio -cuando es conocido que tal germen es huésped habitual de las instalaciones hospitalarias-; incluso se dice que *"el cultivo positivo de pseudomona no necesariamente implica un cuadro infeccioso pulmonar originado por ese germen"*, lo que es contradictorio con el informe forense. Asimismo, se explica que *las distocias de rotación aparecen al final del canal del parto*, pero no se precisa si una distocia puede ser causa generadora de una hipoxia en el parto, de cuya existencia asimismo se duda.

5. Estas dudas motivaron que esta Sección, competente en este asunto, adoptara el Acuerdo, con suspensión del plazo de emisión del correspondiente Dictamen, de interesar que los forenses intervinientes y el Servicio de Ginecología emitieran informe complementario sobre determinadas cuestiones -que concernían, fundamentalmente, a la presunta "muerte violenta" del recién nacido, a la hipoxia determinante de la misma, y a la relación de ésta con la infección por *pseudomona aeruginosa*- y que por el Servicio de Endocrinología se remitiera informe que se dijo emitido en su día y que no obraba en las actuaciones. Efectuadas las pertinentes peticiones de información complementaria, se incorpora a las actuaciones los informes de los Servicios de Ginecología y de Endocrinología, pero no el forense pese a que se reiteró su emisión.

Fue, justamente, la apreciada contradicción entre los informes obrantes, forense y de Ginecología, lo que motivó la suspensión del procedimiento de acción consultiva. Sin embargo, no sólo no parece haberse recabado el instado Informe complementario de los forenses, sino que la información adicional aportada a las actuaciones por el señalado Servicio no resuelve la contradicción original, sobre todo porque las cuatro primeras respuestas efectuadas a las cuestiones planteadas por este Organismo parten del presupuesto fáctico de que no hubo hipoxia, pero sin aclarar o acreditar tal consideración respecto a la opinión del forense y, en buena medida, a los propios hechos.

En definitiva, los solos informes del Servicio, incluido el segundo emitido, no resuelven la problemática en el asunto constatada por este Organismo. En realidad, este último ni siquiera contesta plenamente a las antedichas cuestiones, en relación, justamente, con la forma y causa de la muerte del niño.

6. En consecuencia, resulta absolutamente necesario para la emisión del Dictamen recabado en este asunto el aludido informe complementario del forense sobre el caso, pronunciándose necesariamente sobre la causa efectiva del fallecimiento del niño y cuándo se produjo éste. En este sentido, ha de determinarse al respecto la producción de sufrimiento fetal e hipoxia en el proceso y de si se pudieron evitar estas circunstancias o sus efectos, bien en la asistencia correspondiente al parto e inmediatamente después de producirse éste, bien con una actuación preventiva o precautoria adecuada al efecto, sin servir o no ser suficiente la efectuada en esta ocasión dadas las condiciones de la paciente y la evolución del parto, con rotura de bolsa incluida, siendo éste de riesgo y padeciendo la afectada de cierta enfermedad, con fiebre además en esos momentos.

Por otra parte, en este orden de cosas y habiéndose detectado pseudomona aeruginosa en el recién nacido, ha de informarse sobre la posible existencia de infección en el recién nacido, el origen de la cepa, la conexión de aquella o ésta con el estado de la madre y la incidencia de tal circunstancia en la muerte del niño, particularmente respecto a la generación de sufrimiento fetal y de hipoxia.

Obviamente, este nuevo informe del forense habrá de efectuarse a la vista de la información ya producida por el Servicio, sin perjuicio de que se pueda y aun se deba complementar aquella por la Administración gestora en relación con los extremos antes expuestos a la luz de la opinión que exponga dicho forense, cabiendo a este fin la emisión de informe de otro especialista del Servicio Canario de la Salud sobre el asunto y sus distintos elementos, con idéntico fin al referido anteriormente.

Por lo demás, ha de certificarse el cumplimiento de las normas aplicables sobre prevención y control de infecciones, en especial por pseudomona aeruginosa, en el material, personal, instalaciones y la misma paciente en este supuesto, no bastando una simple afirmación de que así fue o debiera ser supuestamente. Así, ha de acreditarse que la infección o la cepa no tiene origen hospitalario y que, en tal caso, su incidencia no pudo ser en absoluto evitada por determinados motivos, o bien, no influyó para nada en los acontecimientos.

Efectuada esta información adicional, procede que se le de traslado a la interesada a los fines de lo previsto en el art. 84 LRJAP-PAC y, finalmente, el instructor habrá de formular nueva Propuesta de Resolución, con informe en su caso del Servicio Jurídico sobre su formulación inicial, para ser remitida en su versión definitiva a este Organismo para ser dictaminada.

C O N C L U S I Ó N

No procede emitir Dictamen de fondo, debiéndose retrotraer las actuaciones en orden a efectuar los trámites de instrucción que se exponen en el punto 6 del Fundamento III, con ulterior remisión de la Propuesta de Resolución que se formule a este Organismo.