Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 1 2 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 29 de julio de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 272/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. La solicitud de dictamen, de 22 de junio de 2026, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 23 de junio de 2026.

2. La interesada reclama una indemnización de 349.238,99 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños presuntamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1, letra a) LPACAP].

---

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Asimismo, se ha de indicar que la reclamante actúa por medio de representante, cuyo poder de actuación consta debidamente acreditado en el expediente (art. 5 LPACAP).

En cuanto a la legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

5. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP, pues la reclamación se interpuso el 5 de mayo de 2025, respecto de un daño cuyo alcance ha quedado determinado tras el alta médica en la Unidad de Suelo Pélvico del Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil (CHUIMI) en abril de 2025. Esta circunstancia no es puesta en entredicho por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

6. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP). Sin embargo, aun expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su caso, económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

7. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del expediente que impidan un pronunciamiento de este Consejo sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

La interesada, en su escrito de reclamación, expone, como hechos en los que la fundamenta, los siguientes:

«PRIMERO.- CURSO DE LA GESTACIÓN. La reclamante, primípara de veinticuatro años, con índice de masa corporal inicial de 36,2 (-kg/m2-), inicia control obstétrico en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

Las ecografías de primer y segundo trimestre discurren sin anomalías, más allá de un incremento progresivo del IMC.

A partir de la semana 36 se constatan tomas tensionales elevadas en domicilio; la paciente acude en múltiples ocasiones a urgencias, documentándose proteinuria positiva e índice proteína-creatinina patológico, diagnosticándose preeclampsia leve.

De manera concomitante, las estimaciones ecográficas a partir de la semana 37, sitúan el peso fetal en percentil > 97 (4588 g), confirmándose la existencia de macrosomía y malas condiciones cervicales; todo ello en el contexto de obesidad mórbida.

Las últimas ecografías, de 28/2 y 01/03/2024, resultaron muy dificultosas por postura fetal y alta impedancia.

SEGUNDO.-DECISIÓNDE CONDUCCIÓNDELPARTO.-Pese a acumular simultáneamente preeclampsia, macrosomía y obesidad mórbida (IMC 44.69), sin obviar que se trata de una paciente primípara, se opta por prolongar la gestación hasta la semana cuarenta y practicar inducción farmacológica, descartándose la programación de cesárea electiva, a cuyo efecto, ingresa de manera programada el día 03/03/2024.

Esta decisión, clave en la génesis del daño, se tomó sin documentar en la historia clínica la valoración de riesgos ni el contraste con los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) que documentan que, estas complicaciones en su conjunto deben calificarse de alto riesgo para la integridad física del feto y de la gestante.

TERCERO.- EVOLUCIÓN INTRAPARTO.- Se documenta colocación de cinta de prostaglandinas el día 03/03/2024 a las 10.10 horas con retirada a las 22.30. El cuello aparece más favorable, aunque todavía con un bishop bajo; no obstante, se opta por no administrar nueva dosis y se programa la inducción activa para la madrugada.

El 4 de marzo de 2024, a las 00.30 horas, se inicia la segunda fase de la inducción con la amniorrexis artificial y perfusión de oxitocina a ritmo creciente. En las siguientes horas se objetiva una evolución lenta pero progresiva de la dilatación hasta completarse con rotura de la bolsa a las 10.20 horas. En ese momento consta presentación cefálica alta, pero se decide continuar con parto vaginal, con pujos dirigidos. El periodo expulsivo se prolonga excesivamente con dificultades para el descenso de la cabeza.

Durante la fase expulsiva, e intentando extracción manual, sobreviene distocia de hombros. Se realizan maniobras de McRoberts y presión supra púbica sin éxito.

El obstetra decide aplicar fórceps para abreviar el expulsivo (maniobra contraindicada en macrosomías severa) que resulta fallida, ocasionándose un desgarro perineal de cuarto grado, con rotura completa del esfínter anal y de la mucosa rectal.

Persiste la retención de la cabeza fetal y el registro cardiotocográfico muestra desaceleraciones prolongadas.

Ante la imposibilidad de resolver la distocia se practica maniobra de Zavanelli (reposición cefálica intraútero) y cesárea emergente, extrayéndose una recién nacida de 5 100 g a las 17.48 horas.

CUARTO.- HEMORRAGIA POSPARTO Y MUTILACIÓN UTERINA.- ras la cesárea la paciente sufre hemorragia grave por atonía uterina, que requiere de uso de uterotónicos y colocación de balón de Bakri.

Se produce sangrado mayor, trasladándose a quirófano para realización a sutura tipo Haymann, sin que se controle el sangrado.

Persistiendo la hemorragia y la inestabilidad hemodinámica pese a transfusión masiva, el equipo adopta la decisión definitiva de practicar histerectomía puerperal subtotal como maniobra de hemostasia de rescate, permaneciendo ingresada hasta el día 14 de marzo de 2024.

La intervención implica la pérdida absoluta e irreversible de la capacidad reproductiva que se podía haber evitado de haber tomado una decisión terapéutica acorde con las circunstancias del caso.

QUINTO.- COMPLICACIONES DEL PUERPERIO.- El 25 de marzo la paciente reingresa por dehiscencia total de la sutura del desgarro perineal, con infección local y constitución de fístula rectovaginal, que precisa de seguimiento hospitalario y tratamiento antibiótico y analgésico con morfina, con alta el 12/04/2024, haciéndose constar que no se hace exploración anal debido a lo reciente del tratamiento y el dolor que presenta la paciente, pautándose tratamiento, no relaciones sexuales y controles periódicos.

En visita de control de 6 de mayo, experimenta mejoría y no dolor a sedestación, pero sangrado con la defecación y relaciones sexuales no iniciadas, con cita en un mes para eco transperineal, valorar rehabilitación y realizar tacto rectal.

En consulta de 13 de junio de 2024, se documenta inicio de relaciones sexuales y molestias al fondo se la exploración vaginal E. 7/10, lo que implica un dolor moderado/intenso en la exploración (lo que es consistente con su diagnóstico).

Consta documentado en valoración obstétrica de 12 de septiembre de 2024, escape de gases a diario, molestias a final de la vagina durante la función sexual e imposibilidad de Eco transperineal por ampolla rectal ocupada. En la exploración vaginal persiste E. 7/10 y se

objetiva BM 3/5 lo que implica una fuerza moderada en la contracción del suelo pélvico, recomendándose realización de ejercicios de suelo pélvico sin pauta rehabilitadora.

A día de hoy, la paciente, habiendo transcurrido 14 meses desde el parto presenta, incontinencia cotidiana de gases, necesidad de apósitos y grave afección de la vida cotidiana y sexual, así como afectación psicológica secundaria al proceso sufrido.

SEXTO.- INCUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS.- El núcleo del incumplimiento de la lex artis radica en la decisión obstétrica adoptada el 1de marzo de 2024. Se opta por la inducción a la semana cuarenta de embarazo, favoreciendo un parto vaginal, en lugar de programar cesárea electiva o, cuando menos, una interrupción más de precoz la gestación.

Esta decisión se adopta en un contexto de macrosomía, obesidad mórbida documentada semanas antes del parto, preclamsia y paciente primípara.

Esta elección, implicaba un alto riesgo para la gestante y el feto, riesgo que se materializó posteriormente en el sentido anteriormente expuesto.

La inducción, que se prolongó excesivamente en el tiempo, desembocó en distocia de hombros que hizo necesario el uso de fórceps, técnica contraindicada en tales circunstancias, provocando el desgarro IV grado. Durante el expulsivo existió un incorrecto manejo por parte del equipo sanitario, que, en parte, ha sido responsable de los daños sufridos por la paciente y que podían haber sido evitados.

La distocia prolongada originó hiperdistensión y atonía uterina, desencadenante de la hemorragia masiva y la necesidad de histerectomía. La complejidad de la lesión perineal suturada en un contexto de obesidad e infección derivó, finalmente, en dehiscencia y fístula rectovaginal, existiendo una situación de dolor crónico moderado grave durante la función sexual, poca fuerza en el suelo pélvico, y pérdida crónica y cotidiana de gases que le condicionan de manera importante su vida personal y social.

Secundario a lo anterior, la paciente ha desarrollado un trastorno de estrés postraumático.

Existe, por tanto, nexo causal directo entre la actuación obstétrica contraria a la buena práctica y las gravísimas secuelas que hoy padece la reclamante.

(...)

I. Daño físico y funcional permanente. Pérdida definitiva del útero; lesión esfinteriana anal con incontinencia; fístula rectovaginal pendiente de plastias múltiples; dolor crónico vaginal; limitación para sedestación y esfuerzos y pérdida de fuerza en suelo pélvico.

2.Daño estético. Cicatriz abdominal tipo Pfannenstiel reabordada; cicatrización perineal deformante.

3.Daño moral. Esterilidad absoluta en mujer primípara; afectación grave de la vida sexual y de pareja; trastorno adaptativo ansioso-depresivo Vs. Trastorno de estrés postraumático en seguimiento.

4.Daño económico. Gastos sanitarios actuales y futuros (fisioterapia de suelo pélvico, psicoterapia, medicación)».

Se solicita indemnización de 349.238,99 euros por los daños que se alegan, según el desglose efectuado en la reclamación.

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obsten la emisión de un dictamen de fondo.

2. Constan las siguientes actuaciones:

- Por Resolución de 7 de mayo de 2025, de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que recibe notificación el 19 de mayo de 2025.

- El 12 de mayo de 2025 se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que se recabe y remita la historia clínica de la paciente obrante en el Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil (CHUIMI), así como informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del referido centro, que lo emite el 16 de enero de 2026, y, si lo estima oportuno, informe propio.

En fecha emitido el 28 de enero de 2026, se remite por el SIP la referida documentación, señalando: «Reproducimos íntegramente el informe evacuado, que se ajustan al contenido de la Historia Clínica y responde de manera pormenorizada al objeto de la reclamación».

- A efecto de dictar acuerdo probatorio, el 5 de febrero de 2026 se insta a la reclamante a proponer los medios de prueba que estime pertinentes, solicitando ésta, en fecha 18 de febrero de 2026 que se tenga por aportada la documentación incorporada en la reclamación, así como que se recabe informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, así como informe del SIP.

- El 9 de marzo de 2026 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las solicitadas por los interesados, a excepción del informe del SIP, haciendo constar:

«En relación con la solicitud del Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, es competencia del órgano instructor requerir su incorporación al

expediente, cuando del análisis de la documentación aportada resulta incompleta para la resolución del procedimiento.

El Servicio de Inspección y Prestaciones con fecha 29 de enero, remite los informes y documentación clínica del expediente, señalando: Reproducimos íntegramente el informe evacuado, que se ajustan al contenido de la Historia Clínica y responde de manera pormenorizada al objeto de la reclamación.

Por tanto, no resulta procedente su incorporación a efectos probatorios, a instancia del reclamante, dado el rigor y la exhaustividad del informe evacuado por el servicio actuante».

Siendo todas las pruebas documentales, y obrando en el expediente, se declara concluso el trámite probatorio. De ello recibe notificación la reclamante el 10 de marzo de 2026.

- El 9 de marzo de 2026 se confiere a la interesada trámite de audiencia, lo que se le notifica el 10 de marzo de 2026, sin que conste que se hayan presentado alegaciones.

- El 16 de junio de 2026 se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la reclamante.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, la pretensión de la reclamante con fundamento en el pormenorizado y documentado informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, de 16 de enero de 2026, recabado en la tramitación del procedimiento, que da respuesta a cada uno de los puntos en los que se basa la reclamación.

2. Antes de entrar en la cuestión de fondo, procede exponer los antecedentes clínicos de interés en relación con el presente procedimiento que constan en la historia clínica de la reclamante, que son los siguientes:

«1.- El 2/11/23 y el 24/11/23 acude a urgencias en semana 22+4 y 25+5 respectivamente por disminución de movimientos fetales, se confirma gestación activa intraútero y se da de alta sin objetivar patología materna ni fetal. Se realiza control de gestación en semana 28 objetivando ecografía con feto en percentil 93. Tensión Arterial dentro de la normalidad.

La historia clínica de Doña A. indica que el control de la gestación se lleva a cabo correctamente mediante seguimientos en el CAE y Atención Primaria, siguiendo el protocolo del Servicio Canario de Salud.

2.- El día 9/02/24 acude a urgencias en semana 36+5 por elevación de cifras tensionales en domicilio de 146/90 tras tomarse TA por notarse "edematosa". No clínica prodrómica de eclampsia. Se realiza TNE y control de tensión arterial dentro de la normalidad. En ese momento el IMC es de 41.

3.-Acude a control de gestación el 12/02/2024 en semana 37+1 objetivando TA 129/90, TA 125/92, 117/67 por lo que se indica control de TA 3 veces a la semana, ecografía con feto en p96 y se cita en semana 39.

4.- El día 16/02/2024 acude nuevamente a urgencias en semana 37+5 por elevación de TA 141/86, 139/97 en domicilio sin ningún síntoma asociado. Se confirman varias TA patológicas por lo que se indica extracción de analítica con resultado de IPC patológico y ratio en rango bajo (28). Se diagnostica de sospecha de preeclampsia, se solicita proteinuria 24h y se deriva a consulta de Hospital de Día Obstétrico.

5.-El día 18/02/2024 acude a urgencias por elevación tensional en domicilio, confirmando alguna TA patológica sin rango de gravedad, que se normaliza por lo que se indica alta a domicilio.

6.- Acude a primera visita a Hospital de Día Obstétrico el 20/02/2024 con 38+2 semanas. Se realiza analítica estando todos los parámetros dentro de la normalidad, proteinuria patológica y ratio angiogénico en rango intermedio (50), TNE reactivo no desacelerativo. Ecografía: feto en p100 con doppler dentro de la normalidad.

No se confirma el dato de cifras de TA patológicas en la vigilancia realizada en el hospital (discordancia entre las diferentes tomas de TA). Destaca proteinuria sin poder confirmar si es "de novo", o se trata de una HTA previa a la gestación, acompañada de marcadores angiogénicos en rango intermedio, lo que en ausencia de HTA conocida no se permite establecer en ese momento un diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo. Se indica control en 3-4 días para confirmar tendencia de la ratio.

7.- Se valora nuevamente en HDO el 26/02/2024. Se confirma HTA sin rango de gravedad. En conjunto con la proteinuria de 24 horas positiva, se establece el diagnóstico de preeclampsia sin criterios de gravedad en semana 39+1.

Se realiza ecografía abdominal: Estudio altamente dificultoso por alta impedancia debido a la obesidad materna. Se confirma biometría con PFE 4588g. Col max 41mm.

Dado que la paciente presenta malas condiciones cervicales y, teniendo en cuenta la estabilidad clínica materna y fetal, se decide manejo conservador y se cita en 48 horas.

8.- El día 28/02/2024 acude a control en HDO. Persiste estabilidad clínica y analítica con rango en ratio intermedio y malas condiciones cervicales, por lo que se vuelve a citar en 48 horas.

9.- El día 1/03/2024 se valora nuevamente en HDO con 39+5 semanas. Persiste la estabilidad clínica y analítica. Se indica finalización de gestación en semana 40 tras explicar el método de inducción y la vía del parto.

10.- La paciente ingresa el día 3/03/2024 en la semana 40 con diagnóstico de preeclampsia sin criterios de gravedad, IMC de 44, exudado vaginorectal (EVR) positivo a S. agalactiae y sospecha clínica y ecográfica de macrosomía fetal. Se coloca cinta de PGE2 a las 9.30h.

11.- El 4/03/2024 pasa a paritorio a las 00:37h para continuar inducción. Se administra analgesia epidural y posteriormente se realiza exploración por parte de la matrona responsable. Se realiza rotura artificial de membranas, fluyendo abundante líquido claro. Cérvix dilatado 2cm, centrado, blando, borrado 90%, I plano. Se inicia antibioterapia con penicilina por EVR positivo, según protocolo vigente del Servicio.

Dada la dificultad en registrar la dinámica uterina por obesidad, se realiza medición de dinámica mediante dispositivo de presión intraamniótica (PIA). Tras realizar amioorrexis artificial, se inicia perfusión de oxitocina según protocolo habitual.

Se continúa inducción, la paciente permanece hemodinámicamente estable con TA controladas. A las 10:27h se avisa a equipo médico, ya que no se objetiva fluir orina tras realizar sondaje vesical. Se realiza analítica objetivando creatinina 0,95 (previa 0,68), analítica dentro de la normalidad.

Paciente afebril y asintomática. Se indica administración de sueroterapia de 80ml/h a 105ml/h iv. Paciente sin clínica prodrómica de eclampsia con TA en torno a 155/80-95mmHg. Se continúa inducción y la matrona realiza sondaje vesical sin objetivar orina, por lo que se avisa a equipo médico. Es valorada de nuevo por el equipo de guardia objetivando paciente estable hemodinámicamente con últimas TA en torno a 143/92, 135/86, 143/86 mmHg, ninguna en rango de gravedad. TV: Dilatación completa OIIA, II plano con asinclitismo anterior y discreto caput. Fluye LA claro. Diuresis muy escasa desde hace 6 horas <30cc. Se realiza nuevo SV sin fluir orina. Actualmente con perfusión rápida de 500cc de fisiológico y forzando diuresis. Se extrae nueva bioquímica para valorar creatinina confirmando valor de 1,22. Dado que la paciente está en anuria con creatinina en aumento se diagnostica de preeclampsia con criterios de gravedad. Se inicia tratamiento con Sulfato de Magnesio a dosis 66ml/h (acorde a protocolo de preeclampsia vigente en el Servicio de Obstetricia y Ginecología).

A las 16:39h se inician pujos dirigidos por la matrona. A las 17:20h acude equipo de guardia para continuar pujos dirigidos, de acuerdo al protocolo de asistencia a los fetos con sospecha de macrosomía vigente en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, que incluye la asistencia al parto con presencia de ginecólogo, anestesista y enfermería de quirófano.

Tras 60 min de pujos dirigidos se indica fórceps por expulsivo prolongado.TV: Cérvix en dilatación completa. OIIA en III plano. Fluye LA claro Se refuerza analgesia epidural. Se introducen ramas y se articulan sin contracción y sin dificultad. Se rota a OP y se realiza tracción continua con descenso del polo cefálico, se realiza episiotomía medio lateral derecha. Antes de la deflexión de polo cefálico se objetiva el signo de la tortuga, se indica a equipo de anestesia realizar una anestesia general a la paciente y se realiza maniobra de Zavanelli reduciendo polo cefálico a través de la vía vaginal para concluir la extracción fetal mediante rescate abdominal en paritorio.

Se administra una ampolla de Duratobal y se comprueba integridad vesical. Se procede a cierre abdominal.

Se realiza revisión de canal blando del parto objetivando desgarro de 4º grado, episiotomía medio lateral y desgarro de labio posterior del cérvix. Tras iniciar sutura de esfínteres se objetiva sangrado abundante, por lo que se activa código rojo a las 19:10h. Se inicia tratamiento médico con útero tendente a la atonía por lo que se coloca balón de Bakri y se indica control en Unidad de Reanimación.

A las 21:20h se vuelve a valorar a la paciente que presenta estabilidad clínica. A las 23:30h se comprueba sangrado escaso procedente de vagina.

12.- El 5/03/2024 a la 1:00h es valorada nuevamente por equipo de ginecología por inestabilidad hemodinámica de la paciente, por lo que se indica revisión urgente vaginal y abdominal en quirófano.

Se objetiva útero tendente a la atonía, por lo que se realiza sutura de capitonaje tipo Haymann, sin conseguir estabilidad hemodinámica y, ante el empeoramiento del estado general de la paciente, se decide realizar histerectomía puerperal. No otras complicaciones durante la cirugía.

Durante su estancia en la unidad de Reanimación del Hospital Materno Infantil se indica por parte del equipo de Anestesia traslado a la Unidad de Reanimación del Hospital Insular. Es valorada por equipo de ginecología en varias ocasiones en la unidad de Reanimación (consta en historia clínica).

Se traslada a la planta de puerperio el día 06/03. Posteriormente se realiza un nuevo ingreso en Reanimación de Hospital Insular el 07/03 por episodio de insuficiencia respiratoria aguda con buena respuesta a tratamiento, volviendo a planta de puerperio el 09/03/24 con buena evolución hasta que se decide alta a domicilio.

El día 12/03/2024 se diagnostica de cefalea post-punción dural por lo que se realiza parche hemático por parte del Servicio de Anestesia. Dada buena evolución, se decide alta a domicilio el 14/03/2024».

3. En el presente asunto, para poder entrar a analizar la cuestión de fondo es necesario retrotraer las actuaciones con la finalidad de que se emita un informe sobre los hechos por especialista en la materia, perteneciente al Servicio Canario de la Salud, por el que se pronuncie de manera fundada acerca de si en este caso procedía o no efectuar la cesárea, especialmente teniendo en cuenta las condiciones físicas de la madre y el peso (cerca de 5 Kg del feto) (art. 53 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Canarias, aprobado por Decreto 181/2005, de 26 de julio).

4. Tras ello se le otorgará el trámite de vista y audiencia a la interesada, emitiéndose una nueva Propuesta de Resolución, que se remitirá a este Consejo Consultivo para la emisión de su dictamen preceptivo.

5. Por último, procede advertir que este Dictamen no completa la preceptiva intervención de este Consejo Consultivo en el presente procedimiento de responsabilidad administrativa, pues sólo cumplida su retroacción y sometida a este Órgano Consultivo una nueva Propuesta de Resolución se podrá emitir el preceptivo Dictamen sobre el fondo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución no es conforme a Derecho, procediendo la retroacción de las actuaciones en los términos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.