

En Cervera del Río Alhama, el 26 de mayo de 2026, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en el Ayuntamiento de la localidad, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; de las Consejeras, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta, D.^a M.^a Belén Revilla Grande y D.^a M.^a Concepción Arruga Segura; del Consejero, D. Adolfo Alonso de Leonardo-Conde; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco, siendo ponente D. Adolfo Alonso de Leonardo-Conde, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

36/26

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales, en relación con el procedimiento administrativo de *Responsabilidad patrimonial sanitaria, por mala praxis en el implante de un marcapasos (160.749,43 euros)*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

1. El 22 de agosto de 2025, a través del Registro Electrónico General, el reclamante presentó un escrito dirigido al Servicio Riojano de Salud (SERIS), refiriendo los siguientes hechos:

“PRIMERO.- El 1 de octubre de 2024 tras sufrir en mi domicilio un episodio de cuadro sincopal acudí al servicio de urgencias del Hospital San Pedro de Logroño donde presenté tres episodios de asistolia sintomática y tras ser valorado por Cardiología se decidió el implante de un marcapasos definitivo bicameral DDD Medtronic Azzure.

El procedimiento quirúrgico se realizó en el Hospital San Pedro de Logroño, bajo la cobertura del Sistema Público de Salud de La Rioja y dirigido por la Dra. [...] (cardióloga). Una vez finalizada la intervención fui trasladado a la UCI y posteriormente a planta de Cardiología para seguimiento de evolución y continuación del tratamiento.

(Como prueba se adjuntan Documentos n° 1 y 2).

SEGUNDO. El 3 de octubre de 2024 recibí el alta hospitalaria con indicación de seguimiento y control por el médico especialista y por mi médico de cabecera, Dr.[...] (Documento n° 3), quien expidió el correspondiente parte médico de baja por incapacidad temporal por enfermedad común con fecha de efecto 1 de octubre de 2024 (Documento n° 4).

Desde los primeros días tras el alta, presenté signos evidentes de inflamación, eritema y dolor en la zona del bolsillo del marcapasos, lo que me llevó a pedir cita con mi médico de cabecera, quien tras citarme para el día 11 de octubre de 2024 y revisar la zona intervenida en la cirugía, decidió que acudiera, sin dilación, ese mismo día, a Urgencias del Hospital de San Pedro de Logroño, para que realizaran una evaluación y descartaran infección de la herida.

En Urgencias del Hospital de San Pedro de Logroño, tras una espera de más de siete horas, fui atendido por una médico (Dra. [...]) quien a pesar del mal aspecto que presentaba la herida quirúrgica, no identificó infección ni indicó pauta antibiótica específica, siendo diagnosticado de «hematoma postcolocación MCP en resolución» y como único plan terapéutico aplicación de hielo e ibuprofeno en caso de dolor. (Documento nº 5).

TERCERO. Dado que pasaban los días y la herida quirúrgica no presentaba signos de mejoría sino que, por el contrario, mostraba un claro empeoramiento clínico (dolor persistente e inflamación progresiva), acudí al servicio de enfermería de marcapasos del Hospital San Pedro de Logroño el día 21 de octubre de 2024, siendo valorado por una enfermera del servicio y por propia Dra. [...], cardióloga, quien no detectó signos de infección a pesar de los síntomas clínicos evidentes.

Ante la persistencia del cuadro y la creciente preocupación por la evolución de la herida, volví al mismo servicio el día 25 de octubre, sin que tampoco en esa ocasión se advirtiera o se sospechara la existencia de una infección activa.

Finalmente, el día 28 de octubre de 2024, ante la falta de diagnóstico y la progresión de los síntomas, acudí nuevamente al Hospital San Pedro, donde fui atendido en el servicio de enfermería por el Dr [...], cardiólogo, quien sugirió que acudiera nuevamente al hospital en los días siguientes para control y limpieza de la herida quirúrgica.

CUARTO. Ante la ausencia de una actuación inmediata por parte del SERIS y la situación de desconfianza generada por el deficiente seguimiento clínico realizado por el Servicio Riojano de Salud, y la falta de diagnóstico a pesar de la evidente evolución desfavorable de la herida quirúrgica, decidí acudir por mi cuenta el día 28 de octubre de 2024 a la Clínica Universidad de Navarra (CUN), a fin de obtener una valoración médica.

Tras ser atendido en el Servicio de Urgencias de la CUN, se me diagnosticó una infección del bolsillo del marcapasos, con indicación de ingreso hospitalario urgente dada la existencia de un riesgo vital por posible extensión sistémica del proceso infeccioso. (Documento nº 6).

Como consecuencia del diagnóstico de infección activa del bolsillo del marcapasos, fui ingresado en la Clínica Universidad de Navarra el día 28 de octubre de 2024, permaneciendo hospitalizado hasta el 12 de noviembre de 2024.

QUINTO. Desde el mismo momento del ingreso en la Clínica Universidad de Navarra se me administró tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro para combatir la infección, y en los días siguientes se practicaron diversas pruebas complementarias (cultivos, ecocardiograma, analítica, estudios de imagen) programando la extracción completa del marcapasos y electrodos del mismo para el 4 de noviembre de 2024.

El 4 de noviembre se me realizó una intervención quirúrgica de extracción del generador y de los electrodos del marcapasos implantado previamente en el Hospital San Pedro de Logroño. En el transcurso de la cirugía de extracción, el equipo médico de la Clínica Universidad de Navarra halló

en el interior del bolsillo quirúrgico (bolsillo del marcapasos) restos de gasa quirúrgica olvidada durante la intervención del implante del marcapasos en el Hospital San Pedro de Logroño, junto con material purulento.

Esta circunstancia, consta documentada de forma expresa en el informe médico de la CUN en el que figura como motivo de ingreso «infección de bolsillo de marcapasos» (Documento nº 7).

El hallazgo de dicha gasa olvidada en el interior de mi cuerpo (concretamente en el bolsillo del marcapasos) explica de forma directa y concluyente el origen y causa de la infección y de mi situación de incapacidad temporal de varios meses de duración, con los daños y perjuicios ocasionados en mi persona y supone una negligencia gravísima así como una infracción de las reglas más elementales de la lex artis médica, evidenciando un funcionamiento anormal del servicio público sanitario imputable al Servicio Riojano de Salud.

SEXTO. Tras la extracción completa del sistema de marcapasos y el lavado quirúrgico del bolsillo infectado realizado el día 4 de noviembre, fui trasladado a la Unidad Coronaria para vigilancia intensiva y permanecí hospitalizado en la Clínica Universidad de Navarra hasta el día 12 de noviembre de 2024 continuando el tratamiento antibiótico intravenoso. Durante este periodo, me realizaron un seguimiento clínico estrecho, manteniendo vigilancia microbiológica con hemocultivos repetidos hasta que fue confirmada una estabilidad clínica suficiente que permitiera la implantación de un nuevo marcapasos.

En este sentido, y ante la necesidad de reimplantar un nuevo sistema de estimulación cardíaca tras la extracción del dispositivo infectado, se celebró una sesión conjunta entre el equipo de Cardiología y el departamento de Enfermedades Infecciosas. En dicha sesión se valoraron las opciones disponibles y, teniendo en cuenta que la infección y la presencia de material textil (gasa quirúrgica) olvidado en la intervención inicial incrementaban de forma significativa el riesgo de reinfección con la implantación de un marcapasos convencional con generador subcutáneo, se desestimó expresamente dicha técnica. Como única alternativa terapéutica segura, se acordó la implantación de un marcapasos sin cables tipo MEDTRONIC MICRA AV2 Modelo MC2AVR1 SN MVD625200E, cuya técnica de inserción transcater evita la creación de un nuevo bolsillo quirúrgico y reduce de manera sustancial el riesgo de infección. El implante se realizó el día 6 de noviembre de 2024 sin incidencias, siendo bien tolerado y con evolución postoperatoria favorable.

Desde ese día continué recibiendo tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro, bajo control clínico y analítico estrecho, y una vez constatado el adecuado proceso de cicatrización de las heridas quirúrgicas y la correcta evolución del nuevo dispositivo implantado, recibí el alta médica hospitalaria el día 12 de noviembre de 2024, con prescripción de antibioterapia oral durante varias semanas y seguimiento ambulatorio en consulta de Cardiología.

SÉPTIMO. El marcapasos MICRA AV2 que finalmente me fue implantado tiene un coste de 14.520 euros, importe que he abonado íntegramente a la Clínica Universidad de Navarra tras alcanzar con dicha entidad un acuerdo de pago fraccionado en seis cuotas mensuales.

Se acompañan como Documentos nº 8 a nº 15 la factura correspondiente al dispositivo MICRA, el acuerdo de fraccionamiento de pago suscrito con la CUN, así como los justificantes bancarios acreditativos del abono de las cuotas pactadas.

OCTAVO. Tras el alta hospitalaria emitida el 12 de noviembre de 2024 por la Clínica Universidad de Navarra, permanecí en situación de incapacidad temporal hasta el 25 de marzo de 2025, fecha en la que mi médico de atención primaria expidió el correspondiente parte de alta médica, conforme

acredita el Documento nº 16. Esta situación de baja laboral, que se prolongó durante 176 días naturales desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 25 de marzo de 2025, me impidió ejercer mi actividad profesional con normalidad y supuso una limitación grave para el desarrollo de mis actividades ordinarias, así como para la práctica deportiva que realizaba de forma habitual.

Mi profesión habitual es la de abogado en ejercicio por cuenta propia, y la imposibilidad de trabajar durante los 176 días de mi baja médica, a causa de la infección directamente relacionada con la intervención sanitaria negligente realizada en el Hospital San Pedro de Logroño, me ocasionó un lucro cesante estimado en 23.118,70 euros.

Dicha cuantía ha sido calculada tomando como base el rendimiento neto reducido medio declarado en los tres ejercicios fiscales anteriores a 2024 (años 2021, 2022 y 2023), según consta en mis declaraciones de IRPF presentadas ante la Agencia Estatal de Administración Tributaria, que se acompañan como Documentos nº 17, 18 y 19, todo ello conforme al siguiente método de cálculo:

RENDIMIENTO NETO REDUCIDO POR AÑOS:

2021: 47.147,42 euros

2022: 58.031,46 euros

2023: 38.656,22 euros

MEDIA R.N.: $(47.147,42+58.031,46+38.656,22)/3$ AÑOS = 47.945,03 euros

PARTE PROPORCIONAL PARA 176 DIAS DE BAJA MEDICA IT SIN TRABAJAR:

$47.945,03 \times 176 / 365 = 23.118,70$ euros.

NOVENO. Asimismo, debe subrarse el profundo perjuicio moral sufrido como consecuencia directa de los hechos aquí expuestos. La infección grave que padecí, con riesgo vital, y los tratamientos e intervenciones a los que fui sometido, me enfrentaron a una experiencia traumática de gran intensidad y duración, cuyas secuelas emocionales persisten hasta el día de hoy. Durante los quince días de hospitalización viví en constante incertidumbre sobre mi estado de salud, sometido a múltiples procedimientos invasivos y continuos controles clínicos. Esta situación generó un temor real por mi vida y desencadenó una ansiedad que, lejos de disiparse, continúa afectando mi bienestar psicológico [este daño moral lo cuantifica el reclamante en 75.000 euros].

Así mismo, a causa de la negligente intervención quirúrgica realizada en el Hospital San Pedro de Logroño sufrí una restricción severa de mis hábitos cotidianos durante todo el periodo de la incapacidad temporal que fue de 176 días. En este periodo de incapacidad temporal no pude continuar con mi vida habitual, y la convalecencia obligada supuso una alteración significativa de mi vida a nivel social, laboral, deportivo y emocional.

La situación ha implicado un impacto notable en mi bienestar psicológico y calidad de vida, factores que, desde la óptica jurídica, constituyen un perjuicio moral objetivable, y cuya cuantificación resulta necesaria para garantizar la reparación integral del daño.

Así mismo, debe dejarse constancia de que la necesidad de una segunda intervención quirúrgica, motivada por la infección derivada de la primera implantación del marcapasos, ha provocado una cicatriz en el tórax de mayor tamaño y notablemente más antiestética de lo que habría resultado en condiciones normales. Esta secuela física es consecuencia directa de la deficiente ejecución de la intervención inicial realizada en el Hospital San Pedro de Logroño, cuya negligencia no solo

comprometió mi salud, sino que también ha dejado una marca visible y permanente que afecta negativamente a mi imagen corporal y bienestar emocional. En base a lo expuesto, resulta necesaria la cuantificación de este daño estético para su reparación por parte de la Administración [este daño estético lo cuantifica el reclamante en 8.000 euros].

DÉCIMO. Igualmente, se valora el perjuicio personal sufrido en 12.528,94 euros conforme a los importes fijados por el Baremo de la Ley 35/2015, en su actualización vigente para 2025:

TOTAL DIAS BAJA MEDICA POR I.T. ENFERMEDAD COM UN 176 DIAS

Perjuicio muy grave (riesgo en Unidad Coronaria de la CUN): 2 días x 127,01 euros = 254,02 euros

Perjuicio grave (hospitalización en la CUN con antibióticos intravenosos): 13 días x 95,26 euros = 1.238,38 euros

Perjuicio moderado (tratamiento antibiótico oral y curas ambulatorias): 30 días x 66,04 euros = 1.981,20 euros

Perjuicio básico (resto días de baja IT sin limitación grave): 131 días x 38,10 euros = 4.991,10 euros

Intervenciones quirúrgicas necesarias y posteriores a la primera implantación (dos cirugías, explantación marcapasos infectado + implantación MICRA): 4.064,24 euros”.

A partir de estos hechos, el reclamante solicitó al SERIS una indemnización de 133.167,64 euros por responsabilidad patrimonial.

2. Junto con su solicitud indemnizatoria, el reclamante presentó los siguientes documentos:

i) El informe de fecha 1 de octubre de 2024, del Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño (HSP), el informe de fecha 2 de octubre de 2024, del Servicio de Unidad de Medicina Intensiva, y el informe del Servicio de Cardiología de fecha 3 de octubre de 2024 (documentos nº 1 a nº 3 de la reclamación, respectivamente), en los que consta que el reclamante fue ingresado el 1 de octubre de 2024 para someterse a una intervención quirúrgica de implante de un marcapasos definitivo DDD Medtronic Azzure en la rama izquierda, que esta intervención se realizó en esa misma fecha “sin incidencias”, que el reclamante presentó una “buena evolución”, que la radiología de tórax postimplante arrojó un resultado “normal”, evidenciando que el marcapasos se encontraba “bien posicionado y sin neumotórax”, y que por todo ello fue dado de alta hospitalaria el 3 de octubre de 2024.

ii) El parte médico de baja por incapacidad temporal, de 1 de octubre de 2024, y el parte de confirmación de 8 de octubre de 2024 (documento nº 4), así como el parte de alta, de fecha 25 de marzo de 2025 (documento nº 16).

iii) El informe del Servicio de Urgencias del HSP de fecha 12 de octubre de 2024 (documento nº 5), en el que consta que el reclamante acudió a este Servicio el 11 de octubre de 2024, observándose tras su exploración física lo siguiente: *“inflamación sobre MCP [marcapasos] bien delimitada, sobre todo en porción más caudal, donde se vuelve más blanda a la palpación, con eritema en superficie a este nivel. Herida en buen estado, sin exudación (ni ahora ni en ningún momento). Sin eritema tampoco sobre MCP propiamente dicho”*. Asimismo, durante esta asistencia se le realizó al reclamante una radiografía de tórax, con el siguiente resultado: *“sin alteraciones relevantes”*. El diagnóstico-impresión clínica fue *“hematoma postcoloación MCP en resolución”*, y el tratamiento al alta, que se produjo el 12 de octubre de 2024, el siguiente: *“hielo local 3-4 veces al día. IBUPROFENO 600 mg 1 comprimido cada 8 horas si dolor, máx. 3 al día”*. En este informe consta también que el reclamante debía someterse al *“control médico de cabecera”*, y que el alta no se produjo con tratamiento antibiótico.

iv) El informe médico provisional de la Clínica Universidad de Navarra (CUN) de fecha 18 de noviembre de 2024 y el informe médico de la CUN de fecha 12 de noviembre de 2024 (documentos nº 6 y nº 7), en los que consta que el reclamante estuvo ingresado en la CUN desde el 28 de octubre de 2024 hasta el 12 de noviembre de 2024. Por otro lado, en estos informes se relata que:

-El 28 de octubre de 2024 se le realizó *“punción del bolsillo de marcapasos, extrayendo 5 cc de líquido de aspecto purulento y coloración marrón claro. Se extraen hemocultivos basales. Se decide ingreso hospitalario para antibioterapia intravenosa y posterior recambio de generador y cables de marcapasos”*. En esa misma fecha, se le practicó una radiografía de tórax, en la que se advirtió *“una imagen densa, con imágenes lineales hiperdensas, inferior al generador de marcapasos”*.

-El 4 de noviembre de 2024 fue sometido a una intervención quirúrgica de explante del marcapasos definitivo DDD Medtronic Azzure implantado en el HSP, que se resume así: *“previa antisepsia y anestesia local, se realiza incisión infraclavicular izquierda, sin necesidad de disecar por planos, se retira abundante tejido desvitalizado y material seropurulento. Se hacen lavados con abundante suero fisiológico y clorhexidina. Mediante tracción simple y soporte de stylete convencional + retracción de la hélice, se procede a retirada de electrodo auricular sin incidencias. Se desconecta electrodo ventricular del generador y mediante tracción simple + rotación antihoraria del electrodo, se procede a la explantación del mismo sin incidencias. Se repiten lavados abundantes y se retiran detritus restantes. Se realiza cierre con puntos discontinuos en subcutáneo y previo a cierre se realiza lavado con cefazolina de la bolsa del generador. Se realiza cierre con grapas de aproximación. Se envía material para cultivo”*. A este respecto se añade que durante el proceso de extracción del marcapasos, se *“[objetivaron] restos de gasa quirúrgica en bolsa de*

marcapasos”, que causaron una “infección del bolsillo del marcapasos”.

-El 6 de noviembre de 2024, y previa realización de hemostasia mediante sutura en “Z”, se implantó al reclamante un nuevo marcapasos, sin cables (sin electrodos), modelo MICRA AV2, sin incidencias. A este respecto, se indica que “dada la necesidad de implante de nuevo dispositivo de estimulación cardíaca se realiza sesión conjunta con el departamento de Enfermedades Infecciosas y ante la posibilidad de reinfección, se desestima la posibilidad de implante de un nuevo marcapasos convencional en el lado derecho, optándose por implante de un dispositivo de estimulación sin cables”.

-Dada la evolución favorable del reclamante, es dado de alta el 12 de noviembre de 2024.

v) La factura de 7 de noviembre de 2024, expedida por la CUN al reclamante, correspondiente al marcapasos sin cable que le fue implantado el 6 de noviembre de 2024, con un importe total de 14.520 euros (documento núm. 8), y los justificantes de su pago fraccionado por aquél (documentos núm. 9 a núm. 15).

vi) Declaraciones de IRPF del reclamante, de los ejercicios 2021, 2022 y 2023 (documentos núm. 17 a núm. 19).

Segundo

El 27 de agosto de 2025, la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud y Políticas Sociales (SGT, en adelante), dictó la resolución de inicio del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por el reclamante (353/25), con efectos del día 25 de agosto de 2025, nombrando asimismo instructor (el Jefe de Sección de Coordinación y Apoyo a la Instrucción).

Tercero

El 29 de agosto de 2025, el instructor del procedimiento solicitó a la Dirección del Área de Salud de La Rioja HSP la remisión de documentación e informe sobre los siguientes extremos: los antecedentes de la asistencia prestada al reclamante; copia de su historia clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente; informe de los sanitarios intervinientes en esta asistencia; y, en general, cuantos datos, documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión del reclamante.

En atención a este requerimiento, se incorporaron al expediente los siguientes documentos de interés:

i) La hoja circulante que recopila la información esencial de la intervención quirúrgica que le fue practicada al reclamante el 1 de octubre de 2024, en el que consta la identidad de la médico cirujana, de la enfermera instrumentalista y de la enfermera circulante, y en la que figura que el recuento de gasas, compresas e instrumental fue “correcto”.

ii) El documento de consentimiento informado de 1 de octubre de 2024, firmado por el reclamante, donde se refleja que *“existe riesgo de infección poco frecuente (1%) ya que se toman las precauciones necesarias. Sus consecuencias en algunos casos pueden ser importantes (infecciones del corazón)”*.

iii) El formulario de control de heridas y drenajes de 28 de octubre de 2024, en el que se deja constancia de que en esta fecha el reclamante acudió a la Consulta de Marcapasos del HSP por la mala evolución de la herida quirúrgica, y que ante su *“claro empeoramiento [...] se decide ingreso programado para mañana (29 octubre 24) para limpieza quirúrgica de bolsa de generador”*. Esta información se amplía en el listado de notas del médico cardiólogo: *“hoy 28/10/24 acude a control. La bolsa se encuentra con más inflamación, sobre todo en la parte interna de la cicatriz. A la palpación se aprecia contenido/colección líquida en toda su extensión. En conjunto se encuentra peor que hace tres días. [...] OD: Posible infección localizada en la bolsa del generador. PLAN: Ingreso programado martes 29/10/24 por la tarde para intervención sobre la bolsa/marcapasos el miércoles 30/10/24”*.

En ese formulario de 28 de octubre de 2024 también figura que el reclamante había acudido ya previamente con el mismo problema el 25 de octubre de 2024, y que se le dio cita para el 28 de octubre de 2024.

iv) El documento de consentimiento informado firmado por el reclamante el 28 de octubre de 2024, con respecto a la intervención quirúrgica programada para el día siguiente, para la sustitución del marcapasos.

v) El informe de 11 de septiembre de 2025, emitido por la enfermera circulante que participó en la intervención quirúrgica realizada el 1 de octubre de 2024, en el que manifiesta que realizó *“contaje sistemático de gasas, compresas, agujas e instrumental junto con la enfermera instrumentista”*, que, como consta en la hoja circulante antes referida, *“se realiza un contaje de gasas e instrumental correcto, verificando el número de gasas al inicio y en el momento del cierre del bolsillo de marcapasos, asimismo se emplean gasas con marca radiopaca diseñadas con el fin de facilitar su identificación mediante el rayo y, de esta forma asegurar la protección del paciente”* y que, por todo ello, su *“actuación como enfermera circulante se desarrolló estrictamente conforme al protocolo de quirófano, garantizando la seguridad del paciente y la calidad asistencial”*.

vi) El informe de 11 de septiembre de 2025, evacuado por la médico cirujana que intervino al reclamante el 1 de octubre de 2024, en el que subraya que la radiografía de tórax

postimplante objetivó *“silueta cardiaca normal”* y *“sin alteraciones”*; que durante su estancia en planta de hospitalización hasta el alta de 3 de octubre de 2024 experimentó una *“correcta evolución”*; que en su asistencia al Servicio de Urgencias del HSP de 11 de octubre de 2024 se le realizó una analítica que *“descartó signos de infección [...]”, siendo dado de alta con el diagnóstico de hematoma de bolsa de generador de marcapasos, sin tratamiento antibiótico, sí antiinflamatorio y con medidas locales*; que en la cita de curas en Atención Primaria de 15 de octubre de 2024 se apreció una *“correcta evolución de herida”* y se inició tratamiento con *“ciprofloxacino VO”*; y que el 21 de octubre de 2024 el reclamante fue atendido por la propia cirujana, y que *“ante la ausencia de claros signos de infección del sistema y analítica reciente con parámetros normales, y falta de respuesta a tratamiento con ciprofloxacino se decide tratamiento conservador y vigilancia, cambiando a tratamiento con Cloxacilina VO y solicitando analítica de control que el paciente se extrae el día 25 de octubre”*, así como que *“no se realizaron hemocultivos por ausencia de sospecha de infección sistémica y paciente ya en tratamiento antibiótico”*.

En este informe se destaca también que *“a pesar de tratamiento antibiótico y ante la evolución desfavorable de la herida quirúrgica el paciente acude de nuevo a revisión el 28 de octubre, en este caso realizada por el Dr. [...], que indica ante los signos de mala evolución ingreso ese mismo día para revisión quirúrgica de la herida el día siguiente, lo que el paciente rechaza aludiendo motivos laborales, prefiriendo ingresar 24h más tarde, ingreso que nunca se produjo ya que el paciente acudió de forma voluntaria esa misma tarde a un Centro Privado. Por lo tanto no es cierto como aduce que no existiera un seguimiento evolutivo, ya que el paciente fue visitado en 3 ocasiones por diferentes facultativos, realizándose inspección y analítica de control de la herida hasta comprobar indicios de posible infección, momento en el que se tomó la decisión de revisión quirúrgica de la herida como estipulan las guías de la EHRA (esquema que adjunto). La decisión de acudir a un Centro Privado con las consiguientes consecuencias económicas la realizó el paciente cuando podría haberse realizado el mismo tratamiento en nuestro Centro”*. La guía EHRA mencionada no aparece incluida en el expediente remitido a este Consejo.

Por otro lado, el informe subraya que *“el implante se realizó siguiendo el protocolo establecido [...] con comprobación de material y lavado de bolsa quirúrgica por el personal de sala, sin incidencias durante el mismo”*.

Finalmente, el informe pone de manifiesto en relación con la decisión de la CUN de implantar *“un dispositivo sin cables, mucho más costoso que en el caso de un dispositivo convencional por el lado contralateral como es indicación, [que] no es cierto que fuera la única alternativa viable, ya que una vez resuelta la infección es posible un implante convencional contrafateral con garantías de ausencia de nueva complicación, en este caso en particular por no tratarse de un paciente de alto riesgo de infección y con necesidad de estimulación bicameral debido al diagnóstico que motivó el implante de marcapasos de inicio, una disfunción sinusal”*.

vii) El informe de fecha 11 de septiembre de 2025, emitido por la enfermera instrumentista que participó en la intervención quirúrgica realizada el 1 de octubre de 2024, en el que explica que *“llevé a cabo la preparación de la mesa quirúrgica, realizando un conteo inicial de gasas, compresas, instrumental y agujas en estrecha comunicación con la enfermera circulante, a fin de asegurar un control riguroso del material utilizado durante la intervención”,* y que *“antes del cierre de la incisión quirúrgica, efectué junto a la enfermera circulante un nuevo conteo de gasas, compresas, agujas e instrumental, asegurando que ningún elemento hubiera quedado retenido en el campo operatorio”. Y concluye afirmando que “deseo manifestar que realicé el conteo de instrumental y materiales tanto al inicio como al final del procedimiento de acuerdo con los protocolos establecidos, y ambos conteos fueron coincidentes. Por ello, no comprendo cómo pudo haber quedado restos de material en la cavidad quirúrgica, ya que no se evidenció ninguna discrepancia durante el control”.*

viii) El informe de 9 de septiembre de 2025, elaborado por el médico adjunto de cardiología del HSP, expone que el 28 de octubre de 2024 comunicó al reclamante *“que era necesario ingresar porque había que intervenir quirúrgicamente, dado que todo hacía indicar que existía una infección en la bolsa del generador y que sería necesario extraer el marcapasos y sus electrodos”;* que *“ante esta propuesta, el reclamante, expresó que le resultaba difícil ingresar aquel día (lunes 28/10/2024). Pidió retrasar el ingreso al día siguiente porque tenía que terminar algunos asuntos de su trabajo”;* que *“accedió a su petición y se quedó de acuerdo en que acudiese al hospital el martes 29/10/2024 para intervención sobre la bolsa el miércoles 30/10/2024”;* y que no obstante lo anterior la actuación propuesta fue *“rechazada por el reclamante”,* que voluntariamente decidió ser intervenido en la CUN.

Al hilo de esto último, el informe añade que si el reclamante *“hubiese ingresado en el Servicio de Cardiología del Hospital San Pedro habría sido intervenido el 30 de octubre de 2024, incluso el 29/10/2024 de haber seguido el consejo del [autor del informe] para ingresar el mismo día que estábamos en la consulta”,* de manera que la misma intervención a la que fue sometido en la CUN *“le habría sido realizada en nuestro quirófano el 30 de octubre, incluso el 29/10/2024, de haber aceptado el diagnóstico y el consejo médico, poniendo a su disposición los medios del SERIS y del Servicio de Cardiología del Hospital San Pedro. Además, ello habría supuesto la extracción del marcapasos 5, incluso 6, días antes de lo que se le hizo en la Clínica Universidad de Navarra con el consiguiente adelanto en el proceso de curación de su infección”.*

En lo atinente al modelo de marcapasos implantado por la CUN, el informe asevera que no era *“la única técnica segura”,* y que *“el uso que de esta técnica se suele hacer es para aquellos casos de infección en los que no existe una causa evidente; suelen ser infecciones tardías e infecciones en las que al desconocer el motivo no podemos controlarlo.”*

Por tanto, en este caso, es muy dudoso que fuese la única solución. [...] En la práctica habitual, se suele indicar este dispositivo cuando se estima que la duración de la batería permitirá que sea el único marcapasos en la vida del paciente, y que no precisará recambios futuros. Dada la edad, 55 años, de nuestro reclamante, esto es difícil de asumir. [...] Si revisamos el informe de alta de Cardiología de fecha 03/10/2024 (documento 5), en el apartado de Diagnóstico dice: "disfunción sinusal sintomática. Pausas de asistolia (hasta 13 segundos)". Esto implica que el defecto electrofisiológico de nuestro reclamante está en la aurícula por la falta de impulso sinusal. De hecho, en la nota de la consulta de marcapasos del 28/10/2024 (documento 1), se describe el porcentaje de estimulación desde que se implantó el marcapasos, que es del 26% para la aurícula y menor del 0.1% para el ventrículo. En resumen, ahora tiene implantado un marcapasos con capacidad de estimulación solo ventricular que es lo que apenas necesita. Se trata de un dispositivo mucho más caro que el habitual de dos electrodos más fisiológico que se podría haber implantado en el lado contra lateral, la región infra claviclar derecha y, por otra parte, el futuro recambio del marcapasos sin cables implica una intervención de mayor riesgo para el paciente que el recambio del marcapasos convencional. Para concluir, no solo no es la "única solución", sino que posiblemente no es la mejor".

Cuarto

Obra en el expediente el dictamen médico pericial de 21 de noviembre de 2025 realizado -a instancias del SERIS- por un médico de *Criteria Médica. Insurance Claims & Loss Adjusters (CRITERIA)*, especialista en cirugía cardiovascular. Este informe concluye lo siguiente:

i) Hasta el momento del implante del marcapasos el 1 de octubre de 2024, la actuación médica del SERIS fue *"totalmente apropiada según la Lex Artis"*.

ii) Aun cuando en la hoja de circulante se consigna un conteo correcto del material quirúrgico (gasas, compresas, agujas e instrumental), y aun cuando en la radiografía de control postimplante de 1 de octubre de 2024 *"no se refiere la presencia de material extraño a la herida"*, lo cierto es que *"el informe clínico de la CUN en su evolutivo es muy claro a la hora de señalar la extracción de restos gasa de herida quirúrgica durante la intervención de retirada del sistema de marcapasos realizada el 04/11/24 (pág. 36 de la documentación de la Reclamación de Responsabilidad Patrimonial). Este hallazgo está apoyado tanto en el informe de radiografía de tórax de la CUN (pág. 31 de la Reclamación, donde dice «se observa una imagen densa, con imágenes lineales hiperdensas, inferior al generador de marcapasos, a correlacionar con procedimientos realizados»), como en la visualización directa de las imágenes"*. No obstante, esta aseveración que *prima facie* es categórica, se matiza después cuando el mismo informe reseña que *"en la descripción evolutiva del informe médico de la CUN se refleja que se extraen restos de gasa quirúrgica de la bolsa de marcapasos, aspecto que, de ser cierto, tendría gran relevancia como causa primaria de*

la infección de la herida quirúrgica”.

iii) La atención médica del SERIS posterior al alta hospitalaria de 3 de octubre de 2024 “fue inicialmente adecuada, puesto que se pautó antibioterapia de inicio ante cuadro de hematoma con sospecha de infección de sistema con integridad de herida cutánea y posteriormente, ante la mala evolución con falta de respuesta, se recomendó ingreso para explante quirúrgico del sistema, que el paciente solicitó retrasar unos días, por decisión propia, período que aprovechó para hacer uso de su derecho de obtener una segunda opinión, en este caso, en la CUN. Sin embargo, debemos señalar que el análisis exhaustivo a posteriori de las imágenes radiológicas, concretamente la radiografía de tórax PA y Lateral realizadas el 12/10/24, sí revelan una imagen altamente sospechosa de presencia de cuerpo extraño en la parte inferior de la bolsa que aloja el generador de marcapasos, aspecto que debería ser confirmado por un especialista en Radiología, pero que con toda seguridad hubiera cambiado la actitud de vigilancia determinada en el informe de alta de Urgencias del 12/10/24 por una revisión quirúrgica de herida con retirada de material extraño, anticipando de esta forma la resolución de cuadro infeccioso del sistema”.

A este respecto, el informe concluye que el reclamante “presentó en la evolución una infección de herida quirúrgica de marcapasos, cuya causa probable pudiera ser la presencia de material extraño de tipo gasa quirúrgica en dicha herida. La infección quirúrgica fue tratada inicialmente en el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja de forma apropiada, aunque el hecho causal de la presencia de material extraño no detectado ni retirado de la herida quirúrgica, supondría una vulneración de la Lex Artis en la actuación de dicho centro y conllevaría una pérdida de oportunidad en la resolución del cuadro infeccioso”.

iv) La atención recibida por el reclamante, “por decisión propia”, en la CUN “es absolutamente correcta”, aunque muestra su desacuerdo con el marcapasos modelo MICRA AV2 sin electrodos que implantó al reclamante, ya que “se debió optar por un sistema de electrodos DDD endovenoso por lado contrario, que hubiera permitido una estimulación y sensado auricular y ventricular y, por tanto, mantiene la sincronía AV en un paciente joven con enfermedad del nodo sinusal y con menor coste. El beneficio del sistema de dos electrodos endovenoso contralateral supera, a mi juicio, al riesgo de reinfección, mayor que en un sistema Micra sin cables. En todo caso, ambos sistemas se pueden contemplar, según las recomendaciones científicas, en casos de infección previa de marcapasos y ambas opciones de dispositivos de implante podrían corresponder perfectamente, en mi opinión, con una actuación médica correcta. De todo ello se deduce, según mi criterio, que la actuación médica del equipo de la CUN es apropiada y ajustada a Lex Artis”.

Quinto

El 8 de enero de 2026, una médico del *Grupo Mutualista Europeo. Seguros y Gestión de Riesgos (RELYENS)*, emitió -a instancia del SERIS- un dictamen de valoración del daño corporal sufrido por el reclamante. Más específicamente, el dictamen “*únicamente se realiza al objeto de valorar las consecuencias que el posible error ha podido provocar, que en este caso se trata de molestias e infección en la zona quirúrgica y necesidad de recambio de marcapasos de manera precoz por la presencia del obitoma (gasa quirúrgica)*”. A partir de esta premisa, el dictamen fija las siguientes valoraciones:

“1) **LESIONES TEMPORALES:** Del día 23/08/2023 fecha de cirugía urgente, fecha del implante del 1º marcapasos, hasta el alta laboral 25.03.2025, TOTAL 175. De los cuales, se consideran Días de perjuicio personal muy grave, los que permaneció en la UCI tras la 2º cirugía: 2 días. Días de perjuicio personal grave, los que permaneció ingresado descontando los de UCI, total 13 días. El resto de los días hasta el alta laboral se consideran días de perjuicio personal moderado.

2) **CIRUGIAS:** 2 cirugías practicadas, la cirugía de extracción del marcapasos. El 04.10.2024 dado que no se hubiera tenido que realizar, al menos en ese momento, y la de implante del nuevo marcapasos el 06.11.2024. Ambas son del GRUPO QUIRURGICO V.

<https://favdc.esigrupos-quirurgicos/>

3) **SECUELAS:**

11001 **CAPÍTULO ESPECIAL: PERJUICIO ESTÉTICO.** Ligero 4 PUNTOS, por la cicatriz, que aunque se realizó en la misma zona quirúrgica, se ha podido ver agrandada tras la segunda cirugía.

TOTAL LESIONES TEMPORALES Y SECUELAS

		Lesiones temporales	14.506,56 €
		Perjuicio particular	14.506,56 €
Días moderados	158	64,25 € / día	10.151,50 €
Días graves	15	92,66 € / día	1.389,90 €
Días muy graves	2	123,55 € / día	247,10 €
Total intervenciones quirúrgicas (2)			2.718,06 €
		Secuelas	3.823,19 €
		Perjuicio particular	3.823,19 €
Perjuicio estético		4 puntos	3.823,19 €
		TOTAL	18.329,75 €

No se contemplan los gastos sanitarios, ya que fue decisión propia del paciente acudir a la sanidad privada para su retirada”.

Sexto

El 10 de febrero de 2026, la médico inspectora de la Consejería de Salud y Políticas Sociales emitió un informe en el que, además de los hechos ya relatados, se añaden los siguientes (cuya realidad, más allá de lo consignado en este informe, no tiene soporte en los documentos que obran en el expediente administrativo remitido a este Consejo):

i) El 7 de octubre de 2024 se realizó al reclamante una cura de la herida quirúrgica por una enfermera de Atención Primaria y, de acuerdo con la observación que consta en su historia clínica electrónica, *“la herida presentaba buen aspecto”*.

ii) El 11 de octubre de 2024, antes de acudir al Servicio de Urgencias del HSP, el reclamante fue atendido por su médico de Atención Primaria, quien en su nota clínica consignó: *“paciente de 55 años de edad con reciente implantación de marcapasos (01/10/2024), presenta zona inflamada debajo del marcapasos. Se palpa área endurecida, bien delimitada, dolor a la palpación y enrojecimiento de la piel. No fiebre. Se deriva a Urgencias HSP para estudio de zona inflamada en hemitórax izquierdo en área de implantación de marcapasos”*.

iii) El 14 de octubre de 2024, en el Servicio de Atención Primaria, se pautó al reclamante la toma de antibiótico por vez primera (amoxicilina).

iv) Además de la asistencia para cura de herida quirúrgica en Atención Primaria de 15 de octubre de 2024 (en que se prescribió al reclamante tratamiento antibiótico con ciprofloxacino), tuvo lugar otra al día siguiente, 16 de octubre de 2024, y de acuerdo con la observación que consta en la historia clínica, *“la herida presentaba buen aspecto. Se realizó desinfección con clorhexidina, se procedió a la retirada de la mitad de las grapas de la herida quirúrgica y se le citó el día 18-10-2024 para retirar el resto de las grapas”*. Posteriormente, el 18 de octubre de 2024, en la consulta de enfermería del Servicio de Atención Primaria *“se apreció herida quirúrgica con buen aspecto. Se realizó desinfección con clorhexidina y se retiró el resto de las grapas de la herida quirúrgica”*.

v) El 25 de octubre de 2024, el reclamante fue atendido por enfermería de la consulta de marcapasos, y *“se apreció herida inflamada, fluctuante, piel circundante con buen aspecto, pero persistía seroma/hematoma. Fue citado el día 28-10-2024 para revisión y resultados de la analítica solicitada”*.

Una vez relatados los hechos, el informe alcanza las siguientes conclusiones:

“1.- [El reclamante] fue correctamente diagnosticado en el servicio de Cardiología del HUSP de la patología cardíaca que presentaba (disfunción sinusal con pausas de asistolia) y habiendo descartado lesión estructural cardíaca mediante ecoscopia cardíaca, la indicación de implante de marcapasos bicameral DDD fue adecuada a la patología diagnosticada.

[El reclamante] firmó el documento de consentimiento informado para los procedimientos que se le practicaron y de acuerdo con los datos que constan en su historia clínica, el procedimiento quirúrgico se ajustó a la lex artis ad hoc en cuanto a profilaxis antibiótica, tiempos, técnicas, contaje de gasas e instrumental.

2.- Analizadas las imágenes disponibles en la historia clínica electrónica de [el reclamante] mediante el visor de imágenes disponible en dicha historia, se aprecia que tanto en la radiografía de tórax que se le realizó el día 01-10-2024 en el HUSP, tras el implante del marcapasos, y en la que se le realizó el día 12-10-2024 durante su asistencia en el servicio de Urgencias de dicho hospital, se aprecia en el área inferior del generador del marcapasos una imagen cuya descripción se corresponde con la que se identificó en la radiografía de tórax que se realizó a [el reclamante] en la CUN el día 28-10-2024. Dicha imagen no se aprecia en la radiografía de tórax que se realizó al paciente en la CUN el día 07-11-2024, tras el implante de marcapasos realizado en dicho centro, previo explante del marcapasos implantado en el HUSP.

La existencia de la mencionada imagen puede ser consistente con la presencia de restos de gasa quirúrgica en la bolsa del marcapasos, que de acuerdo con el informe de la CUN, se objetivaron tras la limpieza de zona durante el acto quirúrgico.

3.- En cuanto a la asistencia sanitaria que se le prestó a [el reclamante] en el Servicio Riojano de Salud tras el alta hospitalaria, queda comprobado, de acuerdo con la historia clínica electrónica, que [el reclamante] fue objeto de seguimiento y atención adecuada en tiempo y forma, conforme a su estado clínico, tanto en el nivel de Atención Primaria como en el HUSP:

-Fue atendido por su médico de familia, que le exploró y ante la sospecha de un probable cuadro infeccioso indicó antibioterapia y en su momento lo derivó al servicio de Urgencias para valoración. También por parte del personal de enfermería de Atención Primaria se realizaron correctamente las curas pautadas.

-Así mismo se llevó a cabo seguimiento de [el reclamante] en el servicio de Cardiología del HUSP, puesto que al alta hospitalaria se le proporcionaron indicaciones para su autocuidado, cita en la consulta de marcapasos y vías de contacto con dicha consulta en el caso de que precisara asistencia.

-El día 21-10-2024 fue atendido en la consulta de marcapasos por la Dra. [...] que tras la pertinente exploración del paciente y comprobación del funcionamiento del marcapasos, procedió a indicarle tratamiento antibiótico y solicitar analítica con el fin de comprobar si existían alteraciones en la misma, que pudieran ser indicativas de la existencia de un proceso infeccioso.

-El día 25-10-2024 [el reclamante] fue atendido por enfermería de la consulta de marcapasos, se realizó exploración y la cura pertinente.

-El día 28-10-2024 el paciente fue atendido de nuevo en la consulta de marcapasos por el Dr. [...], quién a la vista de la evolución, indicó el ingreso inmediato de [el reclamante] en el servicio de Cardiología para intervención sobre la bolsa del marcapasos, pero el paciente alegando motivos

de trabajo prefirió demorar dicho ingreso al día 29-10-2024; sin embargo [el reclamante] acudió el mismo día 28-10-2024 al servicio de Urgencias de la CUN e ingresó en el servicio de Cardiología de dicho centro.

Luego puede concluirse que de forma libre y voluntaria [el reclamante] no aceptó la indicación de ingreso en el servicio de Cardiología en el HUSP y acudió a la CUN, para ser tratado de su proceso. Dicha decisión supuso una demora en el tratamiento del paciente, ya que el Dr. [...] había programado la intervención sobre la bolsa marcapasos para el día 30-10-2024, incluso para el día 29-10-2024, de haber aceptado [el reclamante] el ingreso en el HUSP el día 28-10-2024 y en la CUN la intervención se llevó a cabo el 04-11-2024.

4.- De acuerdo con la literatura científica consultada, el marcapasos sin cables implantado a [el reclamante] en la CUN no constituiría la mejor y más segura alternativa para el tratamiento de su cuadro clínico, basándose en:

-La infección del bolsillo de marcapasos no quedó diagnosticada con certeza, dado que se evidenció ausencia de signos clínicos evidentes de infección en la zona, ausencia de otros signos clínicos como fiebre y ausencia de alteraciones analíticas que la sustentasen (no leucocitosis, no elevación de reactantes de fase aguda, hemocultivos y cultivos de la herida negativos).

Por otra parte, la presencia de restos de gasa en el bolsillo del marcapasos podría haber sido los causantes de una reacción secundaria a textiloma (resto de tela dejado involuntariamente en el cuerpo del paciente durante la cirugía) con respuesta aguda al cuerpo extraño, cursando con una reacción inflamatoria exudativa con la formación de absceso. Por tanto, eliminado el cuerpo extraño, el riesgo de reinfección del paciente no quedaría plenamente acreditado.

-Se trataba de un paciente diagnosticado de enfermedad del nodo sinusal, con defecto electrofisiológico en la aurícula, por lo que era portador de MCP con estimulación 26% auricular y 0,1% ventricular, siendo el MCP sin cables un dispositivo de estimulación únicamente ventricular.

El paciente no presentaba limitación acreditada para el acceso vascular, no tenía una prótesis valvular ni insuficiencia tricuspídea III o IV”.

Séptimo

El 12 de febrero de 2026, el instructor dio por concluida la instrucción del procedimiento, trasladó el expediente completo al reclamante y le concedió un plazo de audiencia de 15 días hábiles con carácter previo a dictar la propuesta de resolución.

1. El reclamante presentó sus alegaciones el 4 de marzo de 2026, y de él destacamos los siguientes aspectos:

i) Reputa acreditado que, tras la intervención quirúrgica del 1 de octubre de 2024, quedó olvidada una gasa en el bolsillo del marcapasos que le fue implantado en esa fecha, y entiende que el “*abandono de material textil quirúrgico constituye, conforme a reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo, una infracción palmaria y objetiva de la lex artis*”. Es lo que el reclamante denomina “*error quirúrgico inicial*”.

ii) Reputa igualmente acreditado que el citado oblitio, y no *“una complicación estadística del procedimiento”*, fue la causa directa y exclusiva de la infección del bolsillo del marcapasos que padeció y de la subsiguiente necesidad de explantarlo y de sustituirlo por otro nuevo, en sendas intervenciones quirúrgicas efectuadas en la CUN.

iii) Considera probado que el oblitio ya era apreciable en la radiografía postimplante de la misma fecha de 1 de octubre de 2024, así como en la radiografía realizada por el Servicio de Urgencias del HSP el 11 de octubre de 2024, pese a lo cual *“no se detectó la presencia de gasa quirúrgica olvidada en el interior del bolsillo, ni se activó protocolo específico de sospecha de infección de bolsillo de marcapasos”*. Es lo que el reclamante denomina *“una gestión asistencial posterior insuficiente al no detectarse un hallazgo radiológico existente y no corregirse a tiempo el foco causal”*.

iv) Considera asimismo probado que, en las consultas sucesivas en el HSP, anteriores a la del 28 de octubre de 2024, tampoco se identificó *“el cuerpo extraño”* ni se abordó por tanto *“el foco causal”* de la evolución clínica desfavorable de la herida quirúrgica.

v) Justifica su decisión de acudir a la CUN, en vez de hacer uso de la posibilidad de intervención ofrecida por el SERIS el 28 de octubre de 2024, en *“la pérdida razonable de confianza”*, fruto de los antecedentes relativos al origen y diagnóstico tardío de la infección provocada en el bolsillo del marcapasos.

vi) Entiende que la decisión adoptada por la CUN de implantar un marcapasos sin cables modelo MICRA AV2 *“fue conforme a la lex artis ad hoc, constituyendo la opción terapéutica más segura tras una infección yatrogénica grave”*, de forma que *“la elección del MICRA AV2 no fue caprichosa, sino coherente con el contexto clínico de infección de bolsillo y riesgo de reinfección”*.

vii) Actualiza la cuantificación del daño reclamado, conforme al siguiente esquema:

“V. VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL (ACTUALIZACIÓN 2026)”

El informe pericial efectúa la valoración conforme al baremo actualizado a 2026, haciendo a través de este escrito un resumen conciso de sus conceptos e importes:

1. Lesiones temporales

Total, días: 175

- 3 días muy graves: 392,07 €*
- 16 días graves: 1.568,32 €*
- 156 días moderados: 10.601,76 €*

Subtotal: 12.562,15 €

2. Intervenciones quirúrgicas

Dos cirugías grupo V: 2.796,88 €

3. Secuelas funcionales

Secuela por algia torácica crónica postquirúrgica (asimilación analógica código 03013):

5 puntos.

Valor económico aproximado para 55 años: 5.136,75 € (tabla.2.A.2 baremo 2026).

4. Daño estético

Se mantiene valoración prudencial en 6.245,65 €, dada la cicatriz ampliada y retráctil consecuencia de doble intervención.

VI. LUCRO CESANTE

Se mantiene el cálculo ya aportado y documentado en la reclamación inicial: 22.988,00 €

Resulta un método objetivo basado en promedio de rendimiento neto reducido declarado ante AEAT y que resulta de la siguiente ecuación: RENDIMIENTO NETO REDUCIDO POR AÑOS:

2021: 47.147,42 euros

2022: 58.031,46 euros

2023: 38.656,22 euros

*MEDIA R.N.: $(47.147,42 + 58.031,46 + 38.656,22) / 3 \text{ AÑOS} = 47.945,03 \text{ euros}/365$:
131,36 euros día*

PARTE PROPORCIONAL PARA 175 DIAS DE BAJA MEDICA IT SIN TRABAJAR: $175 * 131,36 = 22.988 \text{ euros}$

Con este sistema de cálculo se acredita de manera objetiva el lucro cesante, que resultaría ser el beneficio que por su actividad profesional (abogado) el reclamante ha dejado de percibir.

VII. PERJUICIO MORAL

El perjuicio moral comprende:

- Riesgo vital.*
- Hospitalización prolongada.*
- Cirugía de extracción de alto riesgo.*
- Angustia vital real.*
- Pérdida de confianza médica.*
- Alteración del proyecto vital durante 176 días.*

La cuantía establecida en el informe pericial (65.000 €) resulta proporcionada y acorde con la gravedad objetiva del evento.

Este apartado comporta una reflexión aclaratoria respecto una serie de hechos y acontecimientos que

hacen acreedor de la cuantía reclamada:

- Ingreso hospitalario del 28/10/2024 al 12/11/2024 con antibioterapia intravenosa intensiva por riesgo de infección sistémica con potencial riesgo vital.
- Explantación completa del sistema con extracción de electrodos intracardiacos y reimplante posterior.
- Incapacidad temporal de 176 días con afectación profesional, económica y personal.
- Sufrimiento psicológico asociado al riesgo real de sepsis y a la incertidumbre vital durante el ingreso.
- El daño no fue meramente físico, sino también emocional y afectó gravemente a la vida del paciente en cuanto a sus actividades laborales, deportivas y sociales.

VIII. GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA

*Ya se ha expuesto en el presente escrito la justificación de la implantación de esa prótesis (marcapasos sin cables VDD MICRA AV2), resultando un importe de **14.520,00 €** abonados previamente por el reclamante.*

IX. GASTOS PREVISIBLES DE RECAMBIO DE PROTESIS FUTURAS

*Nos remitimos a lo expresado en el apartado 5.9 del informe pericial, efectuando una reclamación de **30.000,00 €**, en concepto de coste medio actual del recambio futuro una vez agotada su batería tras vida media entre 10 a 15 años.*

X. GASTOS DIVERSOS RESARCIBLES

*Nos remitimos a lo expresado en el apartado 5.9 del informe pericial, efectuando una reclamación de **1.500,00 €**, en concepto de gastos relacionados con el desplazamiento obligatorio, tras el urgente e inmediato ingreso por riesgo vital en la CUN de Pamplona tras la visita realizada por el reclamante (parking, gasolina, dietas y alojamiento de su mujer).*

XI. FIJACIÓN ACTUALIZADA DE LA CUANTÍA

Conforme a la actualización pericial, la indemnización queda fijada en:

Concepto	Importe
<i>Daño emergente (Micra AV2)</i>	<i>14.520,00 €</i>
<i>Lesiones temporales</i>	<i>12.562,15 €</i>
<i>Cirugías</i>	<i>2.796,88 €</i>
<i>Secuelas funcionales</i>	<i>5.136,75 €</i>
<i>Lucro cesante</i>	<i>22.988,00 €</i>
<i>Perjuicio estético</i>	<i>6.245,65 €</i>
<i>Perdida calidad vida</i>	<i>65.000,00 €</i>
<i>Prótesis</i>	<i>30.000,00 €</i>
<i>Gastos diversos resarcibles</i>	<i>1.500,00 €</i>
TOTAL:	160.749,43 €

Más intereses legales desde la fecha de reclamación”.

2. Estas alegaciones fueron acompañadas de un informe médico de 4 de marzo de 2026, del que es oportuno subrayar los siguientes extremos:

i) El origen etiológico directo e irrefutable de la infección del bolsillo del marcapasos sufrida por el reclamante se encuentra en *“la presencia de restos de una gasa quirúrgica olvidada en el interior del bolsillo pectoral durante la intervención primaria llevada a cabo en el Hospital San Pedro. Este hallazgo patológico explica, de manera concluyente, la imposibilidad de curación mediante antibióticos y la génesis del cuadro clínico”*.

ii) *“El abandono de material quirúrgico o instrumental en el interior de la cavidad anatómica de un paciente, el denominado oblito quirúrgico, constituye una de las vulneraciones más elementales, tipificadas y graves de la lex artis en el ámbito médico. Los protocolos internacionales de seguridad en el bloque quirúrgico, que son de obligado y estricto cumplimiento en todos los centros del Sistema Nacional de Salud en España, exigen de manera insoslayable la realización de un contaje exhaustivo, protocolizado y por duplicado de todo el material textil (gasas, compresas, torundas) y del instrumental antes de proceder al cierre definitivo de las incisiones anatómicas. La omisión de este protocolo, o su realización defectuosa, constituye un error material inexcusable [...]. Abandonar material textil en una herida no responde a ningún supuesto de fuerza mayor ni complicación imprevisible de la técnica, sino a una negligencia humana evitable”*.

iii) Desde un punto de vista radiológico es *“injustificable [...] aceptar que no se detectara la gasa”* en las radiografías de tórax de 1 y 11 de octubre de 2024 (como sí hizo la CUN con la radiografía de 28 de octubre), ya que estas gasas *“están marcadas radiológicamente, incorporan un hilo o filamento de contraste (generalmente de color azul o verde) que es radiopaco, lo que permite detectarlas fácilmente mediante rayos X o fluoroscopia en caso de extravío accidental dentro de la incisión”*.

iv) *“A pesar de la evidente tórpida evolución, la respuesta asistencial del Hospital San Pedro se caracterizó por una actitud expectante y conservadora (al menos desde el día 21 de octubre), limitándose a la prescripción de curas locales de la herida quirúrgica y controles ambulatorios que resultaban insuficientes. Esta aproximación terapéutica ignoró la premisa fundamental de que una herida supurante sobre un dispositivo protésico implantado recientemente no es un evento banal, sino el signo de alarma de una infección profunda de la bolsa de marcapasos. El abordaje conservador no sólo resultó ineficaz debido a la presencia subyacente del textiloma y biofilm bacteriano, sino que prolongó el padecimiento clínico y el riesgo séptico de forma innecesaria, deteriorando su estado general y sometiéndolo a un riesgo vital progresivo e inminente de sepsis. No fue hasta el día 28 cuando se informa al paciente de la complicación”. Por contraste, “la evaluación diagnóstica [de la CNU] fue inmediata y categórica”*.

v) La infección del bolsillo de un marcapasos tradicional *“puede provocar la propagación de la infección a lo largo de los cables hacia el corazón desencadena endocarditis infecciosa, bacteriemia, shock séptico y, en un porcentaje de casos, la muerte del paciente si no se interviene de manera radical. Por consiguiente, el tratamiento conservador mediante antibióticos y curas superficiales en presencia de una infección clínica del bolsillo generada por un cuerpo extraño está formalmente contraindicado. El estándar de oro terapéutico internacional exige la extracción percutánea o quirúrgica completa de todo el sistema de estimulación y la limpieza exhaustiva del lecho infectado”*.

vi) El reclamante fue sometido a un grave riesgo quirúrgico (desgarro venoso, taponamiento cardíaco y necesidad de toracotomía de emergencia) con el explante del marcapasos por la CUN, *“única y exclusivamente como consecuencia de la infección generada en la primera cirugía”*.

vii) En cuanto al modelo de marcapasos MICRA AV2 implantado por la CUN, *“la decisión del equipo de electrofisiología de la CUN de implantar un marcapasos sin cables en este paciente no obedeció a un criterio estético ni a un exceso terapéutico, sino que constituyó la indicación médica de primer nivel (Gold Standard) dadas las gravísimas circunstancias clínicas provocadas por la actuación inicial. Tras una infección profunda del bolsillo pectoral derecho o izquierdo, las guías de práctica clínica internacionales establecen que resulta temerario reimplantar un nuevo dispositivo convencional en el mismo lecho anatómico. Tradicionalmente, la alternativa era crear un nuevo bolsillo en el lado contralateral (ej. pectoral derecho si el infectado era el izquierdo). Sin embargo, en pacientes que acaban de superar un cuadro de sepsis y extracción de electrodos, la creación de un nuevo bolsillo y la introducción de nuevos cables intravasculares conlleva un elevadísimo riesgo de diseminación cruzada de las bacterias residuales en el torrente sanguíneo, exponiendo al paciente a una nueva endocarditis. El marcapasos transcáteter sin cables soluciona este problema. [...] La implantación del marcapasos sin cables tipo Micra AV2 fue la estrategia médica más segura, efectiva y proporcionada para salvaguardar la vida del paciente, evitar recaídas infecciosas letales y garantizar la correcta estimulación cardíaca. [...]. [según la ficha del fabricante, este modelo de marcapasos es eficaz] para tratar la patología del reclamante, una disfunción del nódulo sinusal”*.

A este respecto, el informe considera que *“el argumento de la Inspección incurre en un error de valoración del balance riesgo-beneficio, el cual está claramente tipificado en las guías clínicas europeas”*, a partir de las cuales dicho informe asevera que *“la indicación del marcapasos sin cables Micra AV2 implantado en la CUN se ajusta de forma estricta a las indicaciones de uso aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y reconocidas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)”*. Es más -continúa el informe- *“obligar a un paciente que ha sido víctima de una complicación grave (olvido de material quirúrgico) a asumir el riesgo de un procedimiento*

transvenoso estándar por un criterio de "menor coste", contraviene los principios de la medicina moderna. Además, análisis farmacoeconómicos recientes demuestran que, en pacientes con antecedentes de infección de marcapasos, el uso inicial de sistemas sin cables resulta coste-efectivo a medio plazo al reducir drásticamente los reingresos por complicaciones infecciosas, cirugías de revisión y tratamientos antibióticos prolongados". En conclusión:

"1. La decisión de implantar un marcapasos Micra AV2 se ajusta estrictamente a la lex artis ad hoc y a las recomendaciones de las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC 2021) aplicables en España para pacientes con alto riesgo de infección.

2. La afirmación de que el paciente requería exclusivamente un sistema DDD por padecer Disfunción Sinusal ignora el contexto de infección activa. El Micra AV2 está diseñado y aprobado (Marcado CE) para mantener la sincronía AV en pacientes que, aun padeciendo patología sinusal, presentan contraindicaciones o alto riesgo para la implantación de un sistema transvenoso convencional.

3. El beneficio profiláctico frente a infecciones que aporta el dispositivo sin cables justifica su uso, priorizando de forma indiscutible la seguridad e integridad vital del paciente tras un evento adverso quirúrgico previo".

viii) En fin -recalca el informe- el reclamante sufrió *"un daño severo (infección, dolor, riesgo de muerte, necesidad de cirugía mayor)"* cuya causa directa se encuentra, de un lado, en el olvido de una gasa en el bolsillo del marcapasos y, de otro lado, en su no detección en sucesivos controles radiológicos en los que era perfectamente visible, *"prolongando de manera injustificada la resolución quirúrgica del caso"*. En este sentido, el informe concluye que *"la relación entre la gasa olvidada (causa), la infección severa y el riesgo vital (daño intermedio), y la imperiosa necesidad de una cirugía de extracción de alto riesgo (daño final) es directa, exclusiva e ininterrumpida"*.

ix) Por último, el informe incorpora su justificación de la cuantificación de los daños enumerados en el apartado 1 anterior.

Octavo

El 23 de marzo de 2026, el instructor del procedimiento formuló su propuesta de resolución, cuyas conclusiones son las siguientes:

"Del conjunto del expediente se desprende que la atención prestada a [el reclamante] por el Hospital San Pedro de Logroño se ajustó en lo esencial a una correcta praxis médica, si bien la presencia de restos de gasa quirúrgica en el bolsillo del marcapasos tras el implante realizado en dicho centro podría haber sido la causa probable del proceso infeccioso presentado. No obstante, las opciones terapéuticas ofrecidas fueron adecuadas y en plazos razonables. La decisión de acudir a la sanidad privada fue una decisión voluntaria del paciente, aun cuando ya se había indicado por el Servicio de Cardiología del Hospital San Pedro la limpieza quirúrgica. Así, la cuantía reclamada excede de la que correspondería indemnizar conforme a la entidad real del perjuicio acreditado.

Tal y como se expresa en las alegaciones, el reclamante sostiene que debe serle reintegrado en concepto de daño emergente el importe pagado por el marcapasos Micra AV2 y gastos diversos resarcibles, partidas que incorpora en el monto a indemnizar. No obstante, el informe de la Dra. [...] concluye que dichos gastos sanitarios no deben ser reconocidos ya que fue decisión propia del paciente acudir a la sanidad privada para la retirada del marcapasos y la colocación del nuevo dispositivo. En este punto, consta en la historia clínica que el día 28 de octubre de 2024 por parte del Servicio de Cardiología del Hospital San Pedro fue emitida la indicación de realizar la intervención para la limpieza quirúrgica ante el diagnóstico de posible infección. Ese mismo día, por voluntad propia, el paciente acudió a un centro privado para el mismo tratamiento.

Por tanto, no es cierto que en la sanidad pública se denegase al paciente la debida atención por la posible infección que presentaba, sino que el reclamante decidió libre y voluntariamente acudir a un centro privado para su tratamiento y elección del dispositivo que consideró mejor, todo ello bajo su cuenta y riesgo, sin que dicha decisión pudiera estar motivada en absoluto por una denegación de asistencia por parte del Servicio de Cardiología del Hospital San Pedro. Por lo que no procede el abono de facturas por tratamientos privados o dispositivos de marcapasos que el interesado decidió asumir voluntariamente.

En el informe de Valoración de Daño Corporal emitido por la Dra. [...], se hace un cálculo del quantum indemnizatorio en base a los siguientes conceptos:

a) Lesiones temporales: 14.506,56 €, correspondiente a un perjuicio particular que desglosa en:

Días moderados	158	64,25 €/día	10.151,50 €
Días graves	15	92,66 €/día	1.389,90 €
Días muy graves	2	123,55 €/días	247,10 €
Total intervenciones quirúrgicas (2)			2.718,06 €

b) Secuelas: 3.823,19 €, correspondiente a un perjuicio estético de 4 puntos.

Lo anterior suma un total de 18.329,75 €.

En conclusión, las manifestaciones del reclamante en sus alegaciones no se corresponden con lo que resulta de la historia clínica ni con la valoración técnica realizada por la Dra. Ana Malagón Sisto, procediendo, en consecuencia, a una estimación parcial de la reclamación, limitada a los conceptos y periodos reconocidos en el citado informe.

Y de conformidad con lo establecido en el artículo 82.2 de la Ley 39/2015, del de octubre, del procedimiento administrativo común, el instructor que suscribe formula la siguiente PROPUESTA DE RESOLUCIÓN:

Que se estime parcialmente la reclamación por responsabilidad patrimonial que formula [el reclamante], y se reconozca su derecho a obtener una indemnización de 18.329,75 € (DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS VEINTINUEVE EUROS CON SETENTA Y CINCO CÉNTIMOS DE EURO) por los daños derivados del funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios”.

Noveno

El 14 de abril de 2026 emitió su informe la Dirección General de los Servicios

Jurídicos de la Consejería de Hacienda, Gobernanza Pública, Sociedad Digital y Portavocía del Gobierno de La Rioja (DGSSJJ), el cual considera:

i) *“Que en este caso concurren los requisitos necesarios para que surja la Responsabilidad Patrimonial de la Administración y en consecuencia la obligación de indemnizar”, y “que existe un error en la actuación sanitaria (olvido de gasa quirúrgica) que el actor no tiene el deber de soportar”.*

ii) Que *“del conjunto del expediente se desprende que la atención prestada al [reclamante] por el Hospital San Pedro de Logroño se ajustó en lo esencial a una correcta praxis médica, si bien la presencia de restos de gasa quirúrgica en el bolsillo del marcapasos tras el implante realizado en dicho centro podría haber sido la causa probable del proceso infeccioso presentado. No obstante, las opciones terapéuticas ofrecidas fueron adecuadas y en plazos razonables”.*

iii) Que *“la decisión de acudir a la sanidad privada fue una decisión voluntaria del paciente, aun cuando ya se había indicado por el Servicio de Cardiología del Hospital San Pedro la limpieza quirúrgica”, de suerte que “no es cierto que en la sanidad pública se denegase al paciente la debida atención por la posible infección que presentaba, sino que el reclamante decidió libre y voluntariamente acudir a un centro privado para su tratamiento y elección del dispositivo que consideró mejor, todo ello bajo su cuenta y riesgo, sin que dicha decisión pudiera estar motivada en absoluto por una denegación de asistencia por parte del Servicio de Cardiología del Hospital San Pedro”.*

iv) Y que *“la cuantía reclamada excede de la que correspondería indemnizar conforme a la entidad real del perjuicio acreditado”.*

Por lo tanto, la DGSSJJ concluye que *“procede informar favorablemente sobre la propuesta de resolución en el sentido de estimar parcialmente la petición que contiene la solicitud de responsabilidad patrimonial formulada el 22 de agosto de 2025 por [el reclamante]”.*

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 15 de abril de 2026 y registrado de entrada en este Consejo el día 17 de abril de 2026, la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas sociales remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 20 de abril de 2026, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del dictamen del Consejo Consultivo y su ámbito

1. De conformidad con lo establecido en el artículo 11.g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja (LCCLR), puesto en relación con el artículo 65.4 de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la CAR (LFAR), y con el artículo 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), es preceptivo el dictamen de este Consejo en aquellos procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

El reclamante interesa en el procedimiento de responsabilidad patrimonial que nos concierne una indemnización de 160.749,43 euros, por lo que el dictamen del Consejo Consultivo resulta preceptivo.

2. En cuanto al contenido del dictamen, dispone el párrafo tercero del artículo 81.2 LPACAP que *“deberá pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización de acuerdo con los criterios establecidos en esta Ley”* o, por ser más precisos, y según establece el artículo 34.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), de acuerdo con los criterios establecidos *“en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros*

obligatorios y de la Seguridad Social”.

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

1. El artículo 106.2 de la Constitución (CE) atribuye a los particulares el *“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”*. Este precepto es concretado a nivel legislativo por el artículo 32.1 LRJSP, según el cual *“los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”*.

Para poder declarar la responsabilidad patrimonial de una Administración pública de acuerdo con estos preceptos, es necesario en todo caso que el daño alegado sea *“efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”* (artículo 32.2 LRJSP), y que éstas no tengan *“el deber jurídico de soportar [ese daño] de acuerdo con la Ley”*, no siendo en concreto *“indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”* (párrafo primero del artículo 34.1 LRJSP). Además, debe existir *“relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida”* (artículo 91.2 LRJSP).

Por otro lado, no será posible apreciar la responsabilidad patrimonial cuando haya prescrito el derecho a reclamar, teniendo en cuenta que *“prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo”*, y que, más específicamente, *“en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”* (párrafo primero del artículo 67.1 LPCAP).

En fin, como ha tenido ocasión de reiterar este Consejo Consultivo (por todos, D.60/23 o D.38/25):

“Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 CE y 32.1 y 34.1 LRJSP y 65, 67, 81 y 91.2 LPACAP), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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, normal o anormal, de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar

tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración; así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo”.

2. De conformidad con el régimen legal que se acaba de exponer, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de La Rioja (TSJ La Rioja) ha sentado la siguiente doctrina general (por todas, sentencia del TSJ La Rioja núm. 146/2025, de 19 de mayo (rec. 150/2022, ECLI:ES:TSJLR:2025:216):

“Como es sabido, existe una muy consolidada jurisprudencia que ha establecido los requisitos que deben concurrir para que se pueda declarar la responsabilidad de una Administración Pública y que deben ser examinados en cada caso concreto para decidir si la Administración ha incurrido en algún supuesto de responsabilidad.

Así la jurisprudencia del Tribunal Supremo en esta materia ha señalado como requisitos imprescindibles para poder declarar la responsabilidad patrimonial de una Administración Pública, los siguientes: a) la existencia de una lesión sufrida por el particular en sus bienes o derechos que sea antijurídica, esto es, que no tenga obligación de soportar, y que sea real y efectiva, individualizable, en relación a una persona o grupo de personas, y susceptible de valoración económica; b) que la lesión sea imputable a la Administración y consecuencia del funcionamiento normal o anormal del servicio público, entendido éste como toda actuación, gestión, actividad, o tarea propia de la función administrativa que se ejerce, incluso por omisión o pasividad; y c) que exista una relación de causa-efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que concurra fuerza mayor.

Es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que la responsabilidad patrimonial es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, aunque, siempre que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido. Y reiteradamente se ha señalado por la jurisprudencia que solo son indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”.

En análogos términos se expresan las sentencias del TSJ La Rioja núm. 183/2025, de 30 de junio (rec. 91/2024, ECLI:ES:TSJLR:2025:260), núm. 262/2025, de 3 de octubre (rec. 17/2023, ECLI:ES:TSJLR:2025:379), o núm. 183/2023, de 19 de junio (rec. 89/2021, ECLI:ES:TSJLR:2023:228), añadiendo esta última que la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas tiene en nuestro ordenamiento jurídico su base, no solo en el específico artículo 106.2 CE, sino, además, *“en el principio genérico de la tutela efectiva que en el ejercicio de los derechos e intereses legítimos reconoce el art. 24 de la Constitución”.*

3. De los preceptos y de las sentencias mencionadas en los dos apartados precedentes, se desprende que, teniendo el sistema de responsabilidad patrimonial un carácter objetivo - no culpabilístico-, no constituye sin embargo una suerte de *“seguro a todo riesgo”* para los

administrados que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En otras palabras, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados (*cfr.* D.60/23 o D.38/25).

Según afirma la ya citada sentencia del TSJ La Rioja núm. 183/2023, de 19 de junio (rec. 89/2021, ECLI:ES:TSJLR:2023:228):

“Y la STS de 17 de abril de 2007 señala que «Sobre la existencia de nexo causal con el funcionamiento del servicio, la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir... la prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquella de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas, convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario, como pretende el recurrente, se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro Ordenamiento Jurídico... Aun cuando la responsabilidad de la Administración ha sido calificada por la Jurisprudencia de esta Sala, como un supuesto de responsabilidad objetiva, no lo es menos que ello no convierte a la Administración en un responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple uso de instalaciones públicas, sino que, como antes señalamos, es necesario que esos daños sean consecuencia directa e inmediata del funcionamiento normal o anormal de aquélla»”.

4. Lógicamente, esta doctrina es igualmente predicable de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, máxime si tenemos en cuenta que su obligación lo es de medios, no de resultado, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los eventuales daños padecidos por los administrados no le pueden ser imputados a dicha Administración o, lo que es lo mismo, no tendrán la condición de antijurídicos, no generando así derecho al resarcimiento por esta vía. Lo contrario supondría exigir a la Administración sanitaria que garantice siempre la curación de los pacientes, lo que obviamente no es admisible.

A este respecto, ha señalado la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (TS), núm. 418/2018, de 15 de marzo (rec. 1016/2016; ECLI:ES:TS:2018:1084), lo siguiente:

“Más en concreto, en reclamaciones derivadas de prestaciones sanitarias, la jurisprudencia viene declarando que «no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente» -sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril, 3 y 13 de julio y 30 de octubre de 2007, 9 de diciembre de 2008 y 29 de junio

de 2010-, por lo que «la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible» -entre otras, sentencias del Tribunal Supremo de 10 y 16 de mayo de 2005-.

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de octubre de 2012 declaraba:

«(...) debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2009, recurso 9484/0. 00, con cita de las de 20 de junio de 2007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis* (...))»”.

Con soporte en esta doctrina jurisprudencial, el TSJ La Rioja ha destacado en -por ejemplo- su sentencia núm. 146/2025, de 29 de mayo (rec. 150/2022; ECLI:ES:TSJLR:2025:216), que:

*“En relación a la actividad sanitaria, que es la que aquí nos ocupa, la jurisprudencia ha establecido una serie de criterios que sirven para diferenciar aquellos casos en los que surge el deber de indemnizar por parte de la Administración y aquellos otros en los que, aun existiendo un daño, no existe esa obligación. Así la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una *mala praxis* por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia*

médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»”.

5. Al hilo de lo indicado en esta última sentencia, ha de recordarse (*cfr.* D.60/23, D.38/25 o D.72/25) que, como se desprende de los artículos 77 y 78 LPACAP, pesa sobre el reclamante la carga de acreditar la concurrencia de todos los requisitos de los que nuestro ordenamiento jurídico hace nacer la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas -requisitos a los que nos venimos refiriendo en este fundamento-, sin que a tal efecto sean suficientes las meras alegaciones o manifestaciones del administrado, huérfanas de soporte probatorio. Como, en el ámbito sanitario recuerda la sentencia del TSJ La Rioja núm. 144/2025, de 21 de mayo (rec. 81/2024; ECLI:ES:TSJLR:2025:211):

“Es a la parte demandante [reclamante] a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración, a ella le corresponde acreditar la existencia de la relación de causalidad, y todos los demás elementos que permitan llegar a la conclusión de la existencia de responsabilidad médica”.

En parecidos términos se expresan la sentencia del TSJ La Rioja núm. 262/2025, de 3 de octubre (rec. 17/2023; ECLI: ES:TSJLR:2025:379) y la núm. 146/2025, de 29 de mayo (rec. 150/2022; ECLI:ES:TSJLR:2025:216), recordando esta última que:

“en materia de responsabilidad patrimonial adquiere gran importancia la correcta aplicación de las normas sobre la carga de la prueba, de modo que corresponderá a quien sostiene que la Administración ha incurrido en responsabilidad patrimonial acreditar la concurrencia de los requisitos a los que nos hemos referido, incluidos los distintos conceptos por los que reclama una indemnización y el importe de los mismos, siendo carga de la Administración probar los hechos impositivos u obstativos a la pretensión de la parte actora, conforme dispone el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, debiéndose recordar en este punto que a tal fin son admisibles tanto las pruebas directas como las indirectas”.

Si bien -matiza esa misma sentencia-:

“Las normas de la carga de la prueba deben cohonestarse con el principio de facilidad probatoria (cuando a una de las partes le resulta fácil probar el hecho controvertido y no lo hace) y con el de la posibilidad probatoria (ya que no es posible exigir pruebas que resulten difíciles o de imposible realización)”.

6. A partir de todas estas premisas y consideraciones, habrá de analizarse la petición formulada al SERIS por el reclamante.

En el presente caso no hay duda de que la acción se ejercitó en plazo, puesto que la reclamación se presentó el 22 de agosto de 2025 y la primera intervención quirúrgica a la que fue sometido el reclamante, de la que parte todo el procedimiento de responsabilidad patrimonial, tuvo lugar el 1 de octubre de 2024.

Tercero

Responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

La valoración conjunta de la prueba que obra en el expediente administrativo permite concluir sin ambages que concurren en el caso sometido a nuestra consideración todos los requisitos necesarios para apreciar la responsabilidad patrimonial del SERIS, dado que son hechos acreditados los siguientes:

i) El reclamante fue sometido a una intervención en el HSP el 1 de octubre de 2024 para la implantación de un marcapasos, en cuyo bolsillo quedó sin retirar un resto de una gasa quirúrgica. Pese a lo señalado en sentido inverso en la hoja circulante de la intervención y en los respectivos informes de la enfermera circulante y de la enfermera instrumentalista que participaron en ella, de 11 de septiembre de 2025, las pruebas periciales practicadas durante la instrucción del procedimiento, valoradas conforme a las reglas de la sana crítica (como demanda el artículo 348 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, al que se remite el artículo 77.1 LPACAP), evidencian que en el bolsillo del marcapasos que le fue inicialmente implantado al reclamante se olvidó un resto de gasa quirúrgica durante la intervención. Así lo confirman el informe de *CRITERIA* de 21 de noviembre de 2025 (pese a las dudas que parece introducir en alguno de sus pasajes), el informe de *RELYENS* de 8 de enero de 2026, el informe de la médico inspectora de la Consejería de Salud y Políticas Sociales de 10 de febrero de 2026, y el dictamen médico del reclamante de 4 de marzo de 2026.

ii) Como consecuencia del citado oblitio, el reclamante sufrió una infección en el bolsillo de su marcapasos, lo que en última instancia desembocó en la necesidad de tener que explantarlo y de implantar uno nuevo en sucesivas intervenciones quirúrgicas, realizadas los días 4 y 6 de noviembre de 2024, respectivamente. En este punto coinciden todos los informes técnicos que obran en el expediente administrativo.

iii) El SERIS no detectó el oblitio ni durante la estancia hospitalaria del reclamante tras la intervención (del 1 al 3 de octubre de 2024), ni en las distintas revisiones y curas a que fue sometido posteriormente (los días 7, 11, 14, 15, 16, 18, 21, 25 y 28 de octubre de 2024), y ello pese a que su presencia era susceptible de ser detectada en las radiografías de tórax que le fueron realizadas en el HSP los días 1 y 12 de octubre de 2024, como aseveran el informe de *CRITERIA* de 21 de noviembre de 2026, el de la médico inspectora de la Consejería de Salud y Políticas Sociales de 10 de febrero de 2026, y el dictamen médico del reclamante de 4 de marzo de 2026. Además, la infección generada por el oblitio en el bolsillo del marcapasos no le fue diagnosticada al reclamante por el SERIS hasta el 28 de octubre de 2024, tal y como se desprende de su historia clínica y del citado informe de la médico inspectora.

A juicio de este Consejo, estos hechos ponen de manifiesto una vulneración de la *lex artis* imputable al SERIS, que constituye la causa directa de un daño antijurídico experimentado por el reclamante. A este respecto, este Consejo ha reiterado en multitud de dictámenes que para detectar las causas que explican un resultado dañoso, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *conditio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar. En el caso que nos concierne, es indudable que tanto el oblitio como su no detección tempestiva por el SERIS constituyen la causa de un daño sufrido por el reclamante, imputable así a un funcionamiento anormal de esa Administración generador de una responsabilidad patrimonial.

En este sentido, no podemos coincidir con la propuesta de resolución de 23 de marzo de 2026 ni con el informe de la DGSSJJ de 14 de abril de 2026, cuando residencian el incumplimiento de la *lex artis ad hoc* del SERIS y el surgimiento de su responsabilidad patrimonial únicamente en el olvido de la gasa quirúrgica, toda vez que, como se ha señalado, la prueba pericial revela que, además, tal incumplimiento se produjo cuando la radiografías de tórax realizadas al reclamante los días 1 y 12 de octubre de 2024 no fueron analizadas correctamente, con la consecuencia de no detectarse en ellas la presencia del oblitio y, consiguientemente, de verse retrasada su eliminación y la de sus efectos (infección del bolsillo del marcapasos inicial), así como el necesario explante y sustitución de éste.

En definitiva, por los motivos expuestos el SERIS ha incurrido en una responsabilidad patrimonial que debe ser indemnizada.

Cuarto

Cuantía de la indemnización

1. En torno a la cuantía indemnizatoria obran en el expediente dos dictámenes periciales: i) el de *RELYENS*, de 8 de enero de 2026, elaborado a instancias del SERIS; y, ii) el del reclamante, de 4 de marzo de 2026. De la valoración de ambos informes extraemos las siguientes conclusiones:

i) Los dos dictámenes coinciden en considerar como perjuicio personal particular por pérdida temporal de calidad de vida, un periodo de tiempo de 175 días naturales (desde el 1 de octubre de 2024 en que se produjo la intervención quirúrgica en el HSP para el implante del primer marcapasos, hasta el alta laboral del reclamante el 25 de marzo de 2025 una vez explantado aquél e implantado el segundo marcapasos). Discrepan no obstante esos informes en la calificación que dichos días merecen a los efectos de la valoración de la indemnización, así como en el baremo aplicable.

Comenzando por esto último, el dictamen médico del reclamante aplica las tablas del Anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (TRLRC), vigentes en el año 2026, mientras que el informe de *RELYENS* aplica los vigentes en el año 2024. Pues bien; dado que el hecho causante de los daños, determinante del nacimiento de la responsabilidad patrimonial, se produjo en el año 2024, deben ser aplicados los baremos vigentes en el año 2024, por exigencia del artículo 40.1 TRLRC, según el cual *“la cuantía de las partidas resarcitorias será la correspondiente a los importes del sistema de valoración vigente a la fecha del accidente, con la actualización correspondiente al año en que se determine el importe por acuerdo extrajudicial o por resolución judicial”*, y del artículo 34.3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), según el cual *“la cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, o, en su caso, a las normas presupuestarias de las Comunidades Autónomas”*.

En cuanto a la calificación de las lesiones temporales, ambos dictámenes confluyen a la hora de encuadrarlas en la categoría de perjuicio personal particular por pérdida temporal de calidad de vida, si bien:

-El dictamen de *RELYENS* asigna el grado de muy grave a los 2 días que el reclamante permaneció en la UCI de la CUN tras la segunda intervención (4 y 5 de noviembre de 2024), al igual que hace el del reclamante, que sin embargo asigna el mismo grado, también, al día de estancia en la UCI del HSP tras la primera intervención, el 1 de octubre de 2024.

Debemos avalar el criterio de este último informe. Aun cuando es cierto que la estancia en la UCI tras la intervención del 1 de octubre de 2024 se habría producido igualmente si el SERIS no hubiese incurrido en el incumplimiento de la *lex artis* -determinante de su deber de indemnizar- con el olvido de la gasa quirúrgica, no lo es menos que el reclamante tuvo que soportar -aunque no fuese consciente de ello- el indudable perjuicio que supone tener esa gasa olvidada dentro del cuerpo, con las severas consecuencias infecciosas que se derivan de ello, y que de forma clara explica el mencionado informe en su epígrafe 2.1.

En consecuencia, aplicando la tabla 3.B del Anexo del TRLRC vigente en el año 2024: 3 días de perjuicio por pérdida temporal de calidad de vida de grado muy grave x 123,55 euros = 370,65 euros.

-El dictamen de *RELYENS* asigna el grado de grave a los 13 días que el reclamante permaneció hospitalizado en la CUN (desde el 28 de octubre de 2024 hasta el 12 de noviembre de 2024), descontados los días de estancia en la UCI (aunque luego, a la hora de cuantificar el importe de la indemnización, computa 15 días). Por su parte, el dictamen del reclamante asigna tal grado a esos mismos días (que en realidad son 14, como correctamente refleja este dictamen, pues en nuestra opinión debe computarse igualmente el día del alta hospitalaria) y, además, a los 2 días de ingreso en el HSP el 2 y 3 de octubre de 2024.

Nuevamente debemos aceptar el criterio de este último informe, por las mismas razones expuestas anteriormente. En consecuencia, aplicando la tabla 3.B del Anexo del TRLRC vigente en el año 2024: 16 días de perjuicio por pérdida temporal de calidad de vida de grado grave x 92,66 euros = 1.482,56 euros.

-Al resto de los días del periodo considerado por ambos informes (156) se les debe asignar el grado de moderado, tal y como ambos determinan -con las salvedades que acabamos de ver en los dos apartados anteriores-. En consecuencia, aplicando la tabla 3.B del Anexo del TRLRC vigente en el año 2024: 156 días de perjuicio por pérdida temporal de calidad de vida de grado moderado x 64,25 euros = 10.023 euros.

ii) Los dos informes coinciden en considerar indemnizables como perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas las dos a las que fue sometido el reclamante en la CUN (los días 4 y 6 de noviembre de 2024), para explantar el primer marcapasos e implantar el segundo, parecer con el coincidimos por aplicación del artículo 140 TRLRC. Asimismo, ambos informes coinciden en encuadrar esas intervenciones en el grupo V del nomenclátor de la OMC (Organización Médica Colegial). Sin embargo, los informes discrepan a la hora de cuantificar la correspondiente indemnización dentro de la horquilla que prevé la tabla 3.B del Anexo del TRLRC, debido a que el de *RELYENS* aplica el baremo vigente en el año 2024, y el del reclamante aplica el vigente en el año 2026.

Según hemos explicado en el apartado i), asiste la razón al informe de *RELYENS*, con lo que por este concepto procede indemnizar al reclamante con 2.718,06 euros.

iii) También los dos informes cuantifican, como perjuicio personal básico, indemnización por el perjuicio estético de la secuela consistente en la mayor cicatriz del reclamante en su tórax, consecuencia de haberse tenido que someter a las 2 intervenciones quirúrgicas referidas en el apartado ii) anterior. Ambos dictámenes califican el perjuicio estético como ligero, extremo con el que coincidimos de acuerdo con lo previsto en el artículo 102.2.f) TRLRC (perjuicio estético que producen las pequeñas cicatrices situadas fuera de la zona facial). Pero difieren en la puntuación asignada dentro de la horquilla (1-6) contemplada en la tabla 2.A.1 del Anexo del TRLRC (código 11001), pues el informe de *RELYENS* lo valora con 4 puntos, y el dictamen de la reclamante lo valora con 6.

La valoración de ambos informes conforme a las reglas de la sana crítica nos lleva a conferir una mayor fuerza probatoria al dictamen de *RELYENS*, ya que es el único que justifica la razón de su puntuación (el error del SERIS ha provocado que la cicatriz se haya visto agrandada, pero en cualquier caso habría existido una como consecuencia de la intervención quirúrgica inicial de 1 de octubre de 2024), mientras que el dictamen del reclamante se limita a afirmar, tras describir la cicatriz, que debe ser baremada con la puntuación superior de la horquilla.

En consecuencia, en aplicación del artículo 103.5 TRLRC y de la tabla 2.A.2 de su Anexo vigente en el año 2024, procede indemnizar al reclamante por este concepto con 3.823,19 euros.

iv) El dictamen del reclamante también valora como perjuicio personal básico el perjuicio psicofísico de la secuela (cicatriz). No así el dictamen de *RELYENS*, que no prevé indemnización alguna por este concepto.

En este punto compartimos el criterio del informe del reclamante, dado que justifica cumplidamente cuál es el perjuicio anatómico-funcional sufrido como consecuencia de la cicatriz (epígrafe 5.3), con lo que constituye un concepto indemnizable de conformidad con los artículos 97 y 101.1 TRLRC. También entendemos que es correcto valorar este perjuicio con 5 puntos, dado que igualmente aquel informe explica de modo convincente las razones que lo sustentan. Además, es la puntuación media de las horquillas consideradas en el informe, con lo que es proporcionada a la circunstancia de tener que valorarse únicamente el agrandamiento de la cicatriz fruto de las dos intervenciones quirúrgicas realizadas al reclamante como consecuencia del error del SERIS que justifica la existencia de la responsabilidad patrimonial. Por último, en lo tocante a la cuantía, ya hemos indicado que no es aplicable el baremo vigente en el año 2026, como pretende el reclamante, con lo que no podemos aceptar los 5.136,75 euros reclamados por este concepto. En aplicación de la tabla 2.A.2 del Anexo del TRLRC vigente en el año 2024, este concepto debe ser indemnizado con 4.856,02 euros.

v) El dictamen del reclamante incluye, como concepto indemnizable, el lucro cesante. Según expone en sus escritos de 22 de agosto de 2025 y de 4 de marzo de 2026, el reclamante no pudo ejercer su actividad profesional (abogado en ejercicio por cuenta propia) durante los 175 días en que permaneció de baja laboral, lo que justificaría la percepción de una indemnización por lucro cesante que cuantifica en 22.988 euros, a partir de la media de sus ingresos netos en los tres años anteriores al hecho causante de la responsabilidad patrimonial (2021, 2022 y 2023).

Atendiendo al régimen jurídico establecido en los artículos 134.4.c), 143.1 y 143 TRLRC, estimamos que el reclamante tiene derecho a ser indemnizado por el perjuicio

patrimonial consistente en el lucro cesante, si bien no en los términos solicitados, sino en los siguientes:

-Es un hecho acreditado, a través de las declaraciones del IRPF del reclamante de los ejercicios 2021, 2022, y 2023, que la media de sus ingresos netos es superior a los ingresos netos del ejercicio 2023, con lo que dicha media es la que debe tenerse en cuenta para calcular la indemnización por lucro cesante: 131,36 euros/día. En este punto coincidimos con el reclamante.

-Sin embargo, el periodo computable a estos efectos no puede ser el de 175 días, correspondiente con el total en el que el reclamante estuvo en situación de baja laboral por incapacidad temporal. De acuerdo con su parte de baja por incapacidad temporal de 1 de octubre de 2024, y con su confirmación de 8 de octubre de 2024, dicha situación estaba estimada para 60 días en un escenario de implantación de marcapasos que podemos denominar de ordinario, esto es, sin contemplar el funcionamiento anormal del SERIS que ha determinado la existencia de la responsabilidad patrimonial analizada en este dictamen. Por lo tanto, debemos presumir que el periodo durante el cual el reclamante estuvo en situación de baja laboral por incapacidad temporal imputable a ese funcionamiento anormal es el que excede de esos 60 días, es decir, 115 días. De manera que, en principio, la indemnización que el reclamante tiene derecho a percibir por lucro cesante asciende a $115 \times 131,36 = 15.106,40$ euros.

-Decimos que en principio porque, de este importe, habrá que descontar las prestaciones de carácter público que haya percibido el reclamante por el mismo concepto correspondientes a un periodo de 115 días (*ex* artículo 143.3 TRLRC). No consta en el expediente remitido a este Consejo ninguna información a este respecto, con lo que, antes de que se dicte resolución definitiva en este procedimiento, deberá requerirse al reclamante y/o a las Administraciones competentes, la información necesaria para poder cuantificar esas prestaciones.

vi) El dictamen del reclamante incluye en la indemnización que solicita otros perjuicios patrimoniales como son los gastos de la asistencia sanitaria que recibió en la CUN y otros gastos diversos que considera resarcibles. En concreto, el reclamante pretende que se le indemnicen los siguientes gastos (daño emergente):

-La factura de 7 de noviembre de 2024, expedida por la CUN al reclamante, correspondiente al marcapasos sin cable modelo MICRA AV2 que le fue implantado el 6 de noviembre de 2024, con un importe total de 14.520 euros.

Este concepto no puede ser indemnizado por los mismos argumentos que ya tuvimos ocasión de exponer en nuestro D.44/25, al que nos remitimos:

“2. En cuanto a este daño patrimonial, se ha de concretar que, pese a ampararse en «la responsabilidad patrimonial de la Administración», constituye un supuesto factico para el que el ordenamiento jurídico establece una concreta regulación en la figura jurídica del «reembolso de gastos sanitarios» prestados al margen del Sistema Nacional de Salud.

El art. 43 de la CE reconoce el derecho a la Salud, indicando que «compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios». La prestación de asistencia sanitaria de la Seguridad Social según la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, debe ser entendida como un Servicio Público esencial de obligatoria dispensa por los poderes públicos, cuyo contenido y beneficiarios habrán de ser precisados, conforme al artículo 53.3 de la Constitución, por las leyes que desarrollen el texto constitucional. El Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, señala que «las Entidades obligadas a prestar asistencia sanitaria no abonarán los gastos que puedan ocasionarse cuando el beneficiario utilice servicios médicos distintos de los que le hayan sido asignados, a no ser en los casos que reglamentariamente se determinen» (art. 102.3). El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, asume la regulación del reintegro de gastos, manteniendo la urgencia vital e inmediata como supuesto excepcional en que se contempla el reembolso «La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción...» (art. 4.3).

La regulación que ambas disposiciones efectúan, vino a suprimir el reembolso de gastos de igual naturaleza, previsto, anteriormente a ellas, para los supuestos de denegación de asistencia y el error de diagnóstico, ciñéndolo al supuesto concreto previsto en el precepto recogido de urgencia vital.

A este respecto resulta adecuado traer a colación la Sentencia del TS, Sala 4ª, de 08/05/2024; ECLI:ES:TS:2024:2709, que enumera los requisitos legales para el reintegro 18 CONSEJO CONSULTIVO DE LA RIOJA de gastos en la sanidad privada:

«Para que proceda el reintegro de gastos, la jurisprudencia, bajo la dicción del art. 4.3 del Real Decreto 1030/2006, incide en la preceptiva concurrencia de cuatro requisitos, en los que insisten las SSTS de 17 de julio de 2007, rcud 557/2006 y de 31 de enero de 2012. Previamente habían conocido de la materia, entre otras, las sentencias de la misma Sala IV de 20/10/2003 (rcud 43/2002) y 17/12/2003 (rcud 63/2003). Los requisitos a los que aludimos son: la calidad vital de la asistencia; su naturaleza urgente e inmediata; la imposibilidad de utilizar oportunamente los servicios públicos de salud; y el carácter no desviado o abusivo del manejo de los servicios.

En la última de las sentencias citadas se precisaba que ‘ya no se habla de cuatro requisitos reglamentarios sino de tres, pues los dos primeros aparecen ya refundidos’. Y, como acabamos de ver, es claro que los dos últimos son en realidad un único requisito. Así, se afirma en el FD Segundo de dicha sentencia: ‘Con arreglo a la norma reglamentaria, son requisitos para la procedencia del reintegro: a) que se trate de una asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, b) que el

beneficiario haya intentado la dispensación por el Sistema Nacional de la Salud y no haya podido utilizar oportunamente los servicios del sistema público y c) que la actuación no constituya una utilización abusiva o desviada de la excepción'».

Igualmente, en nuestro dictamen D.48/12, con expresa remisión a la jurisprudencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, de la que es exponente la Sentencia de 22 de mayo de 2007; ECLI:ES:TSJLR:2007:261, indica lo siguiente:

«La apreciación de urgencia vital requiere, según la jurisprudencia y la doctrina judicial, la concurrencia de varios elementos:

1.- La existencia de una situación de riesgo. No toda urgencia es de carácter vital, sino únicamente aquella que es más intensa y extremada y que se caracteriza, en los más de los casos, porque en ella está en peligro la vida del afectado. Pero también en términos menos graves, se aprecia la urgencia vital ante la concurrencia de un peligro que dificulte la curación definitiva del enfermo o que provoque la pérdida de órganos o miembros fundamentales para el desarrollo normal del vivir, aunque la lesión se halle en una zona periférica del cuerpo. La integridad moral queda así incluida en el término «vital». Es preciso, por tanto, una situación patológica que presuntamente ponga en peligro la integridad fisiológica del enfermo.

2.- Que la situación de riesgo sea objetiva y contrastada (SSTS de 22 de octubre de 1987, 16 de febrero de 1988, 14 de diciembre de, 1 de julio de 1991 y 31 de mayo de 1995).

3.- Que el riesgo sea inesperado, imprevisible, como un accidente o la aparición súbita de un cuadro clínico que requiera de una inmediata atención (SSTS de 11 de marzo de 1986, 15 de enero de 1987, 9 de junio de 1988 y 25 de octubre de 1999).

4.- Que exista perentoriedad o premura en la actuación de suerte que se perjudica la supervivencia del enfermo o se le puede infligir un daño irreparable o de difícil subsanación a su integridad física si ha de estarse a la necesaria demora o a la superación de los naturales inconvenientes que supone el acudir a los servicios médicos asignados por la Seguridad Social. Perentoriedad es, en consecuencia, la exigencia de tratamiento inmediato ante la aparición imprevisible de la enfermedad o la producción del accidente y que elimina o excluye cualquier posibilidad de trámites formales y burocráticos previos, de modo que resulte ineludible acudir al centro más cercano de 19 CONSEJO CONSULTIVO DE LA RIOJA los adecuados. (SSTS de 15 de enero de 1987 y 1 de julio de 1991).

La urgencia vital precisa, además de la situación patológica que presuntamente ponga en peligro la integridad fisiológica del enfermo y que exija acción terapéutica inmediata, que no sea posible, extremadamente dificultoso o desaconsejable médicamente el acudir a los servicios sanitarios propios de la Seguridad Social (STS de 7 de marzo de 1985). O, como dice la Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 25 de octubre de 1999, supone la aparición súbita de un cuadro clínico que requiere de una inmediata atención, imposibilitando acudir al cuadro médico asignado.

En la urgencia vital concurre una situación objetiva de riesgo, que se traduce en la imposibilidad de utilizar los servicios sanitarios de la Seguridad Social, porque la tardanza en obtener su asistencia o el hecho de que tales servicios no estén en condiciones de prestarla ponga en peligro la vida o curación

del enfermo (Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 22 de octubre de 1987, que cita varias, y reiterada en las de 27 de enero, y 15 y 16 de febrero de 1988)».

En la más reciente Sentencia de 08/05/2024 ut supra citada, se concreta que la urgencia vital no se predica sólo y exclusivamente en el sentido de peligrar la vida misma.

«Si el autor de la norma reglamentaria hubiera querido restringir los supuestos a los riesgos de pérdida de la vida, así lo hubiera expresado en términos tales como '*peligro inminente de muerte*', pero no se hizo así. Se acudió a una expresión de mucho más amplio contenido, '*urgencia vital*', que hemos de interpretar conforme a la segunda de las acepciones del término, referida a la suma importancia o trascendencia». *Continuábamos precisando con referencia al uso de esas variadas expresiones en la ley y el reglamento, que las mismas «no circunscriben la urgencia vital, en todo caso, a un peligro de riesgo para la vida. En el estado actual de la protección social en materia sanitaria, derivado del mandato constitucional del derecho de protección a la salud (art. 43.1 CE) no permite una interpretación mezquina del precepto que nos ocupa...».*

No obstante lo expresado, resulta evidente que los requisitos indicados para considerar la existencia de la urgencia vital (que posibilita el reembolso de los gastos ocasionados y, en este concreto caso, reclamados), no concurrieron en la situación que, en este caso, aquejó al reclamante».

-1.500 euros por los gastos de aparcamiento, gasolina, dietas y alojamiento de la cónyuge del reclamante durante su estancia hospitalaria en la CUN.

Por los mismos motivos que acabamos de exponer, debe rechazarse la indemnización de este concepto. Y, además, hay que recordar que sólo son indemnizables los daños efectivos e individualizados cuya realidad el reclamante (sobre el que recae la carga de la prueba) consiga acreditar. Y en el expediente únicamente se han justificado unos gastos por estacionamiento en Pamplona de 163,05 euros.

-30.000 euros en concepto de gastos previsibles por los recambios futuros que va a necesitar el marcapasos sin cable modelo MICRA AV2 a lo largo de la vida del reclamante.

En este caso, la indemnización no puede serle reconocida al reclamante por las mismas razones arriba expuestas, por las que se desarrollan en el primer inciso del apartado vii) siguiente, y porque, llegado el momento de tenerse que realizar el recambio, éste estará cubierto por el sistema público de salud riojano, de acuerdo con lo previsto en el artículo 2 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y en su Anexo VI, y en la Resolución de 5 de diciembre de 2019, de la Consejería de Salud, por la cual se adapta la cartera de servicios del Servicio Riojano de Salud a la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en materia de prestación ortoprotésica (BOR núm. 149, de 18 de diciembre de 2019).

vii) Por último, el dictamen del reclamante contempla una indemnización por

perjuicio personal particular, y en concreto por perjuicio moral por pérdida de calidad de vida. Según explica ese informe, la implantación del marcapasos sin cables modelo MICRA AV2 va a conllevar para el reclamante: limitaciones físicas y de rendimiento, ya que *“puede traducirse en una intolerancia a esfuerzos físicos intensos o una menor capacidad aeróbica máxima”*, así como *“fatiga temprana”* y una *“respuesta cardíaca menos fisiológica”*; la pérdida de *“un acceso vascular mayor”*; una *“limitación terapéutica futura”*, dado que la batería de ese modelo de marcapasos tiene una vida útil de 15 años, lo que obligará a tener que implantar otro cuando el reclamante tenga 70 años; y un estado de *“ansiedad y estrés postraumático médico”*, puesto que el reclamante, *“en plena madurez vital, refiere que el miedo constante a una nueva infección o al fallo del dispositivo limita su espontaneidad para viajar, planificar proyectos a largo plazo o disfrutar de su ocio con normalidad”*. En fin, resumen el dictamen del reclamante, *“a sus 55 años, la necesidad de recurrir a un marcapasos intracardíaco de rescate (Micra AV2) tras la inutilización de su acceso venoso superior le priva de una estimulación cardíaca óptima, mermando su tolerancia al esfuerzo físico en el ámbito deportivo y de ocio. Asimismo, le somete a la certeza de futuras intervenciones intracardíacas por el agotamiento de la batería, instaurando un estado de vulnerabilidad psicológica permanente. Por todo ello, se considera que el paciente padece un menoscabo gravísimo en sus actividades de desarrollo personal, situándose en el escalón de máxima gravedad dentro del Grado Moderado. En consecuencia, se solicita la indemnización en su franja superior, estipulada en 65.000,00 €”*.

A juicio de este Consejo, este perjuicio personal particular no es un daño indemnizable por las siguientes razones:

-Una de las cuestiones que más controversia ha generado durante la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial que nos ocupa, ha sido la relativa a la idoneidad y necesidad de implantar al reclamante un marcapasos sin cables modelo MICRA AV2, una vez explantado el marcapasos modelo DDD Medtronic Azzure como consecuencia de la infección provocada en su bolsillo subcutáneo por el oblitio.

Así, de un lado tenemos el informe de la médica cirujana del SERIS que intervino al reclamante el 1 de octubre de 2024, de fecha 11 de septiembre de 2025, según el cual era posible la implantación de un marcapasos convencional *“con garantías de ausencia de nueva complicación, en este caso en particular por no tratarse de un paciente de alto riesgo de infección y con necesidad de estimulación bicameral debido al diagnóstico que motivó el implante de marcapasos de inicio, una disfunción sinusal”*. En análogo sentido, el informe de 9 de septiembre de 2025 del médico adjunto de cardiología del HSP que prescribió al reclamante la intervención quirúrgica para eliminar la infección del bolsillo del marcapasos inicialmente implantado mediante la extracción de éste, asevera que *“es muy dudoso que [la implantación de un marcapasos sin cables] fuese la única solución”*, y añade que, teniendo en cuenta la causa específica por la que el reclamante necesita un marcapasos (disfunción sinusal sintomática. Pausas de asistolia), y que por su edad va a necesitar un

recambio debido a la vida útil de la batería, *“no sólo no es la “única solución”, sino que posiblemente no es la mejor”*. El informe de CRITERIA de 21 de noviembre de 2025 se alinea con los dos anteriores, y afirma que *“se debió optar por un sistema de electrodos DDD endovenoso”* (marcapasos convencional), toda vez que es más idóneo en atención a la patología cardíaca sufrida por el reclamante, de suerte que *“el beneficio del sistema de dos electrodos endovenoso contralateral supera, a mi juicio, al riesgo de reinfección, mayor que en un sistema Micra sin cables”*. Finalmente, el informe de la médica inspectora de la Consejería de Salud y Políticas Sociales de 10 de febrero de 2026, concluye que *“de acuerdo con la literatura científica consultada, el marcapasos sin cables implantado a [el reclamante] en la CUN no constituiría la mejor y más segura alternativa para el tratamiento de su cuadro clínico”*, fundamentalmente porque *“se trataba de un paciente diagnosticado de enfermedad del nodo sinusal, con defecto electrofisiológico en la aurícula, por lo que era portador de MCP con estimulación 26% auricular y 0,1% ventricular, siendo el MCP sin cables un dispositivo de estimulación únicamente ventricular”*.

Y, de otro lado, tenemos el informe de la CUN de 12 de noviembre de 2024, en el que se explica que la implantación del marcapasos sin cables modelo MICRA AV2 obedeció a la decisión conjunta de sus Departamentos de Cardiología y de Enfermedades Infecciosas, *“ante la posibilidad de reinfección”* en caso de implantarse de nuevo un marcapasos convencional. Asimismo, el dictamen médico del reclamante reputa que la implantación de ese tipo de marcapasos *“constituyó la indicación médica de primer nivel (Gold Standard) dadas las gravísimas circunstancias clínicas provocadas por la actuación inicial. Tras una infección profunda del bolsillo pectoral derecho o izquierdo, las guías de práctica clínica internacionales establecen que resulta temerario reimplantar un nuevo dispositivo convencional en el mismo lecho anatómico”*, y concluye que *“la indicación del marcapasos sin cables Micra AV2 implantado en la CUN se ajusta de forma estricta a las indicaciones de uso aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y reconocidas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)”*.

Como es fácilmente comprobable, nos encontramos ante posturas técnicas absolutamente irreconciliables. En esta coyuntura, tras valorar conjuntamente y conforme a las reglas de la sana crítica todos estos informes, entendemos que no ha quedado acreditado que la implantación al reclamante de un marcapasos sin cable modelo MICRA AV2 fuese la única opción, ni la mejor. En este sentido, sin desmerecer en absoluto la postura mantenida por ninguno de los especialistas informantes, la contundencia de los cuatro informes médicos que avalan lo contrario (tres de los cuales están suscritos por médicos cardiólogos), impiden aceptar lo argumentado en los dos en los que se sustenta la tesis del reclamante. Por consiguiente, el perjuicio personal particular reclamado, vinculado en el dictamen pericial del reclamante al implante de ese marcapasos, no puede ser objeto de indemnización.

-A mayor abundamiento, en el antes citado informe de la CUN de 12 de noviembre

de 2024, en el apartado intitulado “TRATAMIENTO INDICADO”, se reseña: “*Régimen de vida y alimentación: De reposo relativo durante dos semanas. Posteriormente se irá reincorporando progresivamente a su actividad física habitual*”. Este último aserto resta verosimilitud a las severas limitaciones físicas a las que alude el dictamen pericial del reclamante.

-Por otro lado, y con carácter subsidiario de lo ya dicho, tampoco podemos compartir la calificación como moderado del perjuicio por pérdida de calidad de vida reclamado, ni la petición de que se cuantifique con el importe más elevado de la horquilla que para ese grado recoge la tabla 2.B del Anexo del TRLRC. De la propia relación de limitaciones que se contienen en el dictamen pericial del reclamante, se desprende que éste no ha perdido la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal (como por ejemplo podría ser la de desempeñar su profesión de abogado con normalidad), sino actividades específicas de su desarrollo personal (como realizar esfuerzos físicos intensos, participar en liguitas de pádel, o viajar de forma espontánea). Consiguientemente, nos encontraríamos ante un perjuicio de grado leve (artículo 108.5 TRLRC) que, además, dada la importancia y el número de las actividades afectadas según el propio dictamen del reclamante, y su edad (artículo 109.2 TRLRC), no podría conllevar en ningún caso la cuantificación de la indemnización por el importe más elevado de la horquilla de la referida tabla. Máxime cuando, lamentablemente, la mayor parte de las eventuales limitaciones que pueda sufrir el reclamante, no dependen del tipo de marcapasos colocado, sino de la patología cardíaca que con él se pretende mitigar.

2. En resumen, el reclamante tiene derecho a percibir una indemnización por los siguientes conceptos:

-Perjuicio personal particular temporal por pérdida temporal de calidad de vida: $370,65 + 1.482,56 + 10.023 = 11.876,21$ euros.

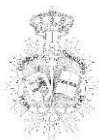
-Perjuicio personal particular temporal causado por intervenciones quirúrgicas: 2.718,06 euros.

-Perjuicio personal básico estético por secuelas: 3.823,19 euros.

-Perjuicio personal básico psicofísico por secuelas: 4.856,02 euros.

-Perjuicio patrimonial temporal por lucro cesante: 15.106,40 euros.

En total, el reclamante tiene derecho a percibir una indemnización de 38.379,88 euros, de los que se deben deducir las prestaciones de carácter público que haya percibido, en los términos indicados en el último párrafo del fundamento de derecho Cuarto.1.v) de este dictamen.



La referida cantidad deberá ser actualizada a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial, con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad fijado por el Instituto Nacional de Estadística, en los términos establecidos en el artículo 34.3 LRJSP.

CONCLUSIÓN

Única

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser estimada parcialmente, y reconocerse al reclamante el derecho a percibir una indemnización en los términos expuestos en el apartado 2 del fundamento de derecho cuarto de este dictamen.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

José Ignacio Pérez Sáenz
PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO