



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 2 6 / 2 0 1 2

(Sección 2ª)

La Laguna, a 13 de noviembre de 2012.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la ***Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.A.B.G., en nombre de los hermanos J., I., H. y N.C.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 477/2012 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un Organismo Autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS).

Está legitimada para solicitar el Dictamen la referida Consejera, siendo la solicitud preceptiva, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e), respectivamente, de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

Es aplicable al caso la normativa básica en materia de responsabilidad, no desarrollada por la Comunidad Autónoma y constituida por los preceptos al efecto de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) y el citado RPAPRP, así como la ordenación del Servicio concernido, tanto básica estatal como autonómica de desarrollo.

* PONENTE: Sr. Bosch Benítez.

2. Este Organismo ya se ha pronunciado en este asunto en su Dictamen 633/2011, de 17 de noviembre, en el que se concluyó la no conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución entonces analizada, al entenderse no suficientemente motivada y o disponerse de los datos pertinentes para pronunciarse sobre las cuestiones determinadas en el art. 12.2 RPAPRP.

Por ello, se consideró procedente retrotraer las actuaciones a los fines de recabar informes de facultativos especialistas en oncología y radiología diagnóstica del SCS, sobre los puntos expresamente reseñados en el Dictamen, tras lo que habría de efectuarse nuevo trámite de vista y audiencia a los interesados y, subsiguiente, formulación de la Propuesta de Resolución consecuente con estos trámites, a ser dictaminada por este Organismo.

Cumplimentadas las referidas actuaciones, sin perjuicio de lo que luego se expresará sobre su idoneidad y efectos, se ha solicitado nuevamente el Dictamen de este Consejo sobre la Propuesta de Resolución formulada.

II

1. J., N., H., e I.C.G. presentan reclamación de indemnización por el fallecimiento de su madre, Ú.G.A., que consideran es consecuencia de un tardío diagnóstico de la enfermedad y de la inaplicación del tratamiento adecuado a la dolencia padecida, considerando deficiente la asistencia sanitaria prestada y solicitando una indemnización que asciende a la cantidad de 33.074,24 euros.

2. Los reclamantes, que actúan por medio de representante, ostentan la condición de interesados en cuanto titulares de un interés legítimo, puesto que alegan haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento. La representación conferida consta debidamente acreditada en el expediente.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado SCS, titular en la Comunidad Autónoma de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño y, por ello, responsable de los daños que ocasione a los usuarios.

La reclamación fue presentada el 4 de marzo de 2008, antes del cumplimiento del plazo de un año que prevé el artículo 142.5 LRJAP-LPAC para la prescripción del derecho a reclamar, a computar desde el fallecimiento de la madre de los interesados, acaecido el 6 de marzo de 2007.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Organismo Autónomo actuante, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS.

Y la competencia para resolver le corresponde a su Director, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

3. Se resolverá con incumplimiento manifiesto e infundado del plazo de seis meses que al respecto se prevé en el artículo 13.3 RPRP, aunque esta injustificada y dilatada demora no impide la resolución expresa del procedimiento, pesando sobre la Administración el deber de hacerlo, sin perjuicio de las consecuencias que debiera comportar o pudiera conllevar (arts. 41, 42.1, 43.4, 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC).

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 2 de mayo de 2008 (art. 6.2 RPRP), realizándose los actos de instrucción legalmente ordenados para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPRP), incluido el trámite de vista y audiencia a los interesados.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por el Servicio Jurídico, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. En el expediente aparecen acreditados los siguientes hechos, a la luz de las alegaciones del reclamante, la historia clínica y el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

1. Centro de Salud.

La paciente consulta al médico de cabecera el 21 de septiembre de 2006 por dolor en costado derecho de una semana de evolución, tras sufrir una caída, que es

diagnosticado de contusión de pared torácica, solicitándose radiografía de parrilla costal. En la atención sanitaria prestada el 3 de octubre de 2006 por idéntico motivo, se hace referencia a la valoración de dicha prueba, que estima ausencia de lesión ósea.

Además, constan estas otras asistencias:

- 28 de septiembre de 2006: atendida por enfermera para toma de constantes.
- 16 de octubre de 2006: dorso-lumbalgia
- 8 de noviembre de 2006: se solicita revisión del oftalmólogo y repetición de recetas.
- 5 de diciembre de 2006: epigastralgia, sin acidez, refiriéndose que come poco porque al rato de comer se siente mal.
- 19 de diciembre de 2006: pendiente de CEA y alfa fetoproteína (marcadores tumorales), con diagnóstico de coledocolitiasis, habiéndose efectuado coledocoduodenostomía por ictericia, con solicitud de ecografía.
- 18 de enero de 2007: se anota que acudió a médico particular para colonoscopia, endoscopia y TAC.
- 22 de febrero de 2007: el hijo solicita, con informe del HUC, pase para psiquiatría.
- 26 de febrero de 2007: asistencia en domicilio porque esta decaída, con disfagia a sólidos desde hace tres meses, refiriéndose también que, a veces, se queda sin voz.

2. Clínica V.

El 10 de enero de 2007 consulta por dolor costal en relación con traumatismo sufrido tres meses antes, epigastralgia, con discreta hiporexia y descenso ponderal, pero sin clínica de alarma. En la exploración, dolor a presión en últimos arcos costales y bases ventiladas. Pruebas complementarias: radiología, no lesión en parrilla costal; ECO, señal ecogénica a nivel subdiafragmático, aerobilia, posible angioma.

El 17 de enero de 2007 es valorada por facultativo privado especialista en digestivo, que determina traumatismo costal y sospecha de angioma hepático, solicitando TAC de abdomen-pelvis. Este se practica el 23 de enero, apreciándose imagen heterogénea que ocupa los segmentos hepáticos V y VIII, con estructuras

vasculares en su periferia altamente sugestivos de angioma hepático; vía biliar no dilatada, con signos de aerobilia; eje esplenoportal permeable de calibre conservado; sin agrandamientos ganglionares celiacos, mesentéricos o retroperitoneales “significativos”; vejiga sin hallazgos. El diagnóstico es angioma hepático en LHD y aerobilia.

La paciente es remitida a su médico de cabecera para completar estudio, recomendándose gastroscopia y colonoscopia, así como TAC de abdomen con contraste oral e intravenoso.

3. Clínica L.C.

Para descartar neoplasia colorrectal se realiza tacto rectal, con resultado de normalidad, y colonoscopia, señalando el informe al respecto que los abundantes restos fecales semisólidos y sólidos impiden explorar más del 90% de la mucosa. No obstante, se observa en transverso distal medio un pólipo plano-elevado de unos 5-6 mm, clasificación japonesa II.a, con centro eritematoso, sin poderse descartar erosión central, así como hemorroides internas.

4. Hospital Universitario de Canarias:

Analítica de 6 de junio de 2006, con marcadores tumorales normales.

Acude al Servicio de Urgencias el 4 de febrero de 2007 por dolor en costado derecho en estudio, tras traumatismo hace 3 meses, aportando TAC que se informa básicamente de normalidad, pues se ha producido aumento de dolor en los últimos días, con náuseas, disminución de apetito y pérdida ponderal de 6 Kg. en el último mes, así como cambio de hábito intestinal sin rectorragia. En radiografía de tórax, no se observan infiltrados. Se solicita colonoscopia para descartar neoplasia colorrectal por síndrome constitucional, siendo remitida a Consultas Externas de Cirugía General.

El 23 de febrero de 2007 se realiza ecografía de abdomen, informándose hígado de ecotextura heterogénea, con leve dilatación de vías intrahepáticas, así como área más heterogénea, de modo que, si bien no se delimitan formaciones nodulares claras, no se descarta trombosis parcial de porta derecha o proceso infiltrativo difuso; en tronco celiaco e hilio hepático, se observan adenopatías de hasta 2 cms; moderado derrame pleural derecho.

En consultas externas de 28 de febrero de 2007 figura: deterioro del estado general, con anorexia intensa y cuadro constitucional; pendiente de estudio

completo, habiendo sido estudiada fuera del hospital por dolor HCD; radiografía tórax, derrame pleural derecho e imágenes nodulares dispersas con posible metástasis; TAC abdomen del mes anterior, hígado metastásico con neoplasia hepática primaria, comentándose con radiología la presencia de metástasis hepáticas.

La paciente ingresa en el Servicio de Oncología el 1 de marzo de 2007, en el que, tras valoración de las pruebas aportadas se desestima tratamiento quirúrgico y se coloca tubo drenaje pleural.

La paciente fallece el 6 de marzo de 2007, con diagnóstico de neoplasia diseminada de primario no conocido, pero sin confirmación histológica; insuficiencia hepática y encefalopatía secundaria.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada, reiterándose la desestimación inicialmente propuesta, a la vista de los informes emitidos. Así, con esta base considera que, en el presente caso, no concurren los presupuestos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, habida cuenta que la actuación sanitaria se ha ajustado a la *lex artis*, pues, ante la sintomatología presentada por la paciente, se utilizaron los medios procedentes en cada momento.

Pues bien, ante todo es preciso recordar que la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria prestada ha de determinarse, como reiteradamente ha señalado este Organismo, en línea con la constatación jurisprudencial al respecto, en función del criterio de la *lex artis*, ajustándose o no a ella la actuación del Servicio, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo porque dada la naturaleza humana y el estado de la ciencia, no cabe preservar la salud del paciente u obtener su curación en todo caso o plenamente.

En este sentido, el funcionamiento del servicio público sanitario ha de suponer, como deber esencial, el proporcionar medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar una absoluta disponibilidad o un resultado pleno, no habiendo alcanzado la medicina el grado de perfección que permita la curación de todas y cada una de las enfermedades y evite siempre la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

Además, el cumplimiento de tal deber esta condicionado por la inevitable limitación de recursos públicos y, en relación con ello, la necesaria ordenación territorial, estructural y funcional del sistema sanitario; sin perjuicio de que la prestación del servicio ha de tener un nivel apropiado al desarrollo social y sus necesidades, estando ajustado al avance científico y, siendo tal sistema único, estar adecuadamente distribuidos y disponibles sus medios tanto territorial, como orgánica y funcionalmente.

La cuestión es, por tanto, determinar si, a la luz de los hechos contrastados y, en particular, los síntomas y el estado de la paciente, se le prestó asistencia con medios apropiados en cada nivel del sistema o en su conjunto, a lo largo del proceso, y si tal prestación se ajustó a la *lex artis* del caso.

2. La paciente fue atendida en su Centro de Salud el 21 de septiembre de 2006 al referir dolor costal que atribuye a una caída previa, sin referir ningún otro síntoma, realizándose las actuaciones pertinentes: auscultación pulmonar, con resultado de normalidad, y exploración, advirtiéndose dolor por presión manual a nivel costal, por lo que se realizó radiografía de tórax, que no objetivó lesión. En definitiva, se consideró que el dolor se debía al traumatismo producido al caerse la paciente, no apreciándose ningún otro dato clínico que fuera sugestivo del padecimiento de otra patología, ni tampoco síntomas que aconsejaran solicitar pruebas complementarias.

Sin embargo, el dolor persistía el 3 de octubre de 2006, razón por la que volvió la paciente al Centro de Salud, sin que entonces, pese a esta circunstancia y aun no habiéndose detectado por la anterior radiografía lesión ósea, se solicitara otra prueba en orden a localizar el motivo de ese dolor, que ya duraba tres semanas.

El 5 de diciembre de 2006 y sin constar la desaparición del dolor, es atendida al referir molestias y comer poco porque, al intentarlo, se siente mal, pautándose tratamiento para supuesta epigastralgia. Y, habiendo presentado la paciente ecografía efectuada en centro privado por este motivo, indicativa de cierta irregularidad o problema de salud, no consta que se pautara entonces prueba específica o complementaria, salvo analítica. La situación, sin embargo, parece persistir el día 19, manteniéndose la sintomatología. En esta asistencia, se señala que se está pendiente de analítica pautada para determinar marcadores tumorales, solicitándose ahora TAC, con recordatorio de la coledocolitiasis que padeció la paciente con anterioridad.

En informe ulterior, el facultativo actuante manifiesta que la paciente acudió refiriendo pesadez abdominal durante este mes de diciembre y que, en la segunda consulta, se encontraba pendiente de analítica para descartar enfermedad neoplásica del aparato digestivo, cuyos resultados, recibidos el día 22 del mismo mes, eran de normalidad tanto para el hígado, como para una posible neoplasia intestinal. En cuanto a la ecografía aportada por la paciente, señala que indicaba un posible angioma, aunque los ecografistas recomendaban un TAC, que se solicita, y se deriva la paciente a digestivo porque también se instaba a realizar colonoscopia y endoscopia.

En definitiva, la asistencia hasta ese momento fue la adecuada a la sintomatología y no existe la pasividad alegada por los interesados ante un eventual proceso neoplásico, siendo las pruebas solicitadas adecuadas y la remisión a facultativo especialista pertinente al objeto de alcanzar el diagnóstico de la enfermedad. Al respecto el Jefe de Servicio de Oncología del HUC informa que la confirmación diagnóstica del angioma hepático detectado en la ecografía realizada en el centro privado no corresponde al Servicio de oncología, sino al de Digestivo, al que en efecto se remitió a la paciente.

Cabe añadir que, según la historia clínica, el Servicio de Reumatología del HUC, donde estaba siendo tratada la paciente por osteoporosis, solicitó una analítica en junio de 2006 que ya había mostrado marcadores tumorales dentro de la normalidad. En esta línea, habiéndose practicado con motivo de la atención sanitaria prestada en el centro privado en enero de 2007 ecografía y TAC, no se apreciaron signos de alarma, ni la radiografía realizada en el Servicio de Urgencias del HUC el 4 de febrero de 2007 evidenciaba la patología luego detectada. No obstante, tal radiografía era de tórax y no se trataba de una prueba específica de abdomen o intestino, como la eco luego hecha o el TAC en su momento instado con ciertas características y nunca efectuado.

A partir del 23 de febrero de 2007, realizada por fin la indicada ecografía de abdomen en el HUC, se observan las adenopatías ya referidas en tronco celiaco e hilio hepático, así como moderado derrame pleural derecho. Luego, la radiografía practicada el 28 ofrece imágenes sugestivas de metástasis también en el pulmón, ausentes en la del día 4.

3. En definitiva, la Administración sostiene que, en el mes anterior al ingreso de la paciente en el HUC, la información proporcionada por pruebas efectuadas era de normalidad. Por eso, se constata la rápida evolución, crecimiento y devastador

diagnóstico del tumor de origen no reconocido posteriormente aparecido y en su momento detectado, supuesto aparentemente posible, sin existir datos para la evidencia o aún sospecha de dicho tumor antes, hasta el punto de ser negativos los marcadores tumorales en junio o diciembre de 2006.

En este contexto, se alega que el Servicio actuante de la sanidad pública no pudo mas que dar por correcta la información suministrada por la privada tras realizarse las pruebas correspondientes, incluido TAC, sin haber motivo para revisarlas hasta ser patente el cambio semiótico de la paciente. Así, no se informaba de un origen tumoral de la dolencia de la paciente, ni se tenían datos al respecto derivados de las pruebas realizadas en el centro de salud o antes del ingreso.

Finalmente, cuando se hace la prueba específica después dado el estado de la paciente, se revisa el TAC y se confirma la existencia no sólo de cáncer, sino de metástasis. Por tanto, la paciente fue tratada adecuadamente por los Servicios sanitarios públicos, no siendo posible diagnosticar el tumor hasta que éste resultó clínicamente evidente y, una vez diagnosticado, fue tratado de forma diligente, a pesar de lo cual y por el tipo de tumoración y dado el grado metastásico, nada pudo hacerse para detener el proceso y evitar la muerte de la paciente.

En esta línea, el Jefe de Servicio de Oncología advierte que la sospecha de tumor maligno se objetiva por primera vez tras la ecografía de 23 de febrero de 2007, en la que se observa la progresión de la enfermedad con ganglios abdominales y derrame pleural, siendo indicativa de su agresividad la rápida diseminación de la enfermedad constatada en días posteriores. Por eso, entendiendo como diagnóstico temprano el obtenido en esa fecha, su determinación no hubiera cambiado la evolución clínica de la enfermedad y su desenlace fatal.

Por su parte, el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico del HUC, tras valorar las imágenes radiodiagnósticas disponibles, que no son por consiguiente todas las efectuadas y, en su caso, las más relevantes, informa que las radiografías de abdomen no muestran hallazgos relevantes y respecto a las de tórax demuestran la rápida evolución del proceso, comparando las efectuadas el 4 de febrero de 2007, sin signos específicos de enfermedad tumoral, y la del 28 de ese mes, con clara indicación de la misma por afectación metastásica.

V

1. Sin embargo, aun teniéndose en cuenta todo lo informado, especialmente los informes emitidos para complementar la instrucción a requerimiento de este Organismo, la cuestión esencial explicitada al comienzo de este Fundamento no tiene todavía una solución clara, particularmente en orden a entender fundada la propuesta desestimatoria de la reclamación, persistiendo dudas razonables sobre la pertinencia de los argumentos al respecto recogidos en la PR finalmente formulada.

Lo que naturalmente afecta a que pueda efectuarse un pronunciamiento procedente sobre la alegada inexistencia de nexo causal entre el daño sufrido y la asistencia prestada en este caso. Y es que, siendo patente el resultado dañoso, no está debida o suficientemente acreditado, a la vista de los hechos y datos disponibles, que su producción no sea consecuencia de tal asistencia, en cuanto que la actuación médica se ha ajustado, plenamente al menos, a la *lex artis* y que los medios proporcionados fueran los que debieran aportarse en este supuesto en tiempo y forma, incluso admitiendo la incidencia de la medicina privada al respecto, habida cuenta de que ésta se debe, en buena medida, a la demora de la sanidad pública en realizar las pruebas pertinentes.

En este sentido, hemos de remitirnos a lo expresado en el Fundamento V del citado Dictamen 633/2011 de este Organismo, cuando advierte la necesidad de que debe demostrarse fehacientemente que el diagnóstico del tumor no fue improcedentemente tardío, máxime cuando, en puridad, se detectaron metástasis del mismo y no éste propiamente dicho, para lo que se requería la emisión de informes complementarios sobre las cuestiones relevantes del caso que se especificaban.

Esto es, debe probarse que, con los medios diagnósticos debidamente utilizados y valorados, en especial mediante pruebas pertinentes e incluso las solicitadas, como eco o TAC, pero con sus debidas características o especificaciones, y habida cuenta de los conocimientos científicos al respecto y los síntomas de la paciente, incluso los aparentes resultados obtenidos en una primera aplicación, no pudo efectuarse de ningún modo el diagnóstico de cáncer o de proceso neoplásico antes de que lo fue, descartándose objetivamente que no pudo médicamente obtenerse antes pese a existir ciertos datos que hacían sospechar su presencia, o bien, que únicamente aparece, y sin posible contención en absoluto, en enero de 2007, sin tener la paciente oportunidad alguna de salvar o alargar su vida siquiera y, cuando menos, evitarle sufrimientos.

2. Precisamente y en relación con lo antedicho, aun no se ha determinado debidamente el motivo de que no se realizaran, con el carácter de urgencia que la situación médica parecía demandar, las referidas pruebas, en general, en centros públicos o, en particular, las pautadas que, ante la demora al efecto, se debió hacer la paciente en centro privado. Tanto la ecografía inicial, como, sobre todo, las pruebas específicas que, por alguna significativa razón ha de suponerse, el propio centro privado consideró apropiadas, un TAC normal primero y otro de contraste ulterior a la luz de éste, así como endoscopia y colonoscopia; siempre, por lo demás, sin consulta alguna con el Servicio de Oncología a los efectos oportunos, poco explicable incluso si la competencia en principio correspondiera al Servicio de Digestivo.

Es más, tampoco se justifica el que, con los antecedentes y estado de la paciente y las dudas diagnósticas planteadas, como sugiere la recomendación de las pruebas aconsejadas en cada momento, no se revisaran cuando menos y con no menos diligencia, las realizadas en centro privado en enero y disponibles en febrero, o bien, se repitieron pruebas complementarias. En especial, la colonoscopia que manifiesta y reconocidamente era deficiente y, máxime cuando, aún así, permitió detectar un pólipo relevante de ciertas características, siempre en relación con la posible presencia del tumor original en esa zona.

Por otra parte, pese a ser conocido que los marcadores tumorales, siendo adecuados elementos de diagnóstico, no siempre permiten detectar con claridad o plena certeza un proceso neoplásico, debe aclararse la razón de que, existiendo tumor en enero, en diciembre no arrojaran dato alguno de sospecha y fuesen normales todos y cada uno completamente. Pero también el motivo por el que, persistiendo los síntomas y deteriorándose el estado de salud de la paciente, no se repitió en enero o principios de febrero la analítica, dadas las circunstancias.

Y también ha de explicarse la indicación de que el tumor no existía en diciembre, no siendo el causante de los síntomas de la paciente en el aparato digestivo o el hígado, al existir en enero y, además, en grado metastásico, justificándose pertinentemente que, pese a ello, pudiera apreciarse en pruebas diagnósticas, como eco o TAC, debidamente realizadas y valoradas en ese mes o en enero; sobre todo cuando, de hecho, constaba su presencia en el TAC realizado, manifestando ya entonces metástasis hepática.

Además, ha de insistirse en que la información a emitir a evacuar por especialistas en la materia, incluidos radiólogos y oncólogos a estos fines informativos, siempre a la vista de todas las actuaciones y pruebas practicadas o, al menos, sus resultados e informes, ha de producirse por facultativos que, aun cuando pertenezcan al SCS, no hayan intervenido en las actuaciones.

C O N C L U S I Ó N

Por lo motivos señalados, la Propuesta de Resolución analizada no es conforme a Derecho, debiendo llevarse a cabo los trámites que se indican en el Fundamento V y, previa audiencia a los interesados, formular una nueva Propuesta de Resolución, que habrá de ser remitida a este Consejo para su Dictamen preceptivo.