

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 1º Juzgado Civil de Valdivia
CAUSA ROL : C-1582-2018
CARATULADO : MACÍAS/SOCIEDAD DE SERVICIOS MÉDICOS
Y ODONTOLÓGICOS MERINO Y ZAPATA LTDA.

Valdivia, nueve de junio de dos mil veintiuno.

VISTOS:

Al folio 1, don Cristian Guerra Hernández, abogado, en representación, de doña **DÁMARIS EUNICE MACÍAS FLORES**, cirujano dentista, ambos domiciliados para estos efectos en avenida Vicente Pérez Rosales núm. 619, edificio Centro, oficina 403, 4º piso, comuna y ciudad de Valdivia, interpone demanda de indemnización de perjuicios en contra de don **MARCO ANDRÉS MERINO GERLACH**, cirujano dentista, cédula nacional de identidad núm. 10.278.714-5, domiciliado en avenida Ramón Picarte núm. 427, oficina 410, 4º piso, comuna y ciudad de Valdivia, sobre la base de los fundamentos de hecho y de derecho que expone:

I. LOS HECHOS:

El 19 de enero de 2015 doña Dámaris Macías Flores inició un tratamiento ortodóncico con la finalidad de lograr una correcta oclusión y alineamiento dental, tratamiento que se prolongó hasta el día 18 de julio de 2017, a cargo del odontólogo don Marco Merino Gerlach.

Indica que consta de la ficha clínica de la actora que el Sr. Merino no prescribe la captura de una imagen radiológica al inicio del tratamiento ortodóncico, si no que emplea una imagen radiográfica panorámica de los dientes de Damaris del mes de septiembre de 2014, no existiendo, a esa fecha, patología alguna. Iniciado el tratamiento, el Sr. Merino espera 10 meses para evaluar mediante una captura radiográfica panorámica la evolución de los dientes de Dámaris ante la fuerza activa aplicada.

Producto de ese examen, ordenado 10 meses después de iniciado el tratamiento, el Dr. Véliz, radiólogo máxilo facial, informa, con fecha 02 de noviembre de 2015, que los incisivos superiores laterales (piezas 1.2 y 2.2) de Dámaris presentaban “ápices redondeados” mientras que los superiores centrales (piezas 1.1 y 2.1) presentaban “raíz corta”, que son dos etapas



sucesivas del evento adverso ortodóncico, llamado: *Reabsorción Radicular Externa Apical* –en adelante, también RREA–.

Este informe identificó hallazgos de RREA precisamente en los dientes que son más proclives a presentar este efecto adverso, según toda la literatura especializada vigente, además, de que señaló diferencialmente que los incisivos superiores centrales tenían un daño más avanzado que el de los laterales.

Con posterioridad a este informe, específicamente, nueve días después, Dámaris asiste a la consulta del Sr. Merino, donde le fueron instalados microtornillos, con los cuales comienza el demandado a aplicar fuerza sobre los incisivos superiores, mismas piezas dentales que, de acuerdo con imagen radiológica, evidenciaban ya a esas alturas, raíces cortas.

Luego, en sesión de fecha 18 de enero de 2016, el Dr. Merino percibe retrusión por parte de los incisivos superiores, es decir, desplazamiento dental en retroceso, hacia el paladar, de los incisivos superiores. Sin embargo, continúa ejerciendo tracción sobre los dientes mediante los micro tornillos y 26 días después en sesión de fecha 10 de febrero de 2016 el Sr. Merino percibe y declara que “se han retruido muchísimo”, pese a lo cual incrementa la fuerza mediante la “activación de postes con los micro tornillos”.

El Sr. Merino, sin percatarse siquiera de las situaciones anómalas que debieron encender las alarmas para una detección de RREA –a esas alturas del tratamiento, ya avanzado– (raíces cortas de los incisivos superiores), continúa irreflexivamente su tratamiento, consignando en la ficha clínica como efecto favorable aquellas alteraciones que debieron alertarlo aún más: un altísimo y rapidísimo nivel de retrusión –en sólo 26 días: el 18.01.16 percibe retrusión inicial de los incisivos y el 10.02.16 se consigna muchísima retrusión–, sin siquiera advertir que esta acelerada retrusión podía deberse precisamente a la fuerza a la que eran expuestos los incisivos de raíz acortada.

Al finalizar el tratamiento, con fecha 18 de julio de 2017, a su representada le extrajeron los aparatos de ortodoncia (dos años seis meses después de iniciado el tratamiento), resultando la paciente con una movilidad y dolor inusuales en sus piezas dentales números 1.3, 1.1 y 2.1,



correspondientes al canino superior derecho e incisivos centrales superiores, respectivamente.

Este inusual e inesperado efecto motivó primero una llamada telefónica al Sr. Merino, informándole sobre este preocupante resultado quien banalizó los síntomas de Damaris y le recomendó únicamente la ingesta de paracetamol, añadiendo que, en su calidad de futura odontóloga, debería saber que esa “sensación” de movilidad y dolor eran normales una vez retirados los aparatos y cesado la fuerza sobre los dientes.

Conforme transcurrían los días, la movilidad dental se hizo más notoria e incómoda por lo que Dámaris decidió consultar con otro profesional del área, quien luego de exámenes diagnosticó RREA severa, según se va a acreditar en la etapa procesal correspondiente. Consecuencia de lo anterior, y dado que los dientes inferiores (indemnes) no pueden actuar sin el complemento de los superiores (dañados irreversiblemente), actualmente, Dámaris perdió la funcionalidad de 12 piezas dentales.

II. SOBRE LA REABSORCIÓN RADICULAR EXTERNA APICAL

Es relevante señalar que la reabsorción radicular es una enfermedad consistente en que la raíz dental, a partir de un daño continuo e intenso sobre su superficie externa, se desintegra progresiva e irreversiblemente hasta acortarse en grado tan significativo que su deterioro se vuelve evidente radiográficamente.

Considerando que la firmeza de un diente reside en la longitud de su raíz (la cual es $\frac{1}{3}$ más larga que la porción visible del diente), cuando ha desaparecido >4 milímetros o $>\frac{1}{3}$ de la longitud radicular original, se considera que la RRE es severa, por la pérdida irreversible de resistencia que deberá sobrellevar ese diente.

El motivo de consulta habitual es la movilidad dental, que puede acompañarse de dolor espontáneo al masticar o al entrar en contacto espontáneamente una arcada dentaria con la otra y el diagnóstico se realiza mediante radiografía o, idealmente, scanner (tomografía computarizada).

LA RREA es un evento adverso de la terapia ortodóncica y constituye una patología nefasta, dado que puede afectar a varios dientes y poner en



peligro su función y estabilidad a corto y largo plazo, siendo sus consecuencias, en síntesis:

1. Movilidad de los dientes dañados, que puede ser dolorosa.
2. Pérdida de la capacidad de los dientes dañados para ejercer sus funciones (corte, desgarrar o trituración de alimentos), según la severidad del daño.
3. Desprotección ante enfermedades dentales comunes.
4. En caso de reabsorciones muy severas, las lesiones pueden seguir progresando pese a haber discontinuado la fuerza ortodóncica y dar lugar a la pérdida prematura del diente.
5. Menor resistencia de los dientes dañados ante los traumas dentales.
6. Imposibilidad de rehabilitación (de los dientes dañados) mediante prótesis fija, cuando el remanente radicular es insuficiente.
7. Daño psicológico acorde a la severidad del daño y al grado de importancia subjetiva que el paciente le asigna a sus dientes.
8. Disminución de la calidad de vida tanto a nivel personal como familiar y social.

ii.i Sobre el origen de la RREA

Los casos de RREA se asocian a traumas agudos o crónicos, impactaciones dentales o procesos inflamatorios de origen periodontal o pulpar, aunque también puede existir una combinación de factores, incluyendo la biología y predisposición genética del individuo. Con todo, una causa claramente establecida de RRE es el tratamiento ortodóncico, esto es, la implantación de aparatos dentales con fines terapéuticos y/o estéticos.

La reabsorción radicular asociada al tratamiento de ortodoncia es consecuencia del daño que sufre el ligamento periodontal, debido a la compresión a la que se le somete durante el movimiento dentario y que afecta la circulación sanguínea. El ligamento tiene un estrecho contacto con la raíz, dado que prácticamente la envuelve, y al sufrir un daño repetitivo o de gran cuantía, desencadena una reacción inflamatoria incontenible que afecta no solo al ligamento periodontal, sino que por contigüidad también a la raíz.



Los primeros cambios inflamatorios conducentes a reabsorción radicular se observan dentro de las tres a cinco semanas posteriores a la aplicación de una fuerza ortodóncica ligera, y si se retira la fuerza, el proceso de reparación comienza alrededor de dos semanas después.

Los dientes más susceptibles de desarrollar RREA son archiconocidos en la especialidad ortodóncica y tal y como certifica la literatura científica, los más afectados en orden decreciente son:

1. Incisivos superiores (centrales y laterales)
2. Incisivos inferiores.
3. Primer molar inferior.
4. Segundo premolar inferior.
5. Segundo premolar superior.

III. EL DERECHO

La responsabilidad civil del profesional liberal de la salud tiene una naturaleza contractual. Esto implica afirmar que entre Dámaris y el señor Merino Gerlach existió un contrato de prestación de servicios médicos que se rige por las disposiciones de los artículos 1545 y siguientes del Código Civil –en adelante también CC–, con aplicación además de algunas reglas del mandato (Art. 2118 CC) y del arrendamiento de servicios inmateriales (art. 2012 CC). Los respectivos y sucesivos actos de ejecución del tratamiento dental demuestran inequívocamente tal convención.

Este contrato somete al demandado a los deberes de diligencia y cuidado de los que actúan en el ámbito de los intereses y riesgos de terceros, pero muy especialmente de los profesionales a quienes se le confía la salud y vida de las personas. De esta forma éstos, “tienen el deber de adoptar, dentro de lo que resulta económicamente exigible, las medidas que satisfacen las expectativas normativas de seguridad que los terceros tienen respecto de su capacidad de experto. Si alguien actúa en una condición profesional, los demás tienen derecho a asumir que ella dispone de destrezas, conocimientos, entrenamiento y aun de una inteligencia superior al promedio, porque ese es el estándar que usualmente posee y resulta exigible de quienes actúan en esa condición” (Barros, Enrique, *Tratado de responsabilidad extracontractual*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 2006, pp. 662 y 663).



En concreto, el señor Merino Gerlach teniendo la calidad de cirujano dentista, especialista en ortodoncia y ortopedia dentofacial debió adoptar todas las medidas que el caso demandaba para: (i) minimizar primero la posibilidad de aparición de la RREA, (ii) pesquisar oportunamente su aparición, (iii) informar a la paciente sobre la presencia de la patología y (iv) contener o revertir la patología mediante la suspensión inmediata del tratamiento ortodóncico.

Ésta era la única forma de entender que aplicaba sus conocimientos y capacidades expertas para el cumplimiento de la prestación, es decir, que ejecutaba todo lo que los deberes profesionales y técnicos (*lex artis*) exigían. En simples palabras, el demandado no cumplió con su deber profesional de emplear el cuidado debido.

IV. INFRACCIÓN DE DEBERES MÉDICOS, CONFORME A LA LEX ARTIS Y LA LEY.

Las infracciones del Sr. Merino, constitutivas de inexcusable negligencia médica, son:

1. Previo a iniciar el tratamiento ortodóncico, no informó a Damaris, la paciente, sobre el riesgo de la aparición de reabsorción radicular, ni solicitó consentimiento escrito.

El hecho de haber omitido información supuso una pérdida de oportunidad para la paciente, que aceptó la intervención careciendo del conocimiento de los riesgos que entrañaba el tratamiento ortodóncico a fin de decidir otorgar su consentimiento, o, por el contrario, negarse, prefiriendo conservar sus dientes en la situación natural en que se encontraban.

En consecuencia, se ha incumplido deberes regulados en el artículo 14 de la Ley 20.584, consagrados de la siguiente forma: “Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10.



Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado”.

2. Omisión del deber de precisar el estado de las raíces dentales de Dámaris mediante las técnicas imagenológicas disponibles, pese a surgir evidencia radiográfica de daño a los 10 meses de tratamiento.

El Sr. Merino realizó una errónea valoración de la prueba diagnóstica (radiografía panorámica) que él mismo había solicitado, y desestimó el informe escrito de esa radiografía, emitido por un especialista en la materia radiológica, generando así un resultado ilógico y dañoso para Dámaris.

Este error de diagnóstico dio lugar a la omisión de prescripción de las pruebas que protocolariamente procedían, a saber, radiografía periapical y tomografía computarizada, que son los indicados y lo que recomienda incontestablemente la literatura especializada vigente si las raíces dentales no se observan claramente en la radiografía panorámica, para poder evaluar con precisión las raíces en caso de aparición de RREA.

Esto supuso para Dámaris una pérdida de oportunidad en la posibilidad de un resultado distinto, por la omisión de una prueba diagnóstica relevante, que hubiera podido no solo evidenciar más fehacientemente aún una situación que ya era patológica, sino que además habría conducido a un diagnóstico precoz del evento adverso sufrido por Dámaris.

Asimismo, la omisión de las pautas esenciales para el diagnóstico de la enfermedad (RREA) supuso una pérdida de oportunidad para Dámaris, al haberse omitido una conducta terapéutica (la interrupción del tratamiento) que estaba indicada y que hubiera conducido muy probablemente a un resultado distinto y menos adverso.

3. Omisión del deber de notificar (informar) a Dámaris, la paciente, de la ocurrencia del evento adverso llamado RRE, sin importar la magnitud de la reabsorción. Asimismo, omisión del deber de informar a Dámaris de los riesgos que implicaba la continuación del tratamiento ortodóncico pese a la



pérdida de raíz de los dientes superiores, con lo cual privó a Dámaris de la oportunidad de sustraerse a las intervenciones sucesivas.

El 01 de octubre de 2012 entró en vigencia la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes –Ley N°20.584–, que establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. La iniciativa legal, que resguarda principios básicos de atención en salud y que aplica tanto al sector público como privado, dispone como un derecho de los pacientes el ser informados, en los siguientes términos: “Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional” (art. 10, inc. 1°, Ley N°20.584), y antes prescribe igualmente la ley: “Toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado” (art. 4° Ley N°20.584).

Pese al claro tenor literal de las disposiciones arriba citadas, que no han podido sino ser conocidas por el facultativo demandado, éste obra displicentemente, ignorando el derecho de Dámaris a ser informada sobre las graves consecuencias que, a la postre, le ocasionó el contumaz tratamiento que recibió. La inconsulta continuación del tratamiento, que obvió advertir a la paciente de la aparición de RREA ya a los 10 meses de iniciado el tratamiento, privó a Dámaris de una decisión personalísima, a saber: continuar o no continuar un tratamiento que podía exponerla física y psicológicamente, y, en consecuencia, la privó de la decisión de determinación sobre su propio cuerpo y la expuso finalmente a daños irreversibles (RREA severa), como se verá enseguida.

4. No realizó la intervención que estaba indicada.

Al surgir evidencia radiográfica de reabsorción radicular, el tratamiento debe pausarse temporalmente durante 2 a 6 meses, dado que precisamente esa interrupción es la que puede reducir al mínimo la



reabsorción adicional y detener el proceso de RREA, y al término de este plazo reevaluar radiográficamente las raíces comprometidas, antes de decidir la reanudación del tratamiento activo. La pausa del tratamiento es la medida más eficaz para interrumpir la relación de causalidad entre el tratamiento ortodóncico y daño radicular.

5. Realizó la intervención que estaba contraindicada.

Incrementó la aplicación de fuerza sobre los dientes dañados – instalando micro tornillos y activándolos sucesivamente a lo largo de 20 meses–, sin adecuar el tratamiento en función del impacto que causaba en Dámaris y de las circunstancias específicas que concurrían.

El cumplimiento de la prestación debida para un especialista de la salud, como lo es el Sr. Merino, mandataba la detección oportuna de la patología que hoy afecta a Dámaris. Su detección temprana reviste todavía el carácter de mínima diligencia –o cumplimiento de deberes básicos–, atendida la especial posición de garante de la salud del demandado y los conocimientos que sobre la patología en cuestión (RREA) se han divulgado, especialmente en relación con la aplicación de fuerza activa mediante la instalación de aparatos ortodóncicos sobre los dientes.

6. Incumplió su deber de vigilancia.

El demandado actuó impasiblemente durante 20 meses, omitiendo la prescripción de exámenes imagenológicos periódicos que evaluaran objetivamente la respuesta de las raíces comprometidas ante las nuevas aplicaciones de fuerza, lo cual trasluce descuido y falta de vigilancia, contraviniendo directamente las recomendaciones de la literatura especializada: esta aconseja, sin detractores, monitorear radiográficamente cada 2 a 3 meses los dientes con RRE1.

7. Omitió la prescripción de una radiografía al término de la fase activa del tratamiento (esto es, al retirar de los dientes los aparatos ortodóncicos), y esta imagen habría detectado que los dientes en cuestión seguían reabsorbiéndose, por lo cual esto supuso para Dámaris una pérdida de oportunidad en el acceso a los cuidados paliativos que su condición requería, además de estar innecesariamente expuesta a la pérdida intempestiva de los dientes dañados, ya sea durante el acto mismo de comer o en relación a cualquier traumatismo dental.



V. PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD DE LOS DIENTES DE DÁMARIS.

Aun cuando los dientes afectados directamente por la RREA severa son 3, la pérdida de funcionalidad de piezas dentales se produce en 12 dientes en total. Esto se debe a la posición particular que ocupa cada uno de los 3 dientes dañados, con respecto a los demás. La porción anterior (y visible) de la dentadura, que cumple la función de cortar y o desgarrar los alimentos, consta de 12 dientes: 6 superiores y 6 inferiores. Entre los 6 dientes superiores el diente de cada extremo se denomina canino (“colmillo”) y los 4 restantes, que ocupan la posición central, se denominan incisivos. Esta misma distribución aplica para los 6 dientes inferiores, de modo que cada canino e incisivo superiores, al morder, se encuentra con su oponente homólogo inferior, aprisionando así el alimento. El aporte de cada oponente es indispensable para lograr la fuerza total necesaria en el corte y/o desgarro del alimento. Para llevar a cabo esta función, se requiere que el largo de la raíz sea, como mínimo, del mismo largo de la corona (proporción 1:1), con el fin de soportar las fuerzas de palanca a la que se ven sometidos los dientes en el cumplimiento de su función. Producto del tratamiento de ortodoncia impartido por el Dr. Merino, 3 piezas dentales (los 2 dientes centrales superiores y 1 canino superior) resultaron con una pérdida de raíz tan severa (proporción mucho menor que 1:1) que comprometió irreversiblemente su firmeza, función y permanencia en boca. Debido a que la posición y estado de cada diente es trascendental para el funcionamiento de las piezas adyacentes y opuestas, los 9 dientes restantes quedaron impedidos para ejercer su función.

VI. DAÑOS OCASIONADOS A LA DEMANDANTE PRODUCTO DE LA RREA SEVERA.

El efecto adverso de la reabsorción radicular en grado severo ha tenido las siguientes consecuencias para Dámaris:

1) Mayor vulnerabilidad en la salud dental en comparación con la población general (aquella que vive libre de RRE), dado que se trata de una enfermedad incurable.

2) Imposibilidad de rehabilitación (o reparación) dental mediante una prótesis fija, que es lo adecuado y sugerido para piezas dentales gravemente



dañadas. En cambio, tal posibilidad sí está disponible para la población general. Esto ha estrechado el abanico de opciones terapéuticas para Dámaris, reduciéndolas a las más costosas, invasivas y riesgosas, ejemplo: Implantes.

3) Pérdida irrecuperable de la resistencia de los dientes dañados ante cualquier traumatismo dental, incluso de baja intensidad, en comparación con la población general.

4) Movilidad dental en las tres piezas dañadas, que se hace evidente incluso ante fuerzas mínimas, como por ejemplo los movimientos linguales asociados a la deglución de saliva y/o alimentos.

5) Inutilización de los dientes dañados, cuya función como órganos irremplazables de la alimentación, consistía en cortar y/o desgarrar los alimentos. En el ejercicio de esta función, los caninos e incisivos sanos dependen exclusivamente de la longitud de sus raíces, dado que ahí reside la resistencia que les permite arrancar un trozo de manzana y no ser arrancados de la boca en ese intento. Actualmente a causa de la movilidad patológica que ellos adquirieron, causada por la pérdida de sus resistencias (raíces), sufren vaivén tan pronto entran en contacto con el alimento, con lo que se han vuelto inservibles y Dámaris está expuesta a la pérdida de uno o más de ellos en la mordida de cualquier alimento, por lo cual, lleva a la fecha 9 meses prescindiendo de ellos.

6) Incapacidad permanente de utilizar la totalidad de los dientes anteriores, que asciende a 12 piezas, sobre un total de 24 piezas que posee Dámaris. Es decir, el 50% de su dentadura fue privada de su funcionalidad, puesto que para ejercerla se requiere de todos los dientes anteriores: cualquier mordisco o desgarrado de alimento en condiciones espontáneas es impreciso y no selectivo, dado que no puede escogerse emplear un diente en particular y simultáneamente prescindir del adyacente. La mordida humana sigue el principio de “todo o nada”.

7) Incapacidad permanente de alimentarse sin ayuda auxiliar, dado que como consecuencia del tratamiento ortodóncico recibido de manos del Dr. Merino, Dámaris ha perdido la capacidad de alimentarse adecuadamente en cualquier situación, requiriendo de auxilios externos, como lo son cubiertos y utensilios de corte, incluso para comer una manzana.



8) Fobia dental. Dámaris desarrolló un cuadro de miedo a la atención dental, debido a la experiencia en cuestión que resultó traumática. Se encuentra en un conflicto emocional constante al saber que necesita de tratamiento odontológico, pero al mismo tiempo percibe la situación como amenazante.

9) Daño psicológico. Durante el primer mes que siguió al retiro de los aparatos ortodóncicos, Dámaris tuvo dolor agudo e intenso en relación con los dientes afectados, que se exacerba en las mañanas y en las noches, persistiendo ininterrumpidamente durante todo el día e intensificándose con la oclusión espontánea, transformando un acto tan natural como alimentarse (que por lo demás debiese ser placentero) en una experiencia lacerante, perturbadora y angustiante, al no comprender que había adquirido una enfermedad.

Posteriormente, habiendo recibido el diagnóstico de RREA severa, y habida cuenta de que los dientes tienen un alto valor estético para Dámaris, el hecho de saber que ella misma es portadora de una enfermedad dental incurable, adquirida por la acción aberrante de un profesional de la salud, llevada a cabo reiteradamente a lo largo de 20 meses, la sumió en un estado de indignación y egodistonía permanentes, además de repercutir directamente en su autoestima, distorsionando en gran medida la percepción de belleza y salud de sí misma.

El deterioro de su dentadura le ha generado inseguridad, baja autoestima y ansiedad, dado que vive a diario con la preocupación y el miedo de llegar a perder definitivamente sus dientes, además de inducirle pesadillas de la misma temática y crisis recurrentes de llanto incontenible en distintos momentos del día por alusiones sencillas a la ominosa condición que adquirió.

A causa de este evento traumático, Dámaris se encuentra en tratamiento farmacológico y sesiones de terapia con psiquiatra y psicóloga. Sin embargo, junto con la certeza del daño material recibido, que le inutilizó el 50% de su dentadura, Dámaris presenta la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el tratamiento ortodóncico otros parámetros de actuación –especialmente



aquellos difundidos por la literatura especializada– y, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera.

10) Disminución de la calidad de vida, en los siguientes aspectos:

Personal: La RREA severa le ha causado a Dámaris una pérdida de autonomía personal y múltiples restricciones, que al coartar su libertad le han acarreado disgusto generalizado además de frustración, dado que:

- a) Está obligada a alimentarse crónicamente con una dieta de consistencia especial.
- b) Se ha vuelto dependiente del uso de cubiertos en situaciones donde habitualmente no son requeridos por el común de las personas (comer un sándwich, mascar una manzana).
- c) Debe abstenerse a diario de alimentos que antes le causaban especial deleite.
- d) Han surgido para ella contextos sociales “prohibidos” respecto de la alimentación que se estila consumir allí (picnic, playa).
- e) Ha debido adoptar una evitación precautoria de ciertas actividades lúdicas (ciclismo y deportes de contacto, asistencia a conciertos multitudinarios o a un festival), absteniéndose en general de participar en eventos con aglomeraciones de personas.

Todo lo anterior representa un impedimento inamovible en su autorrealización y aceptación de sí misma.

Familiar: La RREA severa que afecta a Dámaris ha entorpecido la sensación de unidad familiar y armonía que ella y sus consanguíneos acostumbraban a percibir, debido a la imposibilidad de Dámaris de compartir los mismos alimentos con los demás miembros de su núcleo y también debido a la existencia de un ambiente tenso y de desazón interior que ha quedado en ellos, no sólo a causa del menoscabo que afecta a la salud de Dámaris, sino que también de la forma en que ese menoscabo se gestó.

Social: La RREA severa que afecta a Dámaris le ha llevado a experimentar un sentimiento de minusvalía, vergüenza y baja autoestima al comer con terceros (por las condiciones especiales en que debe hacerlo) y socializar con ellos, por lo cual voluntariamente ha disminuido el contacto



social, saliendo poco de casa y acortando dentro de lo posible las conversaciones con personas ajenas a su familia.

VII. SOBRE LA CUALIDAD ESPECIAL DE LA DEMANDANTE

No resulta inoficioso en la presente causa, resaltar, sobre la especial calidad que reviste la demandante en estos autos a la fecha, a saber; la de cirujano dentista.

En el año 2015, cuando Dámaris comenzaba el tratamiento ortodóncico en cuestión, cursaba su cuarto año de odontología en la Universidad Austral de Chile, y huelga señalar que fue precisamente allí donde Dámaris conoció al Sr. Merino, toda vez que éste le impartió varias horas de docencia durante el curso de su carrera.

Fue así como, alentada por la confianza que le brindó el ejercicio docente del Sr. Merino, Dámaris decidió iniciar un tratamiento ortodóncico en su clínica privada, depositando en él toda su confianza.

A la fecha, Dámaris, al igual que el demandado, es cirujano dentista, por lo que la valoración de su dentadura alcanza un nivel cualificado de apreciación. En efecto, Dámaris vive un conflicto interno de autocrítica, dado que ella considera que como dentista debe ser no sólo un proveedor sino también un referente vivo de la salud dental, lo cual incide directamente en su credibilidad como profesional. Actualmente Dámaris está expuesta a la pérdida intempestiva de piezas dentales, lo que, atendida su capacitación profesional, la daña especialmente, y esto debe considerarse como una circunstancia especialísima y relevante a la hora de avaluar los daños.

En suma: Dámaris está unida con el demandado en virtud de un contrato de prestación de servicios médicos, del cual emana el deber de otorgar una prestación acorde con la especialidad y los conocimientos del momento, con la atención que la debida diligencia y cuidado exige; atento a este deber y estándar exigible, y colocado cualquier especialista en su lugar, Merino debió avizorar la posibilidad de que su paciente desarrollara una reabsorción radicular, advirtiéndole de ese riesgo previo a iniciar el tratamiento, previniéndola durante el mismo, o en su defecto, pesquisándola oportunamente y suspendiendo la fuerza aplicada a los dientes una vez que el evento adverso se presentó. Todas medidas que el facultativo omitió,



prescindiendo además de informar a su paciente de los efectos adversos que todo ello implicaba y los riesgos que asumió y traspasó a su paciente.

En subsidio, para el evento que US., determine que la responsabilidad del señor Merino no es contractual, invoco el estatuto de la responsabilidad extracontractual, regulado de los artículos 2314 y siguientes del Código Civil.

Para tales efectos reproduzco los antecedentes señalados anteriormente, precisando que el señor Merino ha infringido el deber general de diligencia debida, causando daño al no efectuar todo lo disponible y necesario para prevenir y/o detener los efectos adversos de la RREA severa que hoy afectan a Dámaris. En lo demás, para no agotar al tribunal, reproduzco los antecedentes señalados con anterioridad.

VIII. LAS INDEMNIZACIONES.

1.- DAÑO EMERGENTE:

Correspondiente a los gastos incurridos con motivo de las consultas médicas y demás intervenciones que finalmente confirmaron el diagnóstico de RRE severa, sumados a las intervención y tratamientos a las que se ha sometido la paciente a fin de restaurar su salud mental y o psicológica.

Estos dineros fueron desembolsados por su representada y constituyen una disminución efectiva de su patrimonio. Tales daños se avalúan en la suma de \$1.500.000.

2.- DAÑO MORAL:

El cúmulo de actuaciones negligentes del doctor Merino han causado un evidente daño moral en Dámaris, tanto por el dolor, la aflicción, vergüenza y las molestias que ha tenido que soportar, con mayor agudeza, desde el término de su tratamiento dental, como también por lo que tendrá que vivir de aquí en adelante. En este punto remitimos al acápite V de este libelo, “DAÑOS OCASIONADOS A LA DEMANDANTE PRODUCTO DE LA RREA SEVERA”, especialmente los N° 7, 8 y 9, relativos a: “daño psicológico”, “fobia dental” y “disminución de la calidad de vida” de Dámaris. Circunstancias y daños todos que deben ser evaluados especialmente considerando la calidad profesional de Dámaris, esto es, odontóloga, y lo que implica para estos profesionales la depreciación de su salud dental (*véase supra VII*).



Por tales razones solicitamos una indemnización por daño moral ascendente a \$100.000.000.- (cien millones de pesos) más reajustes e intereses.

Por las consideraciones, jurisprudencia y disposiciones legales citadas, solicita se tenga por interpuesta demanda de indemnización de perjuicios, en juicio ordinario de mayor cuantía, en contra del demandado, ya individualizado, someterla a tramitación, y, en definitiva, condenarlo a pagar, con costas, las siguientes sumas, correspondientes a:

I.- DAÑO EMERGENTE: la suma de \$1.500.000, o la suma que en justicia se determine.

II.- DAÑO MORAL: la suma de \$100.000.000 (cien millones de pesos), o la suma que en justicia se determine.

III.- Las sumas anteriores deben reajustarse y devengar el interés corriente para operaciones reajustables desde la fecha de la sentencia ejecutoriada hasta su total pago, o la declaración que en el mismo sentido sirva decretar.

Por el primer otrosí, en subsidio de la acción principal, don Cristian Guerra Hernández, abogado, en representación de doña DÁMARIS EUNICE MACÍAS FLORES, cirujano dentista, ambos domiciliados para estos efectos en Avenida Pérez Rosales 619, Edificio Centro, oficina 403, 4° piso, comuna y ciudad de Valdivia, y para el evento de que determine que la relación jurídica no se produce con el señor Marco Andrés Merino Guirlache, deduce demanda de indemnización de perjuicio en contra de la SOCIEDAD DE SERVICIOS MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS MERINO Y ZAPATA LIMITADA, Rut 76.537.620-3, representada legalmente por don MARCO ANDRÉS MERINO GERLACH, cirujano dentista, Cédula Nacional de Identidad N° 10.278.714-5, ambos domiciliados en Av. Ramón Picarte 427 of. 410, 4° piso, comuna y ciudad de Valdivia, sobre la base de los fundamentos de hecho y de derecho que pasa a exponer:

I. HECHOS Y EL DERECHO:

Con el objeto de no agotar al tribunal, da por reproducidos todos los antecedentes de hecho y de derecho señalados en lo principal de esta



presentación al momento de interponer la demanda en contra del señor Merino Gerlach, debiendo agregar lo siguiente:

La prestación de servicios médicos, cuando se realiza por un prestador privado y libremente elegido por el paciente tiene una naturaleza *intuitu personae*, esto es, el contrato es celebrado en consideración a las especiales habilidades y características del cocontratante. Más que en cualquier otro ámbito del derecho, cuando la prestación requerida busca satisfacer intereses relacionados con la salud y vida de las personas, se busca al facultativo que permita generar la mejor y mayor expectativa de satisfacer ese interés.

Por eso estimamos que el vínculo no es con la Sociedad precitada, sino con la persona natural que efectiva y realmente prestó el servicio, a la cual se recurrió teniendo presente su especialidad y supuesta experiencia, incluida la docencia. Sin perjuicio de esto, en forma subsidiaria, y para el evento que se determine que el vínculo es con la Sociedad demandada, se interpone la presente acción en su contra.

II. LAS INDEMNIZACIONES.

1.- DAÑO EMERGENTE:

Correspondiente a los gastos incurridos con motivo de las consultas médicas y demás intervenciones que finalmente confirmaron el diagnóstico de RRE severa, sumados a las intervención y tratamientos a las que se ha sometido la paciente a fin de restaurar su salud mental y o psicológica. Estos dineros fueron desembolsados por mi representada y constituyen una disminución efectiva de su patrimonio. Tales daños se avalúan en la suma de \$1.500.000.

2.- DAÑO MORAL:

El cúmulo de actuaciones negligentes del doctor Merino han causado un evidente daño moral en Dámaris, tanto por el dolor, la aflicción, vergüenza y las molestias que ha tenido que soportar, con mayor agudeza, desde el término de su tratamiento dental, como también por lo que tendrá que vivir de aquí en adelante. En este punto remitimos a US. al acápite V de este libelo, “DAÑOS OCASIONADOS A LA DEMANDANTE PRODUCTO DE LA RREA severa”, especialmente los N° 7, 8 y 9, relativos a: “daño psicológico”, “fobia dental” y “disminución de la calidad de vida” de Dámaris. Circunstancias y daños todos que deben ser evaluados



especialmente considerando la calidad profesional de Dámaris, esto es, odontóloga, y lo que implica para estos profesionales la apreciación de su salud dental (*véase supra VII*).

Por tales razones solicita una indemnización por daño moral ascendente a \$100.000.000. (cien millones de pesos) más reajustes e intereses.

Por lo expuesto, normas legales citadas y demás pertinentes solicita se sirva a tener, en subsidio, por interpuesta demanda de indemnización de perjuicios en juicio ordinario de mayor cuantía, en contra del demandado, ya individualizado, someterla a tramitación, y, en definitiva, condenarla a pagar, con costas, las siguientes sumas, correspondientes a:

I.- Daño emergente: la suma de \$1.500.000, o la suma que en justicia se determine.

II.- Daño moral: la suma de \$100.000.000 (cien millones de pesos), o la suma que en justicia se determine.

III.- Las sumas anteriores deben reajustarse y devengar el interés corriente para operaciones reajustables desde la fecha de la sentencia ejecutoriada hasta su total pago, o la declaración que en el mismo sentido sirva decretar.

Al folio 6, con fecha 12 de junio de 2018 se notificó, personalmente a don Marco Andrés Merino Gerlach, por sí y en su calidad de representante legal de la Sociedad de Servicios Médicos y Odontológicos Merino y Zapata Limitada, ambos demandados en autos.

Al folio 10, don Ulises Marcelo Cerda Pecarevic, abogado, chileno, casado, cedula de Identidad N°12.458.610-0, en representación de Sociedad de Servicios Médicos y Odontológicos Merino & Zapata Limitada, y de don Marco Andrés Merino Gerlach, contestó la demanda indemnización de perjuicios, por una presunta responsabilidad contractual y extracontractual ejercida por doña Dámaris Eunice Macías Flores, en contra de su representado, Sr. Marco Andrés Merino Gerlach, solicitando desde ya su total y absoluto rechazo con expresa condena en costas, conforme a los fundamentos de hecho y derecho que a continuación expongo:

I.- SE CONTROVIERTEN Y SE NIEGAN EXPRESAMENTE LOS HECHOS EXPUESTOS POR LA DEMANDANTE EN SU



LIBELO, SOBRE TODO EN LA FORMA PARCIALIZADA E INTERESADA QUE SE HAN PLANTEADO

1.- Esta parte, viene en controvertir todos y cada uno de los hechos expuestos por la demandante en sus demandas de autos, las que evidentemente contienen visiones parcializadas y que no guardan relación con lo verdaderamente acontecido, pues la relación de hechos formulada por la actora y las imputaciones fácticas contienen, severas omisiones e imprecisiones las que según se acreditará revelan las evidentes inconsistencias de la pretensión y la mala fe la actora en los presentes autos.

2.- Sin embargo, esta parte sólo admite, que la Srta. Dámaris Eunice Macías Flores efectivamente se sometió a una serie de procedimientos específicos de ortodoncia en las dependencias e instalaciones de mi representado, otorgándosele –cada vez que lo solicitó- en concreto todas y cada una de las atenciones, prestaciones que correspondían de acuerdo con la naturaleza y tipo de procedimientos requeridos por la actora, doña Dámaris Eunice Macías Flores.

3.- En tal sentido, dejamos claramente establecido que en cada ocasión que requirió alguna prestación específica, la misma, se cumplió a cabalidad adoptándose en cada caso por el profesional que represento todos los protocolos para un paciente de sus características.

Por lo que los actos médicos específicos otorgado por su representado, fueron realizados según la *lex artis*, y sin observaciones a su respecto.

4.- Esta parte controvierte y niega de forma categórica todas y cada una de las imputaciones formuladas en contra de su representado, pues todas las prestaciones realizadas a la paciente se efectuaron con sujeción y apego expresa a *lex artis* médica, cuyo dicho principio profesional consiste en la “actuación profesional conforme a la ciencia y arte médica. Significa el acatamiento de los procedimientos médicos, adecuados al diagnóstico y tratamiento de cada caso”.

5.- Fuera de lo anterior, no existe ningún fundamento de hecho que se haya puesto en conocimiento de esta parte, que permita saber en detalle y de mejor manera la situación que denuncia mediante las acciones la demandante de autos.



6.- Atendido lo expresado, también controvertimos y negamos de manera categórica la existencia de las supuestas y pretendidas lesiones y daños sufridos por la demandante y, más aún, la supuesta magnitud y naturaleza de estas.

7.- Del mismo modo, negamos y rechazamos de manera categórica todas las afirmaciones e imputaciones fácticas de la contraria contenidas en la relación de hechos de las demandas, pues a esta parte no le constan, las que desde luego tienen el claro propósito de desestimar todas las prestaciones que desplegó su representado, imputando livianamente actuaciones supuestamente erradas y contrarias a la *lex artis*, si no que muy por el contrario su representado actuó de manera diligente y acorde con su actividad, en todas las instancias de la atención que se le brindó a la paciente, y no constando ninguna actividad que se pueda imputar como falta de prestación ni de mala praxis en las intervenciones y prestaciones que les correspondió realizar, cada vez que lo requirió la contraria.

8.- De la misma manera, contraviene y niega de manera categórica que a raíz de los hechos que se imputan como de responsabilidad de su representado, la actora hubiere tenido perjuicios por un supuesto daño emergente por la suma de \$1.500.000.- (un millón quinientos mil pesos), pues dichos conceptos no constan que se hayan realizado en la forma ni las veces que se señalan, ni menos el valor que unilateralmente se le asigna, como así los supuestos perjuicios por la suma total de \$100.000.000 (cien millones de pesos) por concepto de un supuesto y pretendido daño moral que se señala en el libelo de demanda, tanto por un pretendida responsabilidad contractual y extracontractual, lo que desde ya resulta improcedente en cuanto a su pretensión, el cual rechazamos y negamos categóricamente su supuesta ocurrencia, debiendo la contraria acreditarlos conforme a las reglas establecidas en el artículo 1.698 del Código Civil.

9.- Dichas pretensiones resultan improcedentes, y según se indicará debe necesariamente rechazarlas por carecer de todo fundamento y sustento jurídico, según se pasará a indicar.

II.- PRECISION SOBRE LOS HECHOS EXPUESTOS POR LA DEMANDANTE, PUES LOS MISMOS SE ALEJAN DE LA REALIDAD Y LO VERDADERAMENTE ACONTECIDO



a.) Se señala en el párrafo primero y segundo del acápite I, lo siguiente:
“Con fecha 19 de enero de 2015, su representado, doña Dámaris Macías Flores, inicia un tratamiento ortodóncico con la finalidad de lograr una correcta oclusión y alineamiento dental, tratamiento que se prolongó hasta el día 18 de julio de 2017, a cargo del odontólogo Sr. Marco Merino Gerlach.

Consta de la ficha clínica de Dámaris, que el Sr. Merino no prescribe la captura de una imagen radiológica al inicio del tratamiento ortodóncico, si no que emplea una imagen radiográfica panorámica de los dientes de Dámaris del mes de septiembre de 2014, no existiendo a esa fecha patología alguna, iniciado el tratamiento, el Sr. Merino espera 10 meses para evaluar mediante una captura radiográfica panorámica, la evolución de los dientes de Dámaris ante la fuerza activa aplicada”.

Dicha aseveración es rechazada y negada por esta parte, por no ser efectivo lo expresado, cuestión que revela la mala fe de la actora, y lo burdo de la imputación.

El motivo obedeció a que en lo concreto no era necesario prescribirla dado que la paciente ya se había practicado hacía muy poco tiempo, siendo la misma que presentó en la consulta del Dr. Merino.

Debe destacarse que utilizar radiografías previas recientes es una actitud clínica sumamente recomendada por la literatura para así evitar a los pacientes a grandes exposiciones a radiaciones, más aún como las empleadas en radiografías panorámicas por la gran dosis que se utiliza en su empleo.

Cabe hacer presente, para una mejor ilustración, que esta radiografía, tiene el formato de película radiográfica y de acuerdo con los antecedentes que manejamos habría sido tomada en la Facultad de Odontología Universidad Austral de Chile.

Por lo tanto, la radiografía panorámica fue guardada (como la de todo paciente) dentro de su ficha clínica durante todo su tratamiento.

La misma muestra radiográfica- y con ello se revela la mala fe de la contraria- fue retirada por la paciente el día 15 de septiembre de 2017.

Tanta certeza tenemos de aquello que en dicha radiografía panorámica inicial se podía evidenciar que los contrales superiores presentaban raíces cortas, pero esta característica anatómica (inherente a su



propia naturaleza) no es una contraindicación para comenzar un tratamiento de ortodoncia. Ello es así, ya que es una característica muy frecuente en la población.

b.-) Se sostiene en el párrafo tercero y cuarto del acápite I, lo siguiente por la actora:

“Producto de ese examen ordenado 10 meses después de iniciado el tratamiento, el Dr. Véliz, radiólogo máximo facial, informa con fecha 02 de noviembre de 2015, que los incisivos superiores laterales (pieza 1.2 y 2.2) de Damaris presentaban “ápices redondeados”, mientras que los superiores centrales (piezas 1.1 y 2.1) presentaban “raíz corta”, que son dos etapas sucesivas del evento adverso ortodóncico, llamado Reabsorción Radicular Externa Apical –en adelante, también RREA-.

Este informe identificó hallazgos de RREA precisamente en los dientes que son más proclives a presentar este efecto adverso, según toda la literatura especializada vigente, además de que señaló diferencialmente que los incisivos superiores centrales tenían un daño más avanzado que el de los laterales”.

Lo sostenido por la actora, resulta ser a todas luces falso, pues lo expresado por la demandante, es negado y rechazado por esta parte.

Sin embargo, para una mejor precisión de los hechos SS., solo mencionaremos que no es efectivo que los incisivos superiores centrales *“tenían más daño”*.

Cabe precisar que el Radiólogo Sr. Veliz, no describe ni identifica en ningún momento que en relación a la paciente exista Exorizálisis o RREA (Reabsorciones de las Raíces) sino que más bien él describe que observa *“raíces cortas en los incisivos centrales superiores”* por lo tanto está describiendo una característica anatómica del diente que desde un inicio existía y no un proceso activo de daño en la raíz dentaria o de acortamiento de la misma que se derive por algún tratamiento en cuestión.

En este sentido, cabe hacer presente que el Dr. Merino solicitó radiografías de control a los diez meses del tratamiento evidenciándose una habitual reabsorción radicular en los incisivos y otros dientes, esto confirma que el radiólogo informase como “ápices redondeados” en varios dientes, pero ello en ningún caso puede ser constitutivo de responsabilidad de su representado.



Resulta lógico que la paciente –probablemente- no esté totalmente familiarizada con observar de manera clínica radiografías de pacientes en tratamiento de ortodoncia activo, pero el hecho de observar ápices redondeados –al contrario de lo que sostiene la demandante- es una característica muy habitual y normal en la mayoría de los tratamientos, y obviamente no puede ser constitutivo de reproche ni cuestionamiento en que busque hacer efectiva algún tipo o grado de responsabilidad, como infundadamente se sostiene de contrario.

Dicha característica en la radiografía de control de la paciente no generaba ninguna alarma para el tratamiento ya que como hemos señalado es una característica normal (pues un alto porcentaje de los dientes bajo tratamiento de ortodoncia presentan algún grado de reabsorción radicular), que se manifiesta como *“redondeamiento de los ápices radiculares”*, por lo que claramente no vislumbramos que mi representado tenga algún grado de responsabilidad en lo que se le imputa, pues ello es rechazado de manera categórica, por cuanto la imputación carece de todo fundamento.

Para una mayor precisión de lo que se ha expresado, es evidente que esta característica no genera la más mínima alteración funcional ni estética para el sistema masticatorio., por lo que reproche de contrario resulta improcedente y en ningún caso puede ser atributivo de responsabilidad.

c.-) Se sostiene en los párrafos quinto, sexto y séptimo del acápite I, lo siguiente:

“Con posterioridad a este informe, específicamente 9 días después. Dámaris asiste a la consulta del Sr. Merino, donde le fueron instalados microtornillos, con los cuales comienza el demandado a aplicar fuerza sobre los incisivos superiores, mismas piezas dentales que, de acuerdo a imagen radiológica, evidenciaban ya a esas alturas, raíces cortas.

Luego, en sesión de fecha 18 de enero de 2016, el Dr. Merino percibe retrusión por parte de los incisivos superiores, es decir, desplazamiento dental en retroceso hacia el paladar, de los incisivos superiores. Sin embargo, continúa ejerciendo tracción sobre los dientes mediante los microtornillos y 26 días después, en sesión de fecha 10 de febrero de 2016 el Sr. Merino percibe y declara que “se han retraído muchísimo”, pese a lo



cual incrementa la fuerza mediante la “activación de postes con los microtornillos”.

Como bien comprenderá Us., el Sr. Merino, sin percatarse siquiera de las situaciones anómalas que debieron encender las alarmas para una detección de RREA –a esas alturas del tratamiento, ya avanzado- (raíces cortas de los incisivos superiores), continúa irreflexivamente su tratamiento, consignando en la ficha clínica como efecto favorable, aquellas alteraciones que debieron alertarlo aún más: un altísimo y rapidísimo nivel de retrusión –en sólo 26 días: el 18.01.16 percibe retrusión inicial de los incisivos y el 10.02.16 se consigna muchísima retrusión-, sin siquiera advertir que esta acelerada retrusión podía deberse precisamente a la fuerza a la que eran expuestos los incisivos de raíz acortada”.

Tal como fluye de los párrafos precedentes, la paciente asegura que el uso de microtornillos habría favorecido –según su parecer- la reabsorción radicular.

Sobre el particular, hacemos presente que los microtornillos o microimplantes son elementos de anclaje temporal ortodóncicos muy usados en la actualidad tanto en niños como en adultos.

Los mismos, para una mejor ilustración son pequeños tornillos de titanio que se colocan en los maxilares para permitir apoyarse sobre ellos y así generar el movimiento ortodóncico deseado.

En tal sentido, se equivoca rotundamente la demandante al describir que al usar los microtornillos el Dr. Merino estaría generando más fuerza para mover los dientes y por lo tanto estaría favoreciendo la reabsorción radicular. Desde la perspectiva técnica, cuando se usa microtornillos se apoya sobre éstos para mover un grupo de dientes a distancia. En otras palabras, la fuerza empleada en ella es absolutamente la misma que se estaría empleando si no se usaran los microtornillos. Que se entienda bien, no por usar microimplantes los ortodoncistas utilizaran fuerzas mayores, por lo que se sostiene de contrario ello no tiene sustento técnico ni legal.

Por lo tanto, lo que la paciente propone simplemente no está sustentada por la evidencia científica. Pues el uso de microtornillos en tratamientos ortodóncicos -como el del caso que se presenta- no tiene



relación con mayor posibilidad de RREA, como intenta hacer ver de manera errada la actora.

d.-) Se sostiene por la actora, en los párrafos octavo, noveno y décimo del acápite I, lo siguiente:

“Al finalizar el tratamiento, con fecha 18 de julio de 2017, a mi representado le extrajeron los aparatos de ortodoncia (dos años seis meses después de iniciado el tratamiento), resultando la paciente con una movilidad y dolor inusuales en sus piezas dentales números 1.3, 1.1 y 2.1, correspondientes al canino superior derecho e incisivos centrales superiores, respectivamente.

Este inusual e inesperado efecto motivó primero una llamada telefónica al Sr. Merino, informándole sobre este preocupante resultado, quien banalizó los síntomas de Dámaris y le recomendó únicamente la ingesta de paracetamol, añadiendo que, en su calidad de futura odontóloga, debería saber que esa “sensación” de movilidad y dolor eran normales una vez retirados los aparatos y cesado la fuerza sobre los dientes.

Conforme transcurrían los días, la movilidad dental se hizo más notoria e incómoda, porque Dámaris decidió consultar con otro profesional del área, quien luego de exámenes, diagnosticó “RREA severa”, según se va a acreditar en la etapa procesal correspondiente. Consecuencia de lo anterior, y dado que los dientes inferiores (indemnes) no pueden actuar sin el complemento de los superiores (dañados irreversiblemente), actualmente Dámaris perdió la funcionalidad de 12 piezas dentales”.

El 17 de mayo de 2017 se retiran los aparatos de ortodoncia inferiores por mi representado y se procede a cementar un retenedor fijo inferior.

Pues bien, con fecha 18 de julio de 2017 se realiza el retiro de los aparatos fijos superiores y un día después se le entrega su contención removible superior.

Lo relevante y a la vez contradictorio, es que la paciente se manifiesta muy conforme con el resultado del tratamiento firmando el formulario de finalización de tratamiento, señalando como “conforme” pues su dentadura se encontraba sana, perfectamente alineada, y con una mordida normal.

Relevante es hacer presente que esto tiene mucha importancia, pues la ratificación del formulario de finalización del tratamiento da cuenta de



una conformidad de este por parte de la paciente (hoy, odontóloga), que, en el caso de la paciente, tiene mayor peso específico, pues no hay asimetría en la información entre lo que le explica el profesional a la paciente y lo que ella declara aceptar. Es decir, no se trata de una paciente lega en la materia.

Desde luego, su representado, no evidenció, en ningún caso, una movilidad dentaria aumentada que me alertara de algún problema. Tampoco la paciente manifestó o expuso algún problema de inestabilidad dentaria durante el día de finalización ni tampoco al día siguiente del retiro de sus aparatos cuando le entregamos su contención. En el acto, se le indica por su representado control en seis meses más.

Sin embargo, llegado el plazo indicado, pese a lo contactos telefónicos que se realizaron desde la clínica de su representado, ella jamás volvió confirmar una cita, pues siempre dio evasivas.

Entonces, cabe preguntarse de forma razonable lo siguiente:

¿Por qué la paciente al firmar el formulario de finalización de tratamiento no refirió dolor o movilidad en ese instante, o en los días posteriores en caso de existir?

d). - Se sostiene en los párrafos primero, segundo y tercero del acápite II, lo siguiente:

“Es relevante señalar que la reabsorción radicular es una enfermedad consistente en que la raíz dental, a partir de un daño continuo e intenso sobre su superficie externa, se desintegra progresiva e irreversiblemente hasta acortarse en grado tan significativo que su deterioro se vuelve evidente radiográficamente.

Considerando que la firmeza de un cliente reside en la longitud de su raíz (la cual es 1/3 más larga que la porción visible del diente), cuando ha desaparecido >4 milímetros o >1/3 de la longitud radicular original, se considera que la 13 RRE es severa, por la pérdida irreversible de resistencia que deberá sobrellevar ese diente.

El motivo de consulta habitual es la movilidad dental, que puede acompañarse de dolor espontáneo al masticar o al entrar en contacto espontáneamente una arcada dentaria con la otra y el diagnóstico se realiza mediante radiografía o, idealmente (tomografía computarizada)”.



Evidentemente, a juzgar por la temeridad de la imputación, que la paciente desconoce que en todos los tratamientos de ortodoncia se producen reabsorciones radiculares y que en ellos habitualmente la totalidad de los dientes implicados sufren de algún grado de reabsorción. Dicha reabsorción es habitualmente leve y que no genera la más mínima importancia funcional ni estética.

Ahora bien, en la eventualidad que la actora probara algún grado de reabsorción avanzada imputable a mi representado, lo que desde ya negamos, aquella podría situarse únicamente en dos dientes (que podrían ser sus centrales superiores). Lo relevante, y pese a ello, es que dicha reabsorción radicular avanzada –en caso de probarse que sea imputable a mi representado- tiene una incidencia mínima de aproximadamente un cuatro por ciento (4%) en los pacientes en tratamiento de ortodoncia.

e.-) Se sostiene por la actora, en el párrafo cuarto, acápite II, lo siguiente: “LA RREA es un evento adverso de la terapia ortodóncica y constituye una patología nefasta, dado que puede afectar a varios dientes y poner en peligro su función y estabilidad a corto y largo plazo, siendo sus consecuencias, en síntesis:

1. Movilidad de los dientes dañados, que puede ser dolorosa.
2. Pérdida de la capacidad de los dientes dañados para ejercer sus funciones (corte, desgarrar o trituración de alimentos), según la severidad del daño.
3. Desprotección ante enfermedades dentales comunes.
4. En caso de reabsorciones muy severas, las lesiones pueden seguir progresando pese a haber discontinuado la fuerza ortodóncica y dar lugar a la pérdida prematura del diente.
5. Menor resistencia de los dientes dañados ante los traumas dentales.
6. Imposibilidad de rehabilitación (de los dientes dañados) mediante prótesis fija, cuando el remanente radicular es insuficiente.
7. Daño psicológico acorde a la severidad del daño y al grado de importancia subjetiva que el paciente les asigna a sus dientes.
8. Disminución de la calidad de vida tanto a nivel personal como familiar y social.”



Sin perjuicio de rechazar y negar categóricamente que la supuesta patología que se imputa a su representado, sea efectiva, y solo para el evento hipotético e improbable que se logre probar que la misma es de responsabilidad directa de mi representado, dicha supuesta reabsorción, desde la perspectiva clínica o médica, no le generaría en ningún caso una alteración en el funcionamiento de su sistema masticatorio.

En tal caso, la paciente podría desenvolverse con absoluta normalidad con el supuesto nivel de reabsorción que invoca. Tanto es así que no está indicado por este concepto las exodoncias de estos dientes (retirar los dientes) y/o una rehabilitación por medio de prótesis o implantes.

Lo indicado es colocarles una férula o retenedor fijo por la parte posterior de sus dientes, que por lo demás es algo muy usado al finalizar los tratamientos de ortodoncia, lo que permite que los dientes puedan permanecer por mucho tiempo sin ninguna alteración funcional. Existe abundante documentación y antecedentes científicos que avala lo expresado.

Todo tratamiento de ortodoncia se sustenta en la aplicación de fuerzas con el propósito de producir un desplazamiento de los dientes. Este mecanismo —obviamente— repercute en todos los tejidos dentales y periodontales (los que rodean al diente), los que sobre la base de dicha aplicación reaccionan produciendo reabsorción y nueva formación de tejidos llevando al diente a su nueva posición. Como se ve, la reabsorción es parte inherente y esencial de un tratamiento de ortodoncia. Se ha mencionado muy frecuentemente que la RREA es un efecto colateral no deseable que forma “parte del costo biológico del tratamiento de ortodoncia”, y que, si bien es sumamente frecuente, normalmente es asintomática, sus efectos se encuentran dentro de los rangos clínicamente aceptables, y sólo cuando la reabsorción es severa (Grado 4 de Malmgren) es que la función puede verse afectada.

f.-) Se sostiene por la actora, en los párrafos quintos, sexto y séptimo, acápite II, lo siguiente:

“5) Los casos de RREA se asocian a traumas agudos o crónicos, impactaciones dentales o procesos inflamatorios de origen periodontal o pulpar, aunque también puede existir una combinación de factores, incluyendo la biología y predisposición genética del individuo. Con todo,



una causa claramente establecida de RREA es el tratamiento ortodóncico, esto es, la implantación de aparatos dentales con fines terapéuticos y/o estéticos.

6) La reabsorción radicular asociada al tratamiento de ortodoncia es consecuencia del daño que sufre el ligamento periodontal, debido a la compresión a la que se le somete durante el movimiento dentario y que afecta la circulación sanguínea. El ligamento tiene un estrecho contacto con la raíz, dado que prácticamente la envuelve, y al sufrir un daño repetitivo o de gran cuantía, desencadena una reacción inflamatoria incontenible que afecta no solo al ligamento periodontal, sino que por contigüidad también a la raíz.

7) Los primeros cambios inflamatorios conducentes a reabsorción radicular se observan dentro de las tres a cinco semanas posteriores a la aplicación de una fuerza ortodóncica ligera, y si se retira la fuerza, el proceso de reparación comienza alrededor de dos semanas después.”

Rechazamos y negamos categóricamente lo sostenido de contrario, pues “La susceptibilidad individual es considerada, el principal potencial determinante de las reabsorciones radiculares en presencia de un tratamiento de ortodoncia o sin la presencia de él”. –Root resorption associated with orthodontic tooth movement: a systematic review. Am J Orthod Dentof Orthop 2010; 137: 462-76 17.

g.-) Se sostiene por la actora, en el párrafo octavo del acápite II, lo siguiente:

“Los dientes más susceptibles de desarrollar RREA son archiconocidos en la especialidad ortodóncica y tal y como certifica la literatura científica, los más afectados en orden decreciente son:

1. Incisivos superiores (centrales y laterales)
2. Incisivos inferiores.
3. Primer molar inferior.
4. Segundo premolar inferior.
5. Segundo premolar superior”

Al parecer la paciente desconoce algo importantísimo y determinante con respecto al origen de las reabsorciones radiculares, dado que está comprobado que existe una gran predisposición genética o hereditaria a esta



alteración radicular y la cual es imposible de poder identificar previo al tratamiento o de poder predecir.

Además la actora no se refiere a que esta supuesta alteración podría estar relacionada tal vez con algún evento (voluntario o involuntario de distinta índole y naturaleza) de traumatismo dentario durante el tratamiento de ortodoncia de distinta magnitud que pudiera haber generado eventualmente la supuesta reabsorción sin que el profesional tratante haya estado notificado o informado de tal evento, lo que era deber, en caso de existir de informar por parte de la paciente, máxime si se trata de un paciente informado con estudios Universitario de Odontología.

h.-) En cuanto a la supuesta pérdida de funcionalidad de los dientes de la actora, se sostiene por la actora una supuesta pérdida de funcionalidad de piezas dentales, que según la tesis de la demandante se produciría en 12 dientes en total.

De la misma manera, se indica que producto del tratamiento de ortodoncia impartido por el Dr. Merino, 3 piezas dentales (los 2 dientes centrales superiores y 1 canino superior) habrían resultado con una pérdida de raíz tan severa que habrían comprometido irreversiblemente su firmeza, función y permanencia en boca. Debido a ello y según la tesis de la actora, los 9 dientes restantes habrían quedado impedidos para ejercer su función.

Consta de autos, que la paciente relata su situación como un estado “terminal de sus dientes” dicha aseveración es completamente falsa y no está sustentada por evidencia científica alguna.

En efecto, son dos los dientes con una supuesta reabsorción mayor (centrales superiores) y así si fuere y se acreditare, dichos dientes pueden mantenerse y funcionar de forma normal con un retenedor fijo (férula). Por lo tanto, los mismos, suponiendo que existiese la patología que se imputa, no tienen indicación de ser extraídos o reemplazados en ningún momento ni en el futuro.

III.- EL ACTUAR MEDICO DEL PROFESIONAL, FUE EL CORRECTO, EL OPORTUNO Y EL ADECUADO, A LA LUZ DE LA LEX ARTIS

1.- En efecto, su representado, es un profesional de reconocido prestigio y calidad en su especialidad, y cuenta sin duda alguna con una



dilatada trayectoria que avala su destacado desempeño como Cirujano Dentista en sus distintas actividades profesionales, más aún en la ciencia odontológica, y en particular en los procedimientos de ortodoncia.

2.- Según la información y antecedentes que hemos recabado a su respecto, las atenciones y procedimientos practicados y que se le brindaron a la paciente, fueron para el caso concreto, precisamente los correctos, los oportunos, los adecuados y se aplicaron de manera diligente, a la luz de la *lex artis* de la medicina.

3.- De esta manera, y conforme a lo expuesto resulta improcedente y carente de todo sustento y fundamento, cualquier juicio de reproche que se le pretenda imputar a su representado, si el mismo ha actuado de acuerdo con el indicado principio profesional.

4.- Cabe hacer presente que las prestaciones realizadas a la paciente contaban con una justificación técnica de acuerdo con los antecedentes presentados, de modo que el procedimiento realizado, fueron los necesarios según el requerimiento de la paciente, la que, en este caso, no es lega en la materia.

5.- Así las cosas, doña Damaris Eunice Macías Flores, decidió de manera libre y voluntaria que su representado la atendiera, y en este caso concreto, el mismo respetara técnicamente de manera estricta y con sujeción expresa todos los postulados y recomendaciones empíricas y teóricas que dispone la *lex artis* de la medicina, en la atención brindada, por lo que no existe el necesario nexo causal entre la actividad que realizó el profesional y los supuestos daños que se pretenden, con lo cual no ha surgido la responsabilidad civil que se pretende, según se ha explicado precedentemente, pues mi representado actuó de acuerdo a la *lex artis*, pues dada la naturaleza de la profesión, los odontólogos bajo el principio de la buena fe, esto es, nunca tienen la intención de dañar cuando atienden a sus pacientes, pues se rigen por el principio más básico y fundamental de la ética médica. Una de sus más antiguas versiones se encuentra en el precepto hipocrático “*Primum non nocere, primero no hacer daño*”.

6.- Habiendo actuado el profesional conforme a la Lex Artis, será la contraria, la que deberá acreditar en forma legal, conforme a la regla del onus probandi, establecida en el artículo 1.698 del Código Civil, que mi



representado actuó de manera negligente, lo que desde ya negamos y rechazamos.

7.- De esta manera, resulta evidente que la demanda intentada en autos en contra de su representado resulta improcedente, debiendo en base a lo expuesto, ser debidamente rechazada, pues de acuerdo a lo expuesto por la actora, y respecto de los hechos que se le imputan a mi representado, la misma no contiene y carece de los elementos fundantes de la pretendida responsabilidad civil contractual y extracontractual que se busca establecer.

IV.- EN CUANTO A LA SUPUESTA Y PRETENDIDA LA LEX ARTIS Y LA LEY.

a.-) Se sostiene por el actor que el Dr. Merino habría realizado una errónea valoración de la prueba diagnóstica (radiografía panorámica) desestimando el informe radiológico de la paciente.

Sobre el particular cabe hacer presente que la paciente vuelve a insistir (ya de manera majadera) que el informe radiográfico señala que hay reabsorciones o rizálisis.

Ello tal como se ha precisado precedentemente, NO se describe en el informe radiológico, sólo se da cuenta de una situación anatómica que ya existía al iniciar su tratamiento, como era que algunos dientes tenían raíces cortas. Además, describe una situación habitual de encontrar en los tratamientos de ortodoncia y es lo denominado “redondeamiento de los ápices” (Contemporary Orthodontics, Williams Proffit. 2007).

b.-) Se sostiene por la actora que el supuesto error de diagnóstico habría dado lugar a la omisión de prescripción de las pruebas que protocolarmente procedían, para poder evaluar con precisión las raíces en caso de aparición de RREA.

La paciente plantea que se debería pedir un scanner (tomografía computada) para todos y cada uno de los pacientes en tratamiento de ortodoncia, tanto niños como adultos. Ello es absurdo y simplemente carece de base científica. Además, dicha acción no consideraría el nivel de radiación a que expondría a todos los pacientes (de manera innecesaria) por un hecho habitual y esperable como es una reabsorción radicular leve o moderada. Con ello se demuestra a prima facie lo insostenible de la tesis de la contraria.



Según se ha comentado, lo que se demuestra a través de abundante bibliografía, las reabsorciones radiculares, aunque leves, se evidencian en todos los pacientes. Por ello, lo sostenido de contrario, carece de todo fundamento.

c.) Se sostiene por el actor que no se habría realizado la intervención que estaba indicada, pues según la demandante al surgir evidencia radiográfica de reabsorción radicular, el tratamiento debía pausarse temporalmente durante 2 a 6 meses, con el objeto –según se indica- de reducir al mínimo la reabsorción adicional.

Técnicamente lo que se invoca de contrario, no es efectivo, pues la suspensión del tratamiento por 2 a 4 meses está indicada en casos de reabsorción severa y no en casos moderada ni menos en leve, qué es lo que aparentemente podría tener la paciente, en caso de que se acreditara en forma legal por el actor algún grado de responsabilidad.

La radiografía final muestra una evidente reabsorción radicular sobre los incisivos centrales superiores que se evidencia con un acortamiento de sus raíces al compararse con los demás dientes, sin embargo, no hay que olvidar que estos dientes ya tenían al comienzo del tratamiento una anatomía radicular corta. La mayor reabsorción radicular se desarrolló después de su radiografía de control.

d.-) Se imputa por la demandante que su representado habría omitido la prescripción de una radiografía al término de la fase activa del tratamiento.

Hay abundante evidencia científica que demuestra que, frente a una eventual reabsorción radicular durante un tratamiento de ortodoncia, esta cesa luego de la etapa activa del tratamiento (Weltman *et al.*, "Root resorption associated with orthodontic tooth movement Am J Ortho Dentof Orthop. April 2010).

Por lo tanto, resulta totalmente falso lo que la actora plantea, sosteniendo que la reabsorción continuó al finalizar el tratamiento y que se evitó dar "tratamiento paliativo" al no indicar una radiografía final.

Cabe hacer notar que la paciente al finalizar su tratamiento jamás consultó o refirió por una supuesta o pretendida movilidad dentaria, pues de acuerdo con los antecedentes que maneja su representado, no tenía síntomas de movilidad o dolor.



V.- INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL

1.- Mas allá de cualquier consideración, según se ha expuesto, creemos que este caso y según se podrá percibir no existe el necesario nexo causal entre la actividad que realizó el profesional demandado y los daños que supuestamente se pretenden, por lo que claramente no ha surgido la responsabilidad civil, tanto contractual y extracontractual, que se pretende, según se ha explicado precedentemente, pues los profesionales actuaron de acuerdo con la *lex artis*.

2.- Será la demandante la que deberá acreditar tal nexo causal, lo que será un imposible por cuanto el profesional que represento actuó de manera diligente y cumpliendo a cabalidad y en forma profesional con cada acto médico encomendado en este caso.

3.- Debemos hacer presente que, de cualquier manera, en el presente caso, se torna irrelevante analizar la concurrencia del nexo causal, para que surja la eventual obligación de indemnizar que se pretende, por cuanto el profesional que represento ha actuado de manera diligente aplicando las prestaciones-según se ha dicho- y todos y cada uno de los protocolos que eran necesarios e indispensables realizar.

VI.- INEXISTENCIA DE CONDUCTA IMPRUDENTE

1.- La conducta imprudente, registra para determinación dos pilares fundamentales, la infracción del deber de cuidado y la previsibilidad del resultado.

2.- Para determinarla, obviamente se deben considerar las reglas de la Lex Artis y las circunstancias del hecho concurrentes.

3.- En este caso, la esencialidad del error debe producirse mediante la infracción de la Lex Artis exigible bajo las condiciones posibles del caso concreto, generado un resultado no buscado y dañoso para el paciente, cuestión que no ha ocurrido en el presente caso.

4.- En cuanto al deber de cuidado, esto es la omisión por parte del que actúa, de la observancia de una serie de actuaciones que se deben respetar, según la disposición, especialización y medios disponibles de quien se desempeña;

5.- En cuanto a la previsibilidad del resultado, que es la posibilidad de representación de un riesgo eventual.



Para determinar si existió negligencia culpable en el caso de la negligencia médica, debe establecerse si el respeto a la diligencia debida y omitida habría evitado, dentro de lo probable, el resultado acontecido, buscando apreciar la situación real de un error médico conforme a las reglas de la Lex Artis, en el conjunto de circunstancias del hecho concurrente.

6.- Sin duda, no todo error médica constituye de por sí una negligencia culpable, pues se debe hacer presente que en la actividad curativa, incluso en el empleo correcto de la *lex artis*, puede desembocar en un resultado dañoso, esto por cuanto la Medicina, no tiene todas las posibilidades de solución a los problemas de salud que se presentan, ni siquiera en los casos en que se sostenga que el Profesional ha podido ejecutar algo más de lo ofrecido, si la falta de curación igual pudo ocurrir aun adoptando una conducta suya más propicia.

VII.- AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD RESPECTO DEL PROFESIONAL

1.- Sin perjuicio de lo expuesto, el profesional que represento, no llevo cabo ninguna conducta dañosa, por lo cual hay una ausencia de los requisitos necesarios para la configuración de la responsabilidad civil, ya sea de carácter contractual o extracontractual, por nuestro mandante.

2.- Por último, con respecto al supuesto daño alegado por la demandante, cabe recordar que esta parte lo ha controvertido en su totalidad por lo cual deberá acreditarse según las reglas legales. Bajo esta hipótesis, que se acredite tal daño, mi mandante no ha sido responsable de éste, ya que como expusimos no realizó conducta negligente o dolosa alguna.

3.- En conclusión, no concurren los requisitos propios para su representado se encuentre obligado a indemnizar los perjuicios reclamados, ya que no realizó acción dolosa o culposa causante de un daño y no existe vínculo causal alguno entre el supuesto daño alegado de la demandante y alguna conducta de mi representado.

4.- De esta forma deberá desecharse las demandas de autos, con expresa condena en costas, por una supuesta y pretendida responsabilidad contractual y extracontractual, precisamente por carecer de toda responsabilidad en los hechos que se pretenden imputar de manera injusta e improcedente a su representado.



VIII.- ABANDONO INTEMPESTIVO DEL TRATAMIENTO DE LA PACIENTE

1.- Sobre el particular y tal como se acreditará oportunamente, la misma hizo abandono intempestivo del tratamiento que se estaba realizando con el profesional que representamos;

2.- Por esa sola circunstancia, y sin duda alguna, su representado deberá ser absuelto de las pretendidas demandas civiles de autos, con costas, pues tal hecho interrumpe o deja indemne la pretendida responsabilidad civil que se pretende imputar de manera injustificada e improcedente a su representado;

3.- En consecuencia, no habiéndose verificado el incumplimiento que se ha relatado, no puede surgir la responsabilidad civil que se pretende imputar a su representado, debiendo ser necesariamente rechazadas las demandas civiles de autos, con costas.

4.- Al no haber asistido a los controles sugeridos (aún consentidos y firmados por ella) siendo una paciente con problemas de encías, no utilizar las contenciones esenciales después de un tratamiento ortodóncico, y no habiendo cumplido su deber como paciente de “colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, informando de manera veraz acerca de sus necesidades y problemas de salud y de todos los antecedentes que conozcan o les sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento” consagrado en el artículo 36 de la Ley 20.584. La falta de colaboración de cualquier paciente ortodóncico sea por problemas periodontales (encías sangrantes), mala higiene bucal, o no uso de las contenciones, es un factor decisivo de éxito o fracaso del tratamiento.

IX.- SE ALEGA EN BENEFICIO DE MI REPRESENTADO CAUSALES EXIMENTES DE LA PRETENDIDA Y SUPUESTA RESPONSABILIDAD

1.- Caso Fortuito

En el evento que la actora acredite la existencia de la supuesta negligencia que se le pretende imputar a su representado, se debe considerar que este última pudo haber tenido su origen en un caso fortuito o fuerza mayor, debido a que el accidente y/o el supuesto hecho dañoso aconteció por circunstancias imprevistas para esta parte y que no fueron posibles resistir.



Cada una de las eximentes de responsabilidad esgrimidas por esta parte son suficientes para desechar las demandas interpuestas por la contraria con expresa condena en costas, tanto respecto de la pretendida responsabilidad contractual y extracontractual.

El caso fortuito es el imprevisto imposible de resistir conforme lo dispone el artículo 45 del Código Civil y dentro de los afectos del caso fortuito será la extinción de responsabilidad del deudor, en este caso, de su representado.

El demandado y en particular su representado, no está legalmente obligado a responder de los eventuales perjuicios cuya causa u origen sea configure un caso fortuito.

Tal cual como lo menciona el artículo 1558 del Código Civil: “La mora producida por fuerza mayor o caso fortuito no da lugar a indemnización de perjuicios”.

2.- Inexistencia de acción u omisión dolosa o culpable.

La demandante sostiene que existiría culpa por parte de mi representado, habiendo incurrido éste en una serie de conductas que habrían –según su parecer- ocasionado un supuesto daño al demandante.

Rechazamos y negamos de manera categórica dichas afirmaciones, las cuales carecen de todo sustento y fundamento jurídico, pues el actuar de su representado, según se ha indicado, ha sido el correcto y el adecuado, según el estándar establecido para la *lex artis*, de modo que no se configuran los requisitos necesarios, para que pueda existir una eventual o pretendida responsabilidad, ni menos para que la demanda de autos pueda prosperar en los términos y alcances que se solicitan de contrario.

X.- LOS PERJUICIOS RECLAMADOS POR LA DEMANDANTE

Expresamente desconocemos y negamos categóricamente los supuestos daños y perjuicios reclamados.

Para el evento que se considere que a su representado le cabe algún grado de responsabilidad, esta parte niega la existencia, naturaleza, extensión y monto de los daños y perjuicios demandados.

Conforme a derecho es carga única y exclusiva de la contraria acreditar el pretendido daño, como elemento de la responsabilidad imputada.

En cuanto al monto, reajuste, intereses y costas solicitadas.



a) En cuanto al monto. Esta parte rechaza y objeta los montos, extensión y existencia de los supuestos daños y perjuicios reclamados por la demandante.

b) En cuanto a los intereses. Solicitamos a SS., para el evento que esta parte sea condenada, a que éstos se cuenten desde que esta parte se encuentre mora, es decir, desde la fecha que la presente causa se encuentre firme y ejecutoriada.

c) En cuanto a las costas. Para el evento que se rechacen la demanda solicitamos que se condene en costas al demandante. Y, en subsidio, si su representado resulta condenado, solicitamos a SS. se exima a esta parte del pago de las costas, por no haber sido vencida totalmente o por haber tenido motivo plausible para litigar, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 144 del Código de Procedimiento Civil

Es esencial señalar que controvertimos expresamente los montos de los supuestos y pretendidos perjuicios y conforme al artículo 1698 del Código Civil, corresponde a la contraria acreditar la existencia, naturaleza y monto de todos los perjuicios que reclama, los cuales negamos de manera categórica, tanto su supuesta procedencia, existencia, naturaleza, extensión y origen.

En autos la demandante pretende un monto total de \$101.500.000.- (ciento un millón quinientos mil pesos), el cual desglosa en dos *ítems* (daño emergente y daño moral)

Desde ya esta parte hace presente que la indemnización reclamada es a todas luces desmedida y desproporcionada, con la gravedad que implica una eventual sentencia que diera lugar a ella, pues constituiría claramente una suerte de enriquecimiento injusto al cual no es posible dar lugar, precisamente porque mi parte no ha incumplido ninguna de sus prestaciones.

En cuanto a la desproporcionada indemnización reclamada, una condena a su representado por el monto demandado constituye una verdadera indemnización punitiva, lo que repugna nuestro sistema jurídico basado en la necesaria compensación del daño a la víctima de este, pero a la vez, sustentado en la negación absoluta del enriquecimiento sin causa.



Así, la consideración siquiera de la indemnización reclamada, en particular el monto demandado por concepto de daño moral implica la aplicación de una verdadera sanción que va más allá de lo que nuestro derecho permite en materia indemnizatoria.

XI.- CARGA DE LA PRUEBA

Atendido que la demandante ha fundado sus demandas en la existencia de un hecho ilícito generador de daño, constituyendo la fuente de responsabilidad reclamada, al tenor de lo dispuesto en el artículo 1698 del Código Civil, deberá acreditar todos los requisitos necesarios para que se configure la responsabilidad por una supuesta negligencia médica de su representado, en otras palabras, deberá acreditar la existencia del daño y la perfecta relación de causalidad.

A mayor abundamiento, y, en cualquier caso, las obligaciones asumidas por su representado solo deberían ser calificadas de obligaciones de medio y no de resultado, lo que trae como consecuencia, que la carga de la prueba corresponde únicamente a la demandante.

Vale decir, para que pueda surgir algún grado de responsabilidad la actora debe probar no solo la culpa y/o la pretendida negligencia de mi representado no que también el incumplimiento, la relación de la causalidad y los daños, lo que le será un imposible jurídico ya que el demandado ha cumplido a cabalidad sus obligaciones que ha asumido, esto es, sus obligaciones de medio.

XII.- EN SUBSIDIO, APLICACIÓN DE LA ARTÍCULO 2330 DEL CÓDIGO CIVIL.

Para el evento improbable que determine que a su representado le corresponde algún grado de responsabilidad en los hechos materia de autos, vengo en solicitar se sirva aplicar lo previsto en el artículo 2330 del Código Civil, en atención a que la actora, en particular la paciente doña Damaris Eunice Macías Flores se expuso imprudentemente a los supuestos daños que se reclaman al no tener la prudencia necesaria para abandonar de manera intempestiva el tratamiento con su representado y sin ejercer los cuidados personales a su respecto.

En el caso de existir la condición de reabsorción severa que la paciente afirma estar sufriendo, ella misma se ha expuesto a un riesgo



aumentado de lesión o recidiva de su problema al no haber asistido a los controles sugeridos (aún consentidos y firmados por ella) siendo una paciente con problemas de encías, no utilizar las contenciones esenciales después de un tratamiento ortodóncico, y no habiendo cumplido su deber como paciente consistente en “colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, informando de manera veraz acerca de sus necesidades y problemas de salud y de todos los antecedentes que conozcan o les sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento”, consagrado en el Artículo 36 de la Ley 20.584.

Lógicamente, la falta de colaboración de cualquier paciente ortodóncico es un factor decisivo de éxito o fracaso del tratamiento.

Por esta consideración y las normas legales que cita, solicita tener por contestada las demandas impetradas en contra de su representado y en definitiva rechazarlas con expresa condenación en costas, y en caso de dar lugar a las pretensiones de la actora, solicito que la condena sea en un monto sustancialmente menor del monto demandado por indemnización de perjuicios, relevando a esta parte además del pago de las costas.

Por el otrosí de su presentación, contesta la demanda subsidiaria de indemnización de perjuicios por presunta responsabilidad contractual y extracontractual, incoada por doña Dámaris Eunice Macías Flores, en contra de su representada la Sociedad de Servicios Médicos y Odontológicos Merino y Zapata Limitada, solicitando desde ya su total y absoluto rechazo con expresa condena en costas, conforme a los fundamentos de hecho y derecho que a continuación expongo:

I.- CONSIDERACIONES PREVIAS QUE REVELAN LA IMPOSIBILIDAD DE ACOGER LA DEMANDA SUBSIDIARIA

Consta del libelo pretensor, que la actora ha incoado en “Lo principal” demanda de indemnización de perjuicios por una supuesta responsabilidad contractual del Dr. Marco Andrés Merino Gerlach, y, en subsidio, por una pretendida responsabilidad extracontractual en contra del mismo doctor.

Por otra parte, consta del “primer otrosí” del libelo, que la demandante interpone en forma subsidiaria de la petición principal, demanda de indemnización de perjuicios en contra de su representada la



Sociedad de Servicios Médicos y Odontológicos Merino y Zapata Limitada, fundada –según expresa-, “en los mismos antecedentes de hecho y derecho ya señalados en lo principal” del libelo, “al momento de interponer la demanda en contra del señor Merino Garlach”.

Así las cosas, debemos comprender, por tanto, que la actora ha demandado a Sociedad de Servicios Médicos y Odontológicos Merino y Zapata Limitada, por una supuesta responsabilidad contractual y, en subsidio, por una pretendida responsabilidad extracontractual.

Lo deseada claridad de lo expuesto precedentemente, declina en una abierta confusión, cuando la actora -a propósito de la acción indemnizatoria incoada en contra de la Sociedad de Servicios Médicos y Odontológicos Merino y Zapata Limitada-, con el objeto de fundamentar la acción subsidiaria intentada expresa:

“La prestación de servicios médicos, cuando se realiza por un prestador privado y libremente elegido por el paciente tiene una naturaleza intuito personae, esto es, el contrato es celebrado en consideración a las especiales habilidades y características del cocontratante. Más que en cualquier otro ámbito del derecho, cuando la prestación requerida busca satisfacer intereses relacionados con la salud y vida de las personas, se busca al facultativo que permita generar la mejor y mayor expectativa de satisfacer ese interés.

Por eso estimamos que el vínculo no es con la Sociedad precitada, sino con la persona natural que efectiva y realmente prestó el servicio, a la cual se recurrió teniendo presente su especialidad y supuesta experiencia, incluida la docencia. Sin perjuicio de esto, en forma subsidiaria, y para el evento que Us. determine que el vínculo es con la Sociedad demandada, se interpone la presente acción en su contra”.

Fluye de lo expuesto, que el relato de la actora es abiertamente contradictorio, pues solicita se condene a la sociedad demandada por una presunta responsabilidad contractual o extracontractual, argumentando para ello que *“no existe vínculo alguno con la Sociedad demandada, sino con la persona natural que efectiva y realmente prestó el servicio”*, es decir, con el Dr. Marco Andrés Merino Gerlach.



En razón de lo expuesto, no se logra comprender porque la actora demanda a su presentada la Sociedad de Servicios Médicos y Odontológicos Merino y Zapata Limitada, en circunstancias que como se ha expuesto, es la propia demandante quien expresamente declara la inexistencia de un vínculo entre los hechos descritos en su libelo y la sociedad demandada, pues como expresamente lo indica, el vínculo es con la persona natural que efectiva y realmente prestó el servicio.

En ese orden de ideas, la demanda intentada en contra de la Sociedad de Servicios Médicos y Odontológicos Merino y Zapata Limitada, carece de fundamento plausible, pues vincula la procedencia de la acción a un imposible, esto es la existencia de una relación contractual o extracontractual entre la actora y la sociedad demandada que la misma demandante niega expresamente.

A mayor abundamiento, solo se podría acoger la demanda subsidiaria en el evento que determine que no hubo relación contractual o extracontractual entre la actora y el demandado Sr. Marco Merino Gerlach, circunstancia que resulta compleja, pues la existencia de un vínculo contractual entre la actora y el Doctor demandado, ha sido plenamente reconocido por ambas partes, y por tal no ha sido controvertido, careciendo por ello la presente demanda dirigida en contra de la Sociedad demandada de justificación.

En consecuencia y en relación con lo precedentemente anotado, la demanda intentada en contra de la Sociedad de Servicios Médicos y Odontológicos Merino y Zapata Limitada, obedece a un imposible, debiendo por tal motivo desestimarla, con costas.

II.- EN CUANTO A LOS HECHOS, ALEGACIONES, EXCEPCIONES Y DEFENSAS.

Ahora bien, en cuanto a los hechos, alegaciones, excepciones y defensas a la demanda por responsabilidad contractual y extracontractual en contra de la Sociedad de Servicios Médicos y Odontológicos Merino y Zapata Limitada, en virtud del principio de economía procesal, me remito expresamente a lo indicado en lo principal de esta presentación, a propósito de la demanda por responsabilidad contractual y extracontractual intentada



en contra del demandado principal el Dr. Marco Andrés Merino Gerlach, argumentos de hecho y de derecho que doy por expresamente reproducidos.

En mérito de lo expuesto, disposiciones legales referidas y demás pertinentes, solicita tener por contestada las demandas de indemnización de perjuicios por presunta responsabilidad civil contractual y por una pretendida y supuesta responsabilidad extracontractual, en contra de su representada, y en definitiva, rechazarlas en todas y cada una de sus partes de acuerdo a los argumentos expuestos, con expresa condena en costas, fundado en las excepciones alegaciones y defensas hechas valer en esta presentación. En subsidio, para el evento hipotético e improbable que se dé lugar a las pretensiones de la parte demandante, solicito que la condena sea en un monto sustancialmente menor del monto demandado por indemnización de perjuicios, relevando a esta parte además del pago de las costas.

Al folio 15, se evacuó el trámite de la réplica.

Al folio 17, se evacuó el trámite de la dúplica.

Al folio 27, se dejó constancia del llamado a las partes a conciliación, la que no se produjo.

Al folio 30, se recibió la causa a prueba, complementándose en el folio 41.

Al folio 304, se citó las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO:

I. EN CUANTO A LAS TACHAS DE LA INCIDENCIA

PRIMERO: En la audiencia testimonial del 4 de septiembre de 2019 el apoderado judicial del demandado tachó a la testigo doña Claudia de la Carmi Wehbi fundado en que tendría un interés directo en el resultado del proceso.

Por su parte, en la audiencia testimonial del 24 de octubre de 2019, el mismo demandado tachó al testigo don Claudio Enrique Veliz Aravena, por la causal del artículo 358 número 5° del Código de Procedimiento Civil, ello toda vez que éste habría recibido una remuneración por parte del demandante, en lo que dice relación al informe que se le exhibiere en dicha audiencia.



Al evacuar el traslado que le fuere conferido, el actor, solicitó el rechazo de la tacha, con costas, ello atendido a que no concurrirán los presupuestos exigidos para la procedencia de ésta.

SEGUNDO: De lo declarado por la testigo doña Claudia de la Carmi Wehbi no aparece de manifiesto la existencia de un interés de carácter pecuniario en lo que respecta al resultado del juicio conforme lo dispone el artículo 358 número 6° del Código de Procedimiento Civil. Por ello, en definitiva, será rechazada la tacha.

TERCERO: Que respecto de la tacha formulada en contra de don Claudio Enrique Veliz Aravena, ésta ha de ser desestimada toda vez que más allá de lo declarado por éste, en orden al pago del informe en cuestión, en autos no se desprende la existencia de antecedente alguno que permita sostener la falta de imparcialidad para prestar declaración en estos.

II. EN CUANTO A LAS OBJECIONES DOCUMENTALES

CUARTO: Que, con fecha 17 de junio de 2019, los demandados objetaron los documentos signados con los números 1° y 2°, acompañados por el actor, en su presentación de fecha 12 de junio del mismo año, alegando a su respecto la falta de autenticidad e integridad de estos atendido a que habrían emanado de un tercero ajeno al proceso.

Al evacuar el traslado que le fuere conferido la parte demandante solicitó su rechazo, con costas, de la objeción impetrada toda vez que dichos documentos habrían sido ratificados en autos por las personas que los confeccionaron.

QUINTO: Que recibida a prueba la incidencia, el demandado no aportó antecedente probatorio alguno en orden a acreditar la efectividad de sus dichos, encontrándose obligado a ello, conforme lo establece el inciso primero del artículo 1698 del Código Civil, lo que resulta condición suficiente para desestimar la objeción en cuestión, la cual rola en el folio número 2 del cuaderno de objeción de documentos número 3 de la carpeta electrónica.

SEXTO: Que, asimismo, el 25 de junio de 2019, el demandado objetó los documentos singularizados con los números 1 a 12, acompañados por el actor en su escrito del folio número 73. Alegó, para ello, la falta de



autenticidad e integridad de éstos atendido a que no consta que se encuentren firmados por quien supuestamente lo emite.

En su contestación, la demandante solicito el rechazo de la alegación vertidas por la contraria, atendido a que dichos documentos serían del todo auténticos.

SÉPTIMO: Que, recibida la incidencia a prueba, el actor aportó la prueba testimonial que rola en autos, testigos, que dan razón de sus dichos, los cuales declararon en los siguientes términos:

Doña Claudia de la Carmi Wehbi, señala que la firma puesta en el Informe Tomografía de fecha 22 de septiembre de 2017 y en el informe Radiografía Periapical de fecha 15 de septiembre del mismo año, corresponde a su firma;

Don Andrés Briner Billard, indica que los informes: Radiografía Panorámica Digital y su anexo adjunto, además del informe Radiografía Panorámica, ambos, de fecha 22 de setiembre de 201, fueron emitidos y firmados por su persona; y,

Don Claudio Enrique Veliz Aravena, indica que los informes radiológicos exhibidos serían íntegros y verdaderos toda vez que él fue quién los extendió.

OCTAVO: Que de lo declaro por los testigos, en orden a haber emitido y suscrito los documentos objeto de la alegación formulada, unido a que las causales de objeción instrumental son taxativas, ninguna de ellas contempla los fundamentos alegados por el articulista al tenor de lo dispuesto en el artículo 346, número 3°, del Código de Procedimiento Civil, no cabe sino que rechazar la objeción impetrada, en el folio número 2 del cuaderno de objeción de documentos número 4, de la carpeta electrónica, como se dirá en lo resolutive.

NOVENO: Que el demandado, el 25 de junio de 2019, objetó los documentos asignados con los números 1° al 6°, acompañados por el actor, en su presentación del folio número 75, alegando al respecto que estos carecerían de autenticidad e integridad, toda vez que emanan de un tercero ajeno al juicio.



Al evacuar el traslado que le fuere conferido, el demandante solicitó el rechazo de la objeción impetrada, con costas, argumentado que dichos instrumentos son auténticos e íntegros.

DÉCIMO: Que, así las cosas, la objeción en estudio, habrá de ser necesariamente rechazada, pues sus fundamentos sólo dicen relación con el valor probatorio de los instrumentos aparejados en relación con ciertos hechos alegados por la parte del demandando, cuestión totalmente ajena a las causales taxativas y de derecho estricto de impugnación de documentos establecida por la ley (*numerus clausus*). Por lo demás, el articulista no aportó prueba alguna al respecto, es decir, en orden a acreditar sus afirmaciones.

III. EN CUANTO A LAS TACHAS:

UNDÉCIMO: Que, en la audiencia testimonial de fecha 18 de junio de 2018, el demandante tachó a la testigo doña Andrea Verónica Guzmán Uribe, fundado en que ésta tendría interés indirecto en los hechos materia del juicio, atendido a que compartirían la misma especialidad profesional que el demandado, el sr. Merino Gerlach.

Al contestar el traslado que le fuere conferido, el demandado solicitó el rechazo de la tacha impetrada, atendido a que no existiría un sustento factico para su procedencia.

DUODÉCIMO: Que, así las cosas, verificadas las audiencias testimoniales el demandado tachó a los siguientes testigos, a saber: doña América Paz Estay Navarrete (siquiatra) y doña Paula Andrea Domínguez Hidalgo (psicóloga), argumentando que tendrían un interés directo en el resultado del juicio, atendido a que habrían recibido pagos por parte de la actora, con ocasión de diversas prestaciones profesionales.

Asimismo, tachó al testigo don Andrés Antonio Díaz Cárdenas, diciendo que tendría con la demandante una relación de íntima amistad.

Al evacuar el traslado que le fuere conferido, la parte demandante solicitó el rechazo de las tachas formuladas diciendo que, a la luz de las declaraciones vertidas por los testigos, no se configuraran los presupuestos necesarios para dar lugar a las tachas.



DECIMO TERCERO: Que, respecto de las causales de las tachas sostenidas por las partes, el artículo 358 del Código de Procedimiento Civil establece: “Son también inhábiles para declarar:

4. Los criados domésticos o dependientes de la parte que los presente.

Se entenderá por dependiente, para los efectos de este artículo, el que preste habitualmente servicios retribuidos al que lo haya presentado por testigo, aunque no viva en su casa;

6°. Los que a juicio del tribunal carezcan de la imparcialidad necesaria para declarar por tener en el pleito interés directo o indirecto; y

7°. Los que tengan íntima amistad con la persona que los presenta o enemistad respecto de la persona contra quien declaren.

La amistad o enemistad deberán ser manifestadas por hechos graves que el tribunal calificará según las circunstancias.”

DÉCIMO CUARTO: Que, respecto de la alegación formulada por el actor, y a luz de la declarado por la testigo, Sra. Guzmán Uribe, no se vislumbra la existencia de un interés de naturaleza pecuniaria, el cual es la condición máxime para acceder a lo pedido, ello según lo exige la norma transcrita en la consideración precedente, por lo que no cabe sino desestimar la tacha en cuestión, conforme se señalará en lo resolutivo del fallo.

DÉCIMO QUINTO: Que, por su parte, respecto de la primera de las alegaciones vertidas por el demandado, en cuanto a la existencia de un interés en el resultado del pleito por parte de las testigos, señoras Estay Navarrete y Domínguez Hidalgo, deberá ser necesariamente desestimada, en atención a que de los dichos formulados en las declaraciones prestadas por éstos no aparece la concurrencia del ya antes mencionado interés pecuniario al respecto.

Mientras que en lo que dice relación a su alegación respecto de los pagos efectuados por la demandante a las señoras Estay Navarrete y Domínguez Hidalgo, y a la luz de las respuestas dadas por éstas en sus declaraciones no se infiere que exista una relación de dependencia que les impida declarar imparcialmente toda vez que sólo han indicado haber prestado servicios profesionales a honorarios a la actora en el ámbito de la salud mental.



Respecto a la tacha en contra del señor Díaz Cárdenas, tampoco se dará lugar a ella en atención a que el testigo en sus dichos manifiesta un grado de cercanía con la hermana del actor, circunstancia que dista mucha del presupuesto exigido por la ley en orden a la existencia de una “íntima amistad” para con la parte que lo presenta a declarar al juicio.

DECIMO SEXTO: Sobre la base de las reflexiones precedentes no se accederá a lo pedido, tanto por la parte demandante como por la parte demandada, en orden a acoger las tachas deducidas en contra de los testigos ya señalados, como se dirá en lo resolutivo del fallo,

IV. EN CUANTO AL FONDO:

DÉCIMO SÉPTIMO: Que en lo principal del folio número 1, don Cristian Guerra Hernández, abogado, en representación de doña Damaris Eunice Macías Flores, cirujano dentista, dedujo demanda de indemnización de perjuicios en contra de don Marco Andrés Merino Gerlach, conforme a los hechos narrados en la expositiva, alegando, al respecto, la existencia de una responsabilidad contractual; y, en subsidio, para el evento de desestimar la existencia de dicha responsabilidad, invoca los estatutos de la responsabilidad extracontractual, pidiendo que, en definitiva, se condene al demandado al pago de \$1.500.000 por concepto de daño emergente; y a \$100.000.000, por concepto de daño moral, o en su defecto, la suma que en justicia se estime, ambos montos reajustados y con el interés corriente para operaciones reajustables desde la fecha en que la sentencia se encuentre ejecutoriada. Todo más costas.

DÉCIMO OCTAVO: Que, en lo principal del folio número 10, el demandado solicitó el rechazo de la demanda intentada, con costas, por los fundamentos de hecho y de derecho señalados en la parte expositiva. Al efecto, se dan por reproducidos en todas sus partes, en este acto, para todos los efectos legales.

DÉCIMO NOVENO: Que conforme lo establece el inciso primero del artículo 1698 del Código Civil: “Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o éstas”.

VIGÉSIMO: Que, recibida que fuera la causa a prueba, el demandante acompañó la siguiente prueba documental en apoyo de sus afirmaciones y alegaciones: **a.** Certificado de evaluación médica, emitido por



la Psicóloga doña Paula Domínguez Hidalgo; **b.** Copia página número 9 de la ficha clínica psiquiátrica de la demandante, correspondiente a la terapia a cargo de doña América Estay Navarrete; **c.** Impresión de correo electrónico, de fecha 15 de septiembre de 2017, enviado por el demandado a la demandante; **d.** Certificado de solicitud de ficha clínica, de fecha 30 de septiembre de 2017, emitido por el Dr. Marco Merino; **e.** Ficha Clínica de la demandante, Ortodoncia; **f.** Comprobante de pago de fecha 18 de julio de 2017, efectuado por la actora al demandado; **g.** Set de radiografías pericial y panorámicas, de fecha 5 de septiembre de 2014, 2 de noviembre de 2015, 15 de septiembre de 2017 y 11 de octubre de 2017; **h.** Tomografía de fecha 22 de septiembre de 2017; **i.** Set de informes Radiológicos, de fecha 2 de noviembre de 2015, 15 y 22 de septiembre de 2017, 11 de octubre de 2017, 5 de setiembre de 2014 y 2 de noviembre de 2015; **j.** Certificado de Título Cirujano Dental Universidad Austral de Chile; **k.** Publicaciones especializadas sobre la *lex artis* de los tratamientos ortodónticos, la prevención y consecuencias de la Reabsorción Radicular y otros aspectos discutidos, cuales son: 1. Título: Aspectos biomecánicos de la reabsorción radicular externa en terapia ortodóncica; Autor: Allan Abuabara; revista: Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-6946. 2. Título: Tomografía computarizada de haz cónico. Aplicaciones clínicas en odontología; comparación con otras técnicas; Autor: Lenguas Silva, Ana Leticia; Revista: Cient. dent., Vol. 7, Núm. 2, agosto 2010. Págs. 147-159. 3. Título: Diagnóstico de reabsorción radicular externa en ortodoncia. Una revisión sistemática; Autores: José Fernando Márquez, Jorge Mario Castaño, Zulma Vanessa Rueda, y Jaime Rendón; Revista: Revista Nacional de Odontología Volumen 8, Número 14 enero-junio 2012. 4. Título: RIESGOS DE LA RADIACIÓN IMAGINOLÓGICA EN NIÑOS; autor: Donald P. Frush; Revista: [REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(1) 21-26. 5. Título: Racionalización de la dosis de radiación. Autores: Yuri Nejaim, Karla de Faria Vasconcelos, Gina D Roque-Torres, Abraham Meneses-López, Frab Norberto Bóscolo, Francisco Haiter-Neto; Revista: Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set; 25(3):238-45. 6. Título: Reabsorción radicular asociada al movimiento ortodóncico. Autores: GABRIELA BENALCAZAR, MARIANA CACUA, LILIANA OTERO; 1.



External root resorptions and orthodontic forces: correlations and clinical consequences, by Frank Weiland, DMD, PhD, *PROGRESS in ORTHODONTICS* 2006; 7(2):156-163; 2. Adverse effects of orthodontic treatment: A clinical perspective, by Nabeel F. Talic, in the *Saudi Dental Journal* (2011) 23, 55–59. 3. Orthodontic movement of teeth with short root anomaly: Should it be avoided, ¿faced or ignored?, by Jose Valladares Neto, José Rino Neto, João Batista de Paiva, in *Dental Press J Orthod.* 2013 nov-Dec;18(6):72-85. Todos libres de objeción.

VIGÉSIMO PRIMERO: Que, complementando la prueba documental, aportó la prueba testimonial que rola en autos, cuyos testigos, dando razón de sus dichos, depusieron en los siguientes términos:

1. Doña Paula Domínguez Hidalgo, psicóloga, respecto del punto de prueba número uno: señala que es efectivo que la demandante sufrió un daño psicológico, configurado por “stress post traumático y depresión moderada secundaria al cuadro principal”, situación que le habría ocasionado la pérdida de piezas dentales. además, de generar un ánimo depresivo que implica desánimo, anhedonia, por situaciones que antes le producían placer. Respecto del punto de prueba número dos: que conforme y lo habría declarado, existiría una causalidad directa.
2. Don Andrés Díaz Cárdenas, respecto del punto de prueba número uno: Sí, habría sufrido, ya que no puede comer bien, tiene miedo de que se le caigan los dientes, le da pánico pasar por la calle donde se ubica la clínica donde se hizo el tratamiento. Es lo que he percibido las veces que he tenido contacto con ella. Todo lo tiene que comer con tenedor y cuchillo incluso la comida rápida. Respecto del punto de prueba número dos: Si existen daños por que el mismo problema que está teniendo su estado de ánimo ha afectado a su casa y todo es a consecuencia del tratamiento que se hizo. Respecto del punto de prueba número tres: El daño físico que conoce es el de los dientes y es permanente, el daño psicológico, moral social, el hecho que tenga temor a transitar libremente por las calles.
3. Doña América Paz Estay Navarrete, psiquiatra tratante, respecto del punto de prueba número uno: Lo que puede declarar es que el relato de la paciente es que los síntomas y signos psicológicos y postraumático



son los que yo puedo ratificar porque corresponde al cuadro clínico evaluado por mí. Esto según lo relatado por la paciente apenas me consulta ella afirma en esa instancia que sus síntomas son consecuencia del daño sufrido en sus piezas dentarias al verse dañada y amenazada de perder esas piezas dentarias y que ella señala el comienzo del cuadro, como factor desencadenante. Me refiero que cuando yo recibo a la paciente ella me señala que su cuadro angustioso es consecuencia de este daño de perder piezas dentarias en el futuro ya que según lo explica la paciente porque yo no soy experta en odontología, pero ella me afirma que irá poco a poco perdiendo esas piezas dentales. El motivo de la consulta fue por sintomatología ansiosa depresiva que constituye un cuadro fóbico como consecuencia de la ansiedad provocada ante la posibilidad de la pérdida de piezas dentarias, limitando su accionar en diversas áreas de su vida, como dejar de hacer ejercicios, salir acompañada a la calle, dificultad para subirse a vehículos, debido al temor de sufrir una caída en la cual pueda golpear su dentadura y perder definitivamente estas piezas dentarias que se habrían debilitado producto del tratamiento dental. En suma, formuló los siguientes diagnósticos: “*trastorno fóbico, trastorno ansioso depresivo, trastorno por estrés posttraumático*”. La primera vez, la evaluó el 29 de noviembre de 2017; en concordancia con la ficha clínica que incluso tiene en sus manos y que está subida en la causa a fojas 5. Ante la pregunta acerca de los tratamientos dados, la testigo respondió: “*medicamentos antidepresivos, medicamentos sedantes y psicoterapia. Cabe agregar que en su evolución fue necesario subir las dosis de ambos tipos de medicamentos por no ser suficientes las dosis mínimas para aliviar el cuadro*”.

4. Don Claudio Enrique Véliz Aravena, al folio 167, cirujano dentista, radiólogo maxilofacial, quien, en síntesis, ratifica los documentos emitidos por él, agregados al folio 73 números 6 y 9 del cuaderno principal, íntegros y completos, es decir, que son de su autoría, así como respecto de todos los emitidos por él y acompañados al proceso.

VIGÉSIMO SEGUNDO: Que, con fecha 10 de septiembre de 2019, se efectuó la audiencia de *absolución de posiciones*, solicitada por la



parte demandante, absolviendo don Marcos Andrés Merino Gerlach, quien legalmente juramentado, indicó que durante el período comprendido entre el 19 de enero de 2015 y el 19 de julio de 2017 le efectuó un tratamiento a doña Dámaris Eunice Macías Flores.

Explica que se efectuó la prescripción de una radiografía telerradiografía y lo que no se prescribió fue una radiografía panorámica, la cual la paciente tenía en su poder en el momento del examen inicial. Tratándose de información no física, sino digital.

Dice que es efectivo que, para evaluar la salud dental de la demandante, al inicio del tratamiento odontológico, empleó una imagen radiográfica panorámica de los dientes de ésta del mes de septiembre de 2014, argumentando que se acepta una imagen válida dentro de unos seis meses de comenzar el tratamiento.

Manifiesta que la ficha clínica acompañada en autos es de su autoría, y que es efectivo que la demandante no tenía patología dental alguna, sin embargo, sí presentaba una anatomía radicular corta de sus incisivos superiores lo cual no es una contraindicación del tratamiento de ortodoncia. Señala que conforme consta en la ficha clínica, iniciado el tratamiento de doña Dámaris Eunice Macías Flores, esperó 10 meses para evaluar mediante una captura radiográfica panorámica la evolución de los dientes de la actora, ante la fuerza activa aplicada en el tratamiento dental, siendo indicado una radiografía de control dentro de los doce meses iniciales de tratamiento.

Dice que producto de ese examen ordenado, diez meses de iniciado el tratamiento, el doctor Veliz, radiólogo maxilofacial, informa, con fecha 2 de noviembre de 2015, que los incisivos superiores laterales (piezas 1.2 y 2.2) de la actora presentaban “ápices redondeadas”, mientras que los superiores centrales (piezas 1.1 y 2.1) presentaban raíz corta, además de describir una situación absolutamente normal de la mayoría de los tratamientos de ortodoncia en curso, no define una alteración normal o patológica como una rizalísis o reabsorción radicular, situación comprobada por la literatura científica.

Expone que en sesión de fecha 18 de enero de 2016, percibe y registra “retrusión” por parte de los incisivos superiores, siendo la retrusión



un movimiento dentario planificado dentro del tratamiento. Agrega que, constatada la retrusión en la demandante, continúa ejerciendo tracción sobre los dientes mediante los microtornillos, los que son herramientas de ortodoncia muy y ampliamente aceptados por la comunidad científica.

Sostiene que en la sesión del 10 de febrero de 2016 percibe y registra que los incisivos superiores “se han destruido muchísimo”, situación que relata que el tratamiento va encaminado correctamente con una buena retrusión de acuerdo con lo planificado. Acota que la utilización de los microtornillos tiene un efecto en el aumento del anclaje ortodóncico, no en el aumento de la fuerza aplicada sobre los dientes. Incluso la fuerza aplicada sobre el total de los dientes es menor debido a que no se carga sobre los dientes de la zona posterior si no que se carga sobre un anclaje óseo y no dentario.

Expone que, al finalizar el tratamiento de la demandante, el 18 de julio de 2017, se le extrajeron los aparatos de ortodoncia, se le limpiaron los dientes se tomaron impresiones y se confeccionaron retenedores sin ninguna evidencia de alteración funcional o estética, siendo la paciente totalmente conforme en el resultado del tratamiento. Agrega que no hubo evidencia clínica de movilidad dentaria anormal ni tampoco hubo una manifestación oral o escrita por parte de la paciente; todo lo contrario, la paciente firmó un documento confeccionado en la consulta donde manifiesta su plena conformidad con el resultado del tratamiento.

Manifiesta que personalmente o a través de sus dependientes opera el correo electrónico contacto@dmerino.cl, y que no recuerda el haber reenviado, a la actora, la copia de la radiografía e informe por el Dr. Veliz.

VIGÉSIMO TERCERO: Que, por otra parte, la demandante solicitó *informe pericial* con el siguiente objeto: **1.** Se pronuncie sobre el estado y longitud de las raíces dentales de las piezas 1.3, 1.1 y 2.1 de la demandante con fecha 5 de septiembre de 2014, esto es, antes de iniciarse el tratamiento dental, a través de la radiografía panorámica de tal fecha acompañada en autos; **2.** Se pronuncie sobre el estado y longitud de las raíces dentales de las piezas 1.3, 1.1 y 2.1 de la demandante con fecha 2 de noviembre de 2015, esto es, durante el tratamiento dental, a través de la radiografía panorámica de tal fecha acompañada en autos. **3.** Se pronuncie sobre el estado y longitud de las raíces dentales de las piezas 1.3, 1.1 y 2.1



de la demandante, habiendo concluido el tratamiento dental, a través de la tomografía computada de alta resolución, de fecha 22 de septiembre de 2017, acompañada en autos; y del set de 2 radiografías de fecha 11 de octubre de 2017, acompañadas en autos. **4.** Efectúe interpretación, en términos de facilitar entendimiento de los informes radiológicos de fechas 2 noviembre 2015; 22 septiembre 2017; y 11 de octubre de 2017, en relación con las piezas dentales 1.3, 1.1 y 2.1 afectadas por Reabsorción Radicular Externa Apical (en adelante RREA). **5.** Se pronuncie sobre el estado y longitud actual de las raíces dentales de las piezas 1.3, 1.1 y 2.1 de la demandante, a través de la toma página 308 de 1186 de una tomografía computarizada de haz cónico (Cone Beam), o la que el perito determine, en el centro radiológico o lugar que el perito señale. **6.** Efectúe una descripción, a fin de facilitar entendimiento, acerca de qué es la Reabsorción Radicular Externa Apical inducida por Ortodoncia y cuáles son sus consecuencias, especialmente con el nivel de reabsorción radicular que el perito detecte en la demandante. **7.** Efectúe una interpretación, en términos de facilitar entendimiento, de la literatura especializada sobre la materia, acompañada por el demandante al juicio. **8.** Indique qué nivel de severidad de la RRAE Inducida por Ortodoncia se considera "aceptable" al término de un tratamiento ortodóncico. **9.** Indique qué debió haber hecho el profesional tratante Marco Merino cuando recibió la radiografía con informe del radiólogo, el 4 de noviembre de 2015, a la luz del conocimiento científico actualmente existente. **10.** Indique qué fue lo que realmente hizo el profesional tratante, en términos de aplicación de fuerza a los dientes, luego de haber visto la radiografía, según consta en ficha clínica. **11.** Emita un pronunciamiento sobre la actual funcionalidad de los dientes de la demandante afectados por RREA (piezas 1.3, 1.1 y 2.1) y la funcionalidad de sus demás piezas dentales en relación con las afectadas. **12.** Indique si el procedimiento realizado por el demandado Marco Merino, por acción y/u omisión, infringió la *Lex Artis* en el tratamiento de ortodoncia de la demandante, así como también el deber de vigilancia y el derecho de la información de la paciente, entre otros. **13.** Indique si la llamada "contención" señalada en la contestación de la demanda es apta o no para prevenir o revertir un diagnóstico de RREA severa.



El informe da cuenta: de las diligencias encomendadas al perito cirujano dental, don Alfredo Cisternas Lago Marsino, la individualización de la paciente, el diagnostico, el tratamiento ortodontico, el lugar de de atención, inicio y termino del tratamiento.

Dice que el perito se interiorizó acerca de la materia a que se refería la diligencia pericial ordenada para planificar adecuadamente el trabajo a desarrollar y las diligencias a realizar, para la obtención de la documentación que era necesario examinar a fin de dar cumplimiento al peritaje. Llevada a cabo la diligencia de Reconocimiento Pericial, 31 de septiembre del 2019, en la dependencia del Tribunal, con la asistencia de la parte demandante doña Damaris Macías Flores y su representante don Cristian Guerra y la parte demandada representada por doña Tanya Morales.

1.- El Contrato de Prestación de Servicios Dentales entre la paciente doña Damaris Macías Flores y el médico tratante don Marco Merino Gerlach, quien fue ejecutor del tratamiento Ortodóntico, está registrado en la Ficha Clínica correspondiente.

2.- Exámenes complementarios al inicio del tratamiento: Se solicita a la paciente solo una telerradiografía lateral (de perfil) de cráneo para medir y relacionar puntos intermaxilares.

En cuanto a los puntos solicitados para la diligencia pericial, son los siguientes:

1. Se pronuncie sobre el estado y longitud de las raíces dentales de las piezas 1.3, 1.1 y 2.1 de la demandante con fecha 5 de septiembre de 2014, esto es, antes de iniciarse el tratamiento dental: *a través de la radiografía panorámica de tal fecha acompañada en autos.* Para las conocer características de las piezas dentales superior 1.3 (6), 1.1(8) y 2.1 (9), se procede analizar los informes de diagnósticos juntamente con radiografías de la paciente doña Macías Flores. La paciente proporciono antes del inicio del tratamiento odontológico al médico tratante, una radiografía panorámica de fecha 05 de septiembre del año 2014 con su respectivo informe emitido por el Dr. Andrés Briner, radiólogo maxilo-fascial de Clínica Las Condes, quien informa el siguiente diagnóstico: “Pieza 1.3 (6) Canino Superior Derecho (CSD): Longitud Radicular Normal. No se observa signos radiológicos de



Rizalasis Apical. Pieza 1.1 (8) Incisivo Central Superior Derecho (ICSD): Longitud Radicular Normal. No se observa signos radiológicos de Rizalasis Apical. Pieza 2.1 (9) Incisivo Central Superior Izquierdo (ICSI): Longitud Radicular Normal. No se observa signos radiológicos de Rizalasis Apical” Este diagnóstico establece que las características de las piezas 1.3, 1.1, 2.1 en esta fecha (05 de septiembre del año 2014) no presentan patologías radiculares, por lo tanto, están vitales y totalmente normales o sanos, sus longitudes radiculares son estándar.

2. Se pronuncie sobre el estado y longitud de las raíces dentales de las piezas 1.3, 1.1 y 2.1 de la demandante con fecha 2 de noviembre de 2015, esto es, durante el tratamiento dental: *a través de la radiografía panorámica de tal fecha acompañada en autos* Para las conocer características de las piezas dentales superior 1.3 (6), 1.1(8) y 2.1 (9), se procede analizar los informes de diagnósticos conjuntamente con radiografías de la paciente doña Macías Flores. 1º Radiografía: La paciente proporciono durante el tratamiento odontológico al médico tratante, una radiografía panorámica de fecha 02 de noviembre del año 2015 con su respectivo informe emitido por el Dr. Andrés Briner, Radiólogo Maxilo-facial de Clínica Las Condes, quien informa el siguiente diagnóstico: *“Pieza 1.3 (6) Canino Superior Derecho (CSD): Normal sin Patología Radicular. Pieza 1.1 (8) Incisivo Central Superior Derecho (ICSD): Exorizalasis Apical. Zonas Periapicales no se observa lesión ósea. Pieza 2.1 (9) Incisivo Central Superior Izquierdo (ICSI): Exorizalasis Apical. Zonas Periapicales no se observa lesión ósea.”* Este diagnóstico establece que las piezas 1.1 y 2.1, que son los incisivos centrales superior derecho e izquierdo, presentan patología Radicular denominada 4 Exorizalasis Apical, lo que significa una disminución de su Longitud Radicular Apical, esto se denomina Reabsorción Radicular Apical Externa (RRAE) (5). Este diagnóstico demuestra un efecto adverso de un tratamiento Ortodontico, es evidente que estas piezas tienen un Daño Radicular. 2º Radiografía El Dr. Claudio Veliz Aravena, Radiólogo Maxilo-facial del Centro Radiológico (RD) Valdivia, en base a radiografías panorámicas y otra periapical de las piezas 1.3 (6), 1.1 (8), 2.1 (9) de la paciente, con fecha 02 noviembre de año 2015, informe el siguiente diagnóstico: *“Pieza 1.3 (6) Canino Superior Derecho (CSD) Pieza 1.1 (8) Incisivo Central Superior*



Derecho (ICSD) - RAÍZ CORTA. Pieza 2.1 (9) Incisivo Central Superior Izquierdo (ICSI). - RAÍZ CORTA.” Este diagnóstico señala la presencia de un Daño Radicular en los incisivos superiores centrales derecho e izquierdo, un gran deterioro en la longitud de sus raíces en el tercio apical. Esta patología corresponde a una Reabsorción Radicular Apical Externa, asocia al tratamiento de ortodoncia desarrollado (3).

3. *Se pronuncie sobre el estado y longitud de las raíces dentales de las piezas 1.3, 1.1 y 2.1 de la demandante, habiendo concluido el tratamiento dental: a través de la tomografía computada de alta resolución, de fecha 22 de septiembre de 2017, acompañada en autos; y del set de 2 radiografías de fecha 11 de octubre de 2017, acompañadas en autos.* Para las conocer características de las piezas dentales superior 1.3 (6), 1.1(8) y 2.1 (9), se procede analizar los informes de diagnósticos conjuntamente con radiografías de la paciente doña Macías Flores. 1º Radiografía: La Dra. Claudia Carmi, Radióloga Maxilofacial de Clínica la Condes, en una radiografía tipo: Tomografía Computarizada de Alta Resolución, se efectúan cortes de 1 mm de espesor en los tres sentidos del espacio (3D) en ventanas de 60x40 mm en la paciente Damaris Macías de fecha 22 septiembre del año 2017, informa el siguiente diagnóstico: *Pieza 1.3 (6) Canino Superior Derecho (CSD) - Aparente indemnidad coronaria. 5 - Rizalísis asimétrica, avanzada en palatino y moderada en vestibular. - No se observa lesión ósea asociada. Pieza 1.1 (8) Incisivo Central Superior Derecho (ICSD). - Aparente indemnidad coronaria. - Rizalísis avanzada, con un remanente radicular de 4,2 mm. aprox. hacia vestibular palatino y 3,7 mm. aprox. hacia palatino. - No se observa lesión ósea asociada. - La tabla ósea palatina hacia marginal se observa muy fina. Pieza 2.1 (9) Incisivo Central Superior Izquierdo (ICSI). - Aparente indemnidad coronaria. - Rizalísis avanzada con un remanente radicular de 3.7 mm. aprox. hacia vestibular y 3.9 mm. aprox. hacia palatino. - No se observa lesión ósea asociada. - La tabla ósea palatina hacia marginal se observa muy fina.* Este diagnóstico indica en forma objetiva y evidente que las piezas dentales 1,3 (6), 1.1 (8) y 2,1 (9) de la paciente, presentan Reabsorción Radicular Apical Externa (RRAE) de tipo avanzada. Al término del tratamiento ortodóntico se observa un gran acortamiento y destrucción de los ápices de las raíces. La



tomografía computarizada dental de Haz Cónico (6) produce imágenes de alta calidad, con detalles de las estructuras óseas y tejidos, es la mejor técnica para diagnósticos precisos y exactos de las enfermedades y lesiones bucales. 2º Radiografía. El Dr. Claudio Veliz Aravena, Radiólogo Maxilofacial del Centro Radiológico, Valdivia, en una radiografía tipo panorámica de fecha 11 de octubre del año 2017 de la paciente Damaris Macías, informa el siguiente diagnóstico: *Pieza 1.3 (6) Canino Superior Derecho (CSD). - Contorno radicular irregular en mesial del tercio medio radicular. - Línea periodontal ensanchada en mesial. - Ápice redondeado. Pieza 1.1 (8) Incisivo Central Superior Derecho (ICSD) - Enanismo radicular. - Ápices redondeados. Pieza 2.1 (9) Incisivo Central Superior Izquierdo (ICSI). - Enanismo Radicular. - Ápices redondeados.* 6 este diagnóstico señala alteraciones en los ápices de la raíz de las piezas 1.3, 1.1 y 2.1 compatibles con Reabsorción Radicular Externa Apical (RRAE) a la fecha 11-10-2017, al término del tratamiento ortodóntico estas piezas tienen un gran daño radicular, evidente y objetivo. Sin duda esta enfermedad radicular externa continúa avanzando, la destrucción de la raíz es intensa y progresiva, un evento adverso de la terapia ortodoncia (4).

4. Efectúe interpretación en términos de facilitar entendimiento de S.S. de los informes radiológicos de fechas 2 noviembre 2015; 22 septiembre 2017; y 11 de octubre de 2017, en relación con las piezas dentales 1.3, 1.1 y 2.1 afectadas por Reabsorción Radicular Externa Apical (en adelante RRAE). La Srta. Damaris Macías inicia su terapia ortodóntica el día 19 de enero del año 2015 y finaliza el día 19 de Julio del 2017 (según ficha clínica), una comparación en estas etapas nos demuestra elementos de diagnóstico radiológicos para las piezas dentales 1.3 (6), 1.1 (8) y 2.1 (9). En la Primera Etapa, durante el tratamiento (fecha 02-Nov-2015), el Dr. Andrés Briner, Radiólogo Maxilo-facial, diagnosticó: *“que los incisivos centrales superior derecho e izquierdo presentan **Exorizalasis Apical**”*, patológica correspondiente a Reabsorción Radicular Apical Externa (RRAE), también el Dr. Claudio Veliz A. diagnostica *“que las piezas dentales incisivos centrales superior derecho e izquierdo presentan raíces cortas”*, esto corresponde a una Reabsorción Radicular Apical Externa (RRAE). Por lo tanto, a los 10 meses de tratamiento ortodóntico las piezas 1.1(8) y 2.1 (9)



presentan una evidente patología radicular apical, hay daño en sus estructuras apicales, producto del tratamiento desarrollado. En la Segunda etapa, al término del tratamiento ortodóntico (fecha 22- 09-2017 y 11-10-2017), la Dra. Claudia Carmi, radióloga maxilofacial de la Clínica de Las Condes, diagnostica en las piezas dentales 1.3 (6), 1.1 (8) y 2.1 (9) la patología Radicular de Rizalísis Avanzada, una destrucción de los ápices radículas, es decir Reabsorción Radicular Apical Externa por tratamiento ortodóntico. (RRAEO) (5). El Dr. Claudio Veliz, radiólogo maxilofacial, señala el diagnóstico para las piezas 1.3 (6), 1.1 (8) y 2.1 (9) Enanismo Radículas y Ápices Redondeados, compatibles con la patología radicular de Reabsorción Radicular Apical Externa (RRAEO). Por lo tanto, al final del tratamiento ortodóntico, esta enfermedad continúa avanzando en forma progresiva e intensa como producto de la aplicación de fuerzas excesivas (13) continuas sobre las piezas dentales anteriores, incisivos superiores centrales y canino, este daño es evidente por incremento de aplicación de fuerzas intensas sobre estos dientes que tenían daño a los 10 meses del transcurso del tratamiento.

5. Se pronuncie sobre el estado y longitud actual de las raíces dentales de las piezas 1.3, 1.1 y 2.1 de la demandante: a través de la toma de una tomografía computarizada de haz cónico (Cone Beam), o la que el perito determine, en el centro radiológico o lugar que el perito señale. La Tomografía Computarizada de Haz Cónico. Es una técnica de imagenología moderna que permite al clínico capturar y analizar la anatomía ósea y patologías en tres dimensiones, es esencial en el proceso de diagnóstico del paciente odontológico, sus imágenes son multi-planos, tiene una gran exactitud de los tejidos óseos y tejidos blandos. Tiene muchas aplicaciones dentomaxilofaciales, es más útil en la determinación de la anatomía radicular del diente. Para realizar un diagnóstico exacto de las patologías, es el mejor medio radiológico que determina las características de la Reabsorción Radicular Apical Externa (RRAEO). (7). En la Audiencia de Reconocimiento realizada por este perito con fecha 31 de septiembre del actual, se solicita a doña Damaris Macías realizarse una radiografía de Tomografía Computarizada Haz Cónico (Cone Beam) para determinar el estado actual de las características de las raíces dentales de las piezas 1.3,



1.1 y 2.1, (ultima radiografía). Con fecha 08 de octubre del año 2019, el Dr. Andrés Briner, Radiólogo Maxilo-facial de Clínica Las Condes, informa el siguiente diagnóstico: “1.- Exorizalisis apicales severas en dientes: 1.3 (6), 1.1 (8) y 2.1 (9) (dientes superiores) y moderadas en 1.2 (7) y 2.2 (10). 2.- Hay disminución notoria del espesor de los espacios periodontales en todas las piezas observadas. 3.- Las longitudes radiculares de los incisivos centrales superiores son: 1.1 (8) 2.95 mm a 3.85 mm. 2.1 (9) 3.55 mm a 3.64 mm. Estas medidas son ligeramente menores a las observadas en el estudio tomografico del 22 de agosto del 2017 “. Estas características del estado y la longitud de las piezas 1.3(6), 1.1 (8) y 2.1 (9), son evidentes y objetivas, demuestran el daño estructural actual causado por el tratamiento ortodontico ejecutado por el médico tratante Sr. Marco Merino. Este informe es irrefutable, comprobable y exacto de la Reabsorción Radicular Apical Externa (RRAEO). Es el estado preciso, fidedigno y actual que origino la aplicación de fuerzas exageradas por un periodo de tiempo prolongado, es un daño de estas piezas dentales irreversible y permanente. (3) (11).

6. Efectúe una descripción, a fin de facilitar entendimiento de S.S.: *acerca de qué es la Reabsorción Radicular Externa Apical inducida por Ortodoncia y cuáles son sus consecuencias, especialmente con el nivel de reabsorción radicular que el perito detecte en la demandante.*

7. Efectúe una interpretación, en términos de facilitar entendimiento de S.S., de la literatura *especializada sobre la materia, acompañada por el demandante al juicio.*

La Reabsorción Radicular Apical Externa causada por Tratamiento Ortodontico (RRAEO).

a). - Definición. Es un proceso patológico de los tejidos duros de un diente en su porción apical, se inicia en el exterior, en el ligamento periodontal (tejido fibroso) y su resultado es la destrucción o pérdida de su estructura, de la dentina y el cemento radicular originado por un tratamiento ortodontico (RRAEO)(1) (5).

b). - Etiología (10). La RRAEO es una complicación progresiva causada por las fuerzas de gran magnitud a nivel del ápice radicular que produce un tratamiento ortodontico deficiente. Se origina en la zona apical ya que las



fuerzas se concentran en esta zona de la raíz. (5). Este proceso es una inflamación estéril que se inicia en el ligamento periodontal, tejido fibroso que rodea la raíz del diente, se produce una necrosis isquémica cuando se aplican fuerzas excesivas ortodoncias. (9).

- Factores Generales de Riesgo que influyen en el origen de la patología RRAEO se distinguen: 1.- Factores Sistémicos estos son: genéticos (patrón hereditario), endocrinos, hipotiroidismo, alteraciones en la hormona paratiroidea, diabetes, alteraciones inmunológicas, alergias, asma. Este no fue detectado en la historia médica de la paciente por el profesional tratante. (4)
- 2.- Factores Individuales estos son: edad, adultos mayores hábitos, bruxismo, onicofagia, succión, interposición labial, consumo de alcohol, corticoides (dosis altas), alteraciones en metabolismo del calcio. Ninguno de estos factores se encontró en la paciente. (25)
- 3.- Factores Dentales estos son: Edad dental, enfermedad periodontal, morfología dental, anatomía de raíz, traumatismo dental, dientes con tratamientos endodónticos, infecciones periapicales, alteraciones oclusales y reabsorción radicular apicales. (10)

El profesional tratante, en el examen dental de la paciente determina la no existencia de alteraciones ni patologías en las piezas dentales, estas eran normales y sanas al comienzo del tratamiento ortodóntico.

- Factores Específicos de Riesgo que causa el Tratamiento Ortodóntico en RRAEO: 1.- Aparatos Ortodóntico: El grado de deterioro radicular se determina con frecuencia en función de los aparatos ortodóntico empleado. Los aparatos fijos son considerados más nocivos que los removibles para las raíces dentales, ya que son los únicos que puedan generar movimiento de torque, intrusión, extrusión y traslación durante periodos de tiempos prolongados. Además, los aparatos fijos pueden utilizar gomas, elásticos, intermaxilares disyuntores, etc., con apoyo dentario, esto aumenta la RRAEO en los dientes comprometidos. (25)
- 2.- Magnitud de la Fuerza: La distribución y la velocidad de desarrollo de las lagunas de reabsorción en las raíces dentarias es mayor a medida que aumentan las fuerzas aplicadas. La intensidad y la duración de las fuerzas tiene gran importancia en la Reabsorción Radicular Apical Externa por ortodoncia (RRAEO). Las fuerzas intensas y continuas originan reabsorción intensa, mientras que una pausa en el tratamiento con fuerzas interrumpidas permite que el cemento radicular cicatrice e impide



una reabsorción mayor del ápice radicular. (23), (19), (17) 3.- Duración de las Fuerzas: La duración total de las fuerzas equivale al tiempo del tratamiento en años. Se ha demostrado que el uso prolongado de arcos rectangulares de acero contribuye a una pérdida significativa del ápice radicular hasta 0.9 mm por año. (8) 4.- Dirección del Movimiento Dentario. Cualquier tipo de movimiento dentario puede desencadenar una RRAEO, por ejemplo, la intrusión y la torsión, son las más perjudiciales dado que para realizarlos, las fuerzas se concentran en una superficie pequeña del ligamento periodontal. (10).

c). - Sintomatología. Al comienzo de esta patología, un examen bucal no detecta síntomas, ni signos clínicos, es totalmente asintomática. Las alteraciones estructurales de la raíz en su zona apical no son visibles, la raíz dental está en el hueso alveolar y los tejidos periodontales están rodeando la raíz. (9) En etapas más avanzadas esta Reabsorción Radiales Apical Externa por ortodoncia (RRAEO), su signo evidente y objetivo es una alteración estructural y la reducción de la raíz a nivel de ápice, solo se puede detectar por medio de una radiografía (periapical, panorámica o una tomografía computacional). (2) Esto permite detectar de manera temprana la RRAEO. Los síntomas y signos clínicos que se aprecian con posterioridad son: La movilidad dentaria, el dolor durante la masticación y las alteraciones oclusales, no se produce un cambio de color del diente. Esta patología radicular se produce cuando las piezas dentales son sometidas a fuerzas ortodóncicas excesivas, de larga duración y en direcciones desfavorables que afectan al ligamento periodontal y al hueso alveolar. (9) (10) (13).

d) Diagnostico. Para detectar y observar los cambios estructurales de la zona apical de las piezas dentales e identificar la RRAEO, se utilizan los siguientes métodos. (7) (2) 1). Método No Invasivos: Permiten examinar las zonas apicales de los dientes, su grado de reabsorción radicales por medio de radiografía de diferentes tipos: a) Radiografía panorámica. b) Radiografía periapical. c) Tomografía computacional de tipo cone-beam. Se recomienda un control radiográfico al inicio, durante el tratamiento cada 6 meses y al final para detectar RRAEO. 2) Método Invasivos: Requieren la extracción de las piezas dentaria para examinar las zonas de reabsorción apical y realizan los análisis: a) Microscopio electrónico de barrido, su imagen en



3D, puede determinar mediciones del ápice. b) Microscopio confocal permite imagen en 3D, puede determinar muchas mediciones apicales. c) Micro-tesian es un tomógrafo que permite analizar en 3D de la zona de reabsorción apical. En un examen clínico al paciente no se detectan el daño apical, los dientes afectados parecen normales, es asintomática. En algunos casos durante la masticación se produce dolor en dientes dañados, en otros casos se detecta movilidad dentaria leve, la identificación de esta patología radicular es solo radiológica (23). En la paciente los daños de RRAEO se detectaron inicialmente a través de radiografía, especialmente con la Tomografía Computacional. e) Secuelas de RRAEO La RRAEO produce diferentes deterioros o secuelas, que pueden ser leves, medianas y graves a mediano o en un largo plazo, directamente relacionados por la pérdida de estructura del ápice de la raíz (dentina- cemento) y del hueso alveolar. (13) Pueden ser: a) Secuelas Leves o Iniciales: I.- Los dientes presentan sus ápices redondeados. II.- La reabsorción radicular es mínima (1mm). Por la acción del cemento radicular la zona afectada se repara b) Secuelas Graves (Avanzada o Severa). En un corto plazo: I.- Pérdida de estructura radicular apical más de 5 mm, irreversible. II.- Pérdida de tejido ósea circundante. III.- Movilidad en dientes afectados. IV.- Masticación dolorosa. V.- Pérdida de capacidad funcional de las piezas dentales. VI.- Alteración de la oclusión entre piezas dentales. VII.- Disminución de la resistencia ante traumatismos dentales. En un largo plazo: I.- Pérdida de piezas dentales, imposibilidad de su recuperación. II.- Caída de dientes afectados. III.- Daño psicológico por alteración estética. IV.- Deterioro en la salud bucal del paciente. V.- Disminución de la calidad de vida. La paciente sufrió secuelas graves o severas al final del tratamiento ortodóntico. f). - Prevención de RRAEO. Al inicio del tratamiento ortodóntico es necesario un examen clínico completo de todas las estructuras bucales, en especial de las piezas dentales, para detectar sus lesiones, especialmente la anatomía radicular. Una radiografía es básica y necesaria para determinar anomalías dentarias y óseas, esto permite identificar el estado inicial del sistema dental. (14) Es necesario valorar los factores de riesgo de esta patología, biológicos y mecánicos. Durante el tratamiento se recomienda un control radiológico cada 3 meses para analizar principalmente el estado de los ápices radiculares en caso de



un grado leve de reabsorción radicular apical, se recomienda realizar una detención o pausa del tratamiento de dos a tres meses para conseguir su reparación. En los dientes de mayor riesgo de Reabsorción Radicular Apical Ortodóntica (RRAEO) (los incisivos laterales e incisivos centrales superiores) se deben controlar clínica y radiológicamente durante el desarrollo del tratamiento ortodóntico para realizar un seguimiento del estado de sus raíces. Al final del tratamiento es muy necesario un examen radiológico para analizar los ápices radiculares, los tejidos óseos adyacentes, debe también evaluarse la función masticatoria y la oclusión final. Un control post-tratamiento debe programarse con la paciente en un lapso de cuatro meses como mínimo y solicitar una radiografía panorámica. Durante el desarrollo de este tratamiento ortodóntico no se aplicaron medidas preventivas para evitar la RRAEO severa que finalmente presento la paciente doña Macías. g).

-Tratamiento de la RRAEO. Uno. Al inicio del tratamiento. a) La ficha clínica debe tener registrado los factores bucales y sistémicos (salud) que pueden asociarse con el riesgo de RRAEO. b) Un estudio radiológico dental completo para detectar traumatismo, infecciones periapicales, morfología radicular, tratamiento endodónticos ext. c) El paciente se le debe informar sobre los riesgos de un tratamiento ortodóntico, especialmente la RRAEO y solicitar su colaboración. d) El caso de alteración dentarias grave, se debe suspender el inicio del tratamiento y derivar al paciente a un endodoncista o parodontista.

Dos. - Durante el tratamiento. a) Comenzar empleando fuerzas ligeras e intermitentes utilizando arcos de bajo calibre que proporcionan fuerzas de poca intensidad. b) Se recomienda intervalos superiores a cuatro semanas entre las activaciones. c) Tomar precauciones con los movimientos de intrusión y torsión. d) Solicitar radiografías a los 6 o 9 meses del inicio del tratamiento para detectar Reabsorción Radicular Apical Incipiente, los dientes incisivos centrales tienen mayor riesgo, la radiografía debe ser cada tres meses. e) Ante una Reabsorción Radicular Apical Externa por Ortodoncia (RRAEO) moderada o grave se debe interrumpir el tratamiento ortodóntico para evitar movilidad dentaria e incluso su pérdida. f) La alternativa terapéutica de suspender de forma temporal el tratamiento, la pausa recomendada es por dos a cuatro meses, se debe instalar arcos pasivos. g) En algunos casos,



se debería replantear el tratamiento endodóntico de los dientes con RRAEO incipiente. h) La administración de fármacos antiinflamatorio podría detener la RRAEO. i) El ortodontista debe estudiar detenidamente el plan de tratamiento aplicado, verificar la influencia de la magnitud de las fuerzas aplicadas y el grado de reabsorción radicular apical observada. **Tres.** Después del tratamiento. a) Solicitar una radiografía al final, post tratamiento. b) Cuando las piezas dentales presentan RRAEO, lo indicado es estabilizar esas piezas con férulas adecuadas para lograr estabilidad. c) Otra alternativa, es desvitalizar los dientes muy comprometidos. Este tratamiento básico para la RRAEO no fue considerado ni evaluado ni aplicado por el odontólogo tratante en ninguna de sus etapas, del desarrollo terapéutico. h) Pronóstico de a RRAEO. La combinación de la magnitud de la fuerza y la duración de su aplicación determina el nivel de daño de la necrosis del ligamento periodontal afectando los ápices de las piezas dentales. Los objetivos estéticos y funcionales propuesto al inicio del tratamiento ortodóntico pueden lograrse con una meticulosa y evaluación de la mecánica ortodónticas y con un monitoreo radiográfico en las etapas de la terapia, con intervalos prolongados entre las sesiones clínicas. El pronóstico de las piezas dentales afectadas depende de la destrucción de su estructura radicular, cuanta longitud radicular se redujo, su mayor cantidad, es peor su evolución. Cuando el daño del cemento y la dentina es considerable, el proceso patológico de RRAEO es irreversible. (12) El pronóstico de esta enfermedad está relacionado directamente con la cantidad de reabsorción radicular del ápice, esto se presenta en la clasificación (Levandes y Malmgren), que distingue diferentes grados: 1º. Contorno irregular de las raíces, sin pérdida de longitud. 2º. Reabsorción Radicular de no más de 2 mm de longitud de la raíz: El daño es el mínimo superficial, conduce a su remodelación en un tiempo corto, su pronóstico bueno, no quedan secuelas. 3º. Reabsorción Radicular de 2 mm a un Tercio de longitud de la raíz: Su pronóstico es dudoso o menos grave la recuperación es muy lenta, un monitoreo clínico de la movilidad dental y un estudio radiológico es necesario, esto es el efecto de una fuerza ortodóntica intensa y continuada. 4º. Reabsorción Radicular de más de un Tercio de longitud de la raíz: Cuando la fuerza ortodóntica es excesiva y



activa por períodos largos, el proceso patológico es irreversible, su pronóstico es grave, produce un aumento de la movilidad de las piezas dentales afectadas y pérdida de resistencia por alteración del hueso alveolar del soporte, se compromete la función masticatoria y la salud bucal del paciente. Es necesario una evaluación clínica y radiológica, y el uso permanente de una férula retenedora (disoclusion) para asegurar la estabilidad a largo plazo, evitando la pérdida de los dientes afectados y hay una elevada posibilidad de perder los dientes a largo plazo. (8). La paciente presento una RRAEO de tipo 4, excesiva o avanzada al final de tratamiento ortodontico realizado por el profesional Marcos Moreno.

8.- Indique qué nivel de severidad de la RRAE: *inducida por Ortodoncia se considera "acceptable" al término de un tratamiento de ortodoncia.* (9). Los pacientes sometidos a una terapia ortodontica como una consecuencia, presentan diferentes cantidades de destrucción, desintegración o reabsorción de la raíz en su tercio apical, como un efecto secundario desfavorable. Este proceso patológico radicular no es observable en un examen clínico, la raíz esta insertada en el hueso alveolar. El medio de diagnóstico que se utiliza es el examen radiológico de las piezas dentales, siendo la más apropiada hoy, la tomografía computacional que da una imagen objetiva y evidencia la gravedad de la pérdida de la estructura del ápice radicular. En la etapa inicial o incipiente (precoz) de esta enfermedad, el ápice radicular se repara regenerándose lentamente, si las fuerzas aplicadas son leves y discontinuadas. Cuando la aplicación de fuerzas es excesiva y prolongadas, las piezas dentales sufren una gran pérdida de su ápice radicular llegando a una etapa de irreversible pues el daño celular progresa y avanza desde el cemento radicular hasta la dentina, este proceso es irreversible. El factor etiológico principal es mecánico, y sus elementos son: a) Intensidad de la fuerza. b) Tipo de movimiento. c) Amplitud de movimiento. d) Tipo de aparatología ortodontica. e) Dispositivos de anclaje. Los dientes en un tratamiento de ortodoncia tendrán cierta cantidad de Reabsorción Radicular Apical Externa por Ortodoncia (RRAEO) cuando esta no es significativas o mínima en la mayoría se regenera su estructura apical. Se considera el nivel mínimo aceptable al término de un tratamiento ortodontico, cuando la reabsorción radicular del ápice es de 1 a 2 mm en las piezas incisivas



superiores; Otros autores consideran que la Reabsorción Radicular sea leve o mínima aceptable hasta 3 mm en sus ápices dentales afectados, cuando termina la aplicación de la etapa activa de la terapia. Esto se detecta con una radiografía de control al final del tratamiento ortodóntico.

9. Indique qué debió haber hecho el profesional tratante Marco Merino cuando recibió la radiografía con informe del radiólogo, el 4 de noviembre de 2015: a la luz del conocimiento científico actualmente existente. El doctor Andrés Briner, radiólogo maxilo-facial, en base a una radiografía panorámica de la paciente Damaris Macías con fecha 02 de noviembre del año 2015, informa el diagnóstico de las piezas 1.1 (8) y 2.1 (9) lo siguiente: *“Exorizalísis apical, zonas periapicales normales sin lesión ósea.”* Esto significa que después de 9 meses de iniciado este tratamiento ortodóntico los incisivos centrales superiores derecho e inferior tienen daño radicular en su ápice compatible con RRAEO. Se detecta signos evidentes y reales de un daño precoz de pérdida de estructura de ápice radicular. El profesional tratante señor Marcos Merino conoce el diagnóstico precoz de la destrucción apical de los incisivos centrales superiores derecho e izquierdo durante el desarrollo de su tratamiento ortodóntico. Las medidas que debió haber tomado, de acuerdo con la información científica existente actualmente, son: (9) (13) a) Realizar un nuevo estudio radiográfico de los dientes afectados. b) Eliminar factores de riesgo: intensidad de las fuerzas, suspendiendo el tratamiento por 2 a 6 meses. c) Retirar la aparatología activa. d) Control clínico periódico de la oclusión. e) Estabilizar las piezas afectada mediante férula de desoclusión por un periodo de 2 a 3 meses mínimo. La ausencia de la aplicación de estas medidas por el médico tratante produjo el avance y progreso de destrucción radicular apical en la paciente. La prevención temprana es una función de todo ortodóncista que debe realizar siempre en beneficio de su paciente y de su salud bucal, evitando la acción de los factores etiológicos de la lesión radicular apical externa por ortodoncia (RRAEO). Este profesional tratante debería disponer de un protocolo de prevención de la RRAEO para todos sus pacientes. (9) El diagnóstico y tratamiento preventivo limita la extensión de la destrucción apical de la raíz.



10. Indique qué fue lo que realmente hizo el profesional tratante, en términos de aplicación de fuerza a los dientes: luego de haber visto la radiografía, *según consta en ficha clínica*. El profesional tratante Señor Marco Merino conoció el diagnóstico de los incisivos centrales derecho e izquierdo cuya patología era *“Exorizalasis Apical”* compatible con RRAEO en forma evidente y real, este daño apical se observa con fecha 2 de noviembre del año 2015, la conducta que realiza este profesional fue: 1.- Conocido por parte del profesional del diagnóstico de la paciente a través del informe radiológico que era evidente y objetivo, no fue valorado y aún más desconoce el daño radicular de las piezas dentales. 2.- No considera antecedentes de la literatura científica actual sobre la prevención de RRAEO. 3.- No solicita ningún estudio radiológico para los dientes incisivos superiores de la paciente. 4.- Continúa ejecutando el desarrollo del tratamiento ortodóntico, aplicando fuerzas y movimientos sobre los dientes dañado de la paciente, permitiendo el avance de esta patología radicular. Estas acciones terapéuticas se encuentran descritas en la Ficha Clínica de la paciente, en donde se agregan nuevos elementos de anclaje como botones, potes, microtornillos y ganchos Hook etc., estos elementos aumentan la intensidad de las fuerzas y dan más amplitud de movimiento sobre los dientes dañados. Se detecta una gran falta de prevención para RRAEO y una vigilancia periódica. Estas acciones afectaron potencialmente la estabilidad, la movilidad y la resistencia de las piezas centrales anteriores en forma irreversible, ya que se aplicaron fuerzas excesivas y constantes sobre dientes con daño apical en forma incorrecta, aumentando la destrucción del ápice radicular. La prevención dental es una parte importante del ejercicio de la profesión que en este caso no existió y se ignoró totalmente.

11. Emita un pronunciamiento sobre la actual funcionalidad de los dientes de la demandante afectados por RRAEO (piezas 1.3, 1.1 y 2.1) y la funcionalidad de sus demás piezas dentales en relación con las afectadas: La Dra. Claudia Carmín, radióloga maxilofacial, en base a una radiografía tomografía computarizada de alta resolución de la paciente doña Damaris Macías en su informe para las piezas dentales 1,3 (6), 1.1 (8) y 2.1 (9) de fecha 22 de septiembre de 2017, diagnostica lo siguiente: *“Rizalasis avanzada”* Tal diagnostico corresponde a la patología RRAEO, este daño



evidente se observa al final del tratamiento ortodontico. (17) (19). Esto significa que las piezas han perdido estructura radicular su longitud disminuyó notoriamente, su resistencia, su estabilidad y anclaje se altera considerablemente. Las piezas dentales cumplen diferentes funciones, estas son: a) Estética b) Fonética, c) Masticatoria. La función Masticatoria de los dientes incisivos y caninos depende de su estabilidad, dada por la longitud de sus raíces, determina la resistencia en los movimientos masticatorios. Los dientes incisivos presentan una sola raíz (uniradicular) y su borde insisal es afilado, su función masticatoria es cortar los alimentos en porciones más pequeñas. Los caninos son uniradicular, su borde insisal de dos cúspides, son puntiagudas, su función es desgarrar los alimentos fibrosos etc. La paciente doña Damaris Macías relata dolor y también una movilidad patológica de sus piezas dentales 1.3 (6) 1.1 (8) y 2.1 (9), esto determina que la oclusión o contacto de los dientes centrales superiores con los centrales inferiores no se genera, por lo que significa que no se pueden utilizar las piezas dentarias durante el proceso de masticación, existe pérdida de la funcionalidad total de los dientes centrales superiores (6 dientes superiores y 6 dientes inferiores) como consecuencia de la RRAEO que es de tipo avanzada, esta evidencia se observa radiológicamente al final el tratamiento ortodontico. Como consecuencia de la RRAEO avanzada, la paciente sufre una incapacidad de su eficiencia masticatoria, no puede ni podrá utilizar sus dientes centrales, anteriores, superiores e inferiores en forma permanente, no podrá morder alimentos, esto es un gran daño a su salud bucal, con carácter irreversible producto de esta terapia ortodontico.

12. Indique si el procedimiento realizado por el demandado Marco Merino, por acción y/u omisión, infringió la Lex Artis en el tratamiento de ortodoncia de la demandante, así como también el deber de vigilancia y el derecho de la información de la paciente, entre otros: Este punto se desarrollará al final del presente informe.

13. Indique si la llamada “contención” señalada en la contestación de la demanda es apta o no para prevenir o revertir un diagnóstico de RREA severa: La etapa de contención es de gran importancia, la cual se realiza al final del tratamiento ortodontico, su objetivo es mantener y estabilizar los resultados del tratamiento, esto es que las piezas dentales deban mantener la



nueva posición indefinidamente, evitando su recidiva, que vuelvan a moverse a su ubicación primitiva o anterior. (5) Los dientes y los tejidos periodontales tienen “*memoria*” una tendencia natural a volver a su posición anterior, para que esto no ocurra el ortodoncista instara un contenedor, retenedor o férula especial en la arcada superior e inferior, que el paciente deberá usarla por un tiempo necesario, incluso durante gran parte de su vida, evitando el cambio de posición y para tener estabilidad funcional de su dentadura. Esta etapa tiene como característica principal no usar aparatología que aplique fuerzas sobre los dientes, es la parte pasiva del tratamiento, después que se retiren los brackes, arcos o elásticos, es decir la parte activa, se instalan los retenedores o contenedores, que pueden ser fijos o removibles. (4). Esta etapa no se relaciona con la patología radicular de RRAEO, no previene, ni revierte el daño apical, sólo proporciona estabilidad dentaria durante un tiempo definido. Los dispositivos (retenedores) tienen una función pasiva, no tiene participación en la etiología, ni en la prevención, tampoco en el tratamiento de esta patología RRAEO La etapa de contención o mantención es parte del tratamiento ortodontico y el uso de estos dispositivos o placas es muy necesario para el éxito del tratamiento ortodontico. Otros antecedentes Analizados. El Contenido de Hoja Anexa Impresa de la Ficha Clínica. Tal hoja Anexa se encuentra al final de Ficha Clínica de la paciente, la cual fue completada con datos por el médico tratante en su oportunidad. Se procede analizar aspectos relevantes de su contenido: • Señala: *“Que el tratamiento de ortodoncia ha finalizado con fecha 19/7/2017 en forma exitosa en la paciente: Damaris Macías F.”* Sobre este punto la gran mayoría de literatura científica respectiva señala que un tratamiento ortodoncia no termina con el retiro de la aparatología bucal, la cual constituye la fase activa, ya que existe una fase de retención o contención o llamada pasiva, la cual tiene una duración mínimo 12 meses o más tiempos, años, por lo cual, el tratamiento continuara por ese tiempo. • Entrega indicaciones para el cuidado de los retenedores fijos y removibles. • No aparece indicada una radiografía de control post- tratamiento, siendo acto normal solicitarla a los 30 días siguientes del término de la parte activa. • No aparece indicación alguna sobre la atención de urgencia, por algún dolor, movilidad,



alteraciones oclusales, molestias al morder, etc. • No aparece controles de ningún tipo, ni correcciones a los desajustes oclusales. • Que respecto a declaración de conformidad por parte de la paciente al tratamiento debe entenderse solo a su parte estética y visible, en ningún caso a las funciones masticatorias. • Registra montos o valores sobre sesiones adicionales y por daño a materiales. Lo cual constituye una falta a la ética profesional (Colegio de Cirujano Dentista de Chile, Código de Ética).

VII.- CONSIDERACIONES FINALES • De La Ficha Clínica. En el artículo 2º del Reglamento Sobre Fichas Clínicas, Decreto nº 41, del Ministerio de Salud, año 2012, se establece: “Ficha Clínica es el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente”. Las fichas clínicas podrán llevarse en soporte de papel, electrónico u otro, y su contenido se registrará por el profesional que efectúa la prestación de salud, en el acto de otorgarla o inmediatamente después de ello. La información contenida en las Fichas Clínicas será considerada dato sensible, de conformidad con lo establecido en el artículo 2º, letra g) de la ley N° 19.628. De acuerdo con el artículo 6º del mismo decreto dispone que una ficha clínica deberá contener los siguientes antecedentes, a lo menos: a) Identificación actualizada del paciente: nombre completo, número y tipo de documento de identificación: cédula de identidad, pasaporte, u otro; sexo, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos de contacto y/o correo electrónico, ocupación, representante legal o apoderado para fines de su atención de salud y sistema de salud al que pertenece. b) Número identificador de la ficha, fecha de su creación, nombre o denominación completa del prestador respectivo, indicando cédula de identificación nacional o rol único tributario, según corresponda. c) Registro cronológico y fechado de todas las atenciones de salud recibidas: consultas, anamnesis, evoluciones clínicas, indicaciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, protocolos quirúrgicos u operatorios, resultados de exámenes realizados, interconsultas y derivaciones, hojas de enfermería, hojas de evolución clínica, epicrisis y cualquier otra información clínica. Si se agregan documentos, en forma



escrita o electrónica, cada uno de ellos deberá llevar el número de la ficha.

d) Decisiones adoptadas por el paciente o respecto de su atención, tales como consentimientos informados, rechazos de tratamientos, solicitud de alta voluntaria, altas disciplinarias y requerimientos vinculados a sus convicciones religiosas, étnicas o culturales, en su caso. El dentista tratante señor Marco Merino Gerlach, desarrolló un tratamiento odontológico en la paciente señorita Damaris Macías Flores, desde 19 de enero del 2015 al día 18 de Julio del 2017 (Dos años seis meses). En relación de la ficha clínica de la paciente doña Macías presenta las siguientes deficiencias, de acuerdo con la normativa vigente ya señala anteriormente: 1.- La ficha clínica carece del número de identificación y de fecha de su creación (día, mes y año). 2.- En la ficha clínica en su parte sobre examen clínico de la cavidad bucal (dientes, paradencio, paladar, etc.) se encuentra incompleto e insuficiente ya que solo registra dos interrogantes. Indica ausencia de enfermedades o lesiones dento-maxilares. 3.- En la ficha clínica en su parte historia médica (anamnesis remota y actual) es inconducente e incompleta, falta de antecedentes importantes (enfermedades cardiovasculares, endocrinas, inmunológicas y genéticas, etc.), solo registra cuatro interrogantes. Determina que la paciente carece de alguna patología sistémica. 4.- En el registro de las atenciones de salud de la ficha clínica, se puede observar la participación de personas distintas al profesional que efectúa la prestación de salud como por ejemplo doña Yessica Soto (cuatro oportunidades), Señor Administrador (Sin nombre) (cuatro oportunidades), doña Maysa Brand (una oportunidad) y señora Andrea Guzmán Uribe, quien registra antecedentes exclusivos de la paciente. Estos registros realizados constituyen una falta a la privacidad o confidencialidad de la paciente, ya que son datos sensibles, y constituye a su vez en una conducta incorrecta del profesional tratante, señor Marco Merino, porque delego funciones de la profesión a personas ajenas. El secreto médico profesional es una obligación que deben respetar todos los profesionales de la salud en general. Se puede concluir que la ficha clínica empleada por el profesional no representa los protocolos actuales de la odontología en nuestro país. • De Los Consentimientos. De conformidad a lo dispuesto en la Ley 20.584 que regula “Los Derechos y Deberes de las Personas”, en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud,



toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible. Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los siguientes contenidos: - Estado de salud del paciente; - Diagnostico de su enfermedad; - Alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse. De conformidad a lo dispuesto en la Ley citada anterior, y el “Reglamento Sobre Entrega De Información y Expresión De Consentimiento Informado” la entrega de información al paciente deberá constar por escrito en caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado y dejarse constancia de la misma y del hecho de su entrega en la ficha clínica. Según indica el Reglamento, se entiende por procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo todo aquel que, involucrando solución de continuidad de piel o mucosas o acceso instrumental a cavidades naturales que requieren ser realizados con técnicas estériles, producen en el paciente dolor que haga necesaria sedación o anestesia. Los consentimientos en tratamiento ortodontico de la paciente doña Macías: • Primer Consentimiento para efectuar el tratamiento de ortodoncia (incluyendo riesgos, beneficios, desventajas, complicaciones como la reabsorción



radicular apical, etc.). Este documento no fue solicitado por el médico tratante ni menos autorizado por la paciente. • Segundo Consentimiento para instalar dos microtornillos en la cavidad bucal de la paciente (indicando daños, beneficios, complicaciones, etc.). Este documento no fue solicitado por el médico tratante ni menos autorizado por la paciente. • Tercer Consentimiento para aplicar anestesia bucal local en la paciente (procedimiento básico para instalar un microtornillo, señalando riesgos, complicaciones, etc.) Este documento no fue solicitado por el médico tratante ni menos autorizado por la paciente. Por lo antes descrito, se concluye que el profesional tratante no contó con ninguna de la autorizaciones escrita, informada y firmada de la paciente para realizar la totalidad de los procedimientos de este tratamiento ortodóntico, incumpliendo la ley N° 20.584 y su reglamento. • De la Información al Paciente. De conformidad a lo dispuesto en la Ley 20.584 que regula “Los Derechos y Deberes de las Personas” en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional. El profesional odontólogo señor Marco Merino, al inicio del tratamiento odontológico, no informo a la paciente señorita Damaris Macías sobre el riesgo y daño de la ocurrencia de la patología radicular denominada Reabsorción Radicular Apical Externa por terapia ortodónticas (RRAEO). La paciente no recibe información escrita al inicio, ni durante el desarrollo, ni al finalizar este tratamiento, omite comunicar las características y los efectos complicados de la Reabsorción Radicular Apical Externa por Ortodoncia (RRAEO). (20). • Del Tratamiento Ortodóntico Desarrollado. Ø Al inicio del tratamiento ortodóntico (fecha 19 de enero del año 2015) El médico tratante, don Marco Merino, no solicita una radiografía bucal panorámica a la paciente para realizar un estudio profundo y preliminar de las estructuras dento-maxilar, tal como consta en la ficha clínica. Contar



con dicho examen le hubiese permitido al profesional contar con un diagnóstico exacto para planificar el tratamiento más efectivo al comienzo de la terapia ortodóncica. Una radiografía dental de meses anteriores (5/09/2014) que aportó la paciente, no informa el estado actual de sus componentes pues hay cambios en el tiempo, como fracturas, quistes, caries incluyentes, etc. La falta de esta información conduce a errores graves de diagnóstico bucal y a fracasos en tratamientos ortodóncicos. Ø Durante el tratamiento ortodóncico A los diez meses del comienzo del tratamiento ortodóncico en la paciente, el médico tratante solicita una radiografía dental, con fecha 02 de noviembre del 2015, el doctor Andrés Briner, radiólogo maxilo-facial, en su informe diagnóstica para las piezas dentales 1.1 (8) (ICSD) y 2.1 (9) (ICSI) presentan “Exorizalísis apical”, esto es Reabsorción Radicular Apical Externa por Ortodoncia (RRAEO), su daño apical es evidente. De acuerdo con procedimientos establecidos por las ciencias odontológicas, es recomendable realizar un control radiológico en tratamientos ortodóncicos a los seis meses del inicio de la terapia. Como se detectó y observó un daño radicular apical en los incisivos centrales derecho e izquierdo en la paciente debió haberse suspendido el tratamiento a la brevedad para prevenir un mayor daño o destrucción apical por un lapso dos a seis meses. El profesional tratante, continuó con el tratamiento en la paciente procediendo a instalar dos microtornillos para tener más anclaje, dar resistencia a los arcos y aplicar mayor fuerza sobre las piezas dentales, procedimientos contraindicados totalmente. Resultando que a los 26 días después, esto es el 18 de enero de 2016, se registra un altísimo nivel de retrusión de estas piezas dentales, 1.1 (8) y 2.1 (9) esto se encuentra registrado en la ficha dental del paciente. El odontólogo es el especialista en las enfermedades de la cavidad bucal, sus funciones son diagnosticar, curar y prevenir las alteraciones bucales. En este tratamiento ortodóncico, el profesional tratante no valora la evidencia radiológica que muestra Reabsorción Radicular Apical por Ortodoncia (RRAEO) de los incisivos centrales superiores. Sus decisiones erróneas fueron: a) No interrumpe el tratamiento, ignorar avance de la enfermedad radicular apical (RRAEO). b) Desconoce ni aplica medidas de prevención de daños y enfermedades dentales. Para preservar la salud bucal de la paciente y no exponiéndola a



una mayor complicación en sus piezas dentales. Se recomienda en base a la literatura del ramo, un control radiológico cada tres meses para detectar reabsorción radicular, y para aquellos dientes de mayor riesgo, cada dos meses para replantearse el plan de tratamiento, evitando un daño estructural del ápice y causar movilidad dentaria. Le corresponde al ortodoncista ser competente y tomar decisiones beneficiosas para la salud bucal del paciente. Falto sin duda un control periódico para tener el estado radicular y poder valorar los riesgos de la RRAEO durante el tratamiento de doña Damaris Macías. Ø Al finalizar el tratamiento ortodontico El retiro de los aparatos ortodonticos (fase activa que ocurre el 19 de Julio del 2017), lo recomendado en la literatura científica es solicitar una radiografía final post tratamiento, para verificar el avance de la Reabsorción Radicular Apical Externa por Ortodoncia (RRAEO). En este caso, el profesional tratante no solicito ninguna Radiografía a doña Damaris Macías. Con una información radiológica podría haber tomado procedimientos terapéuticos para un cuidado de los dientes afectados evitando un gran daño, una medida sugerida era la instalación de una férula o disclusión para estabilizar en un largo plazo. También era una oportunidad para recomendar indicaciones, en relación a la función masticatoria de la paciente. Ø Después de dos años seis meses de tratamiento ortodontico. Se da por finalizada la parte activa del tratamiento. Su resultado se evidencia en las imágenes y en el informe radiológico desarrollado (22 de septiembre del 2017) por la doctora Claudia Carmi, radióloga maxilo-facial, quien diagnostica en las piezas dentales 1.1 (8), 2.1 (9) y 1.3 (6): *“una Reabsorción Radicular Apical Externa por Ortodoncia de tipo avanzada (severa) RREAEO, como producto del tratamiento ortodontico desarrollado por el tratante por el señor Marco Merino. Esto significa que hay una gran pérdida de estructura del ápice radicular lo que compromete irreversiblemente su resistencia, que depende directamente de su longitud que es indispensable durante la función masticatoria de la paciente. La función masticatoria de los incisivos centrales superiores es cortar, del canino superior es desgarrar los alimentos. La pérdida de resistencia de los incisivos centrales superiores y caninos superiores origina una movilidad patológica por lo que estas piezas no pueden contactarse u ocluir con los incisivos centrales inferiores y canino*



inferior. Lo que produce una incapacidad permanente para utilizar durante la masticación su dentadura completa, se utilizan seis dientes superiores (Caninos superiores derecho e izquierdo, incisivos centrales y laterales superiores) y sus antagonistas que son los inferiores (total doce dientes). Esto origina una pérdida en su eficiencia masticatoria considerable producto del tratamiento ortodóntico planificado, desarrollado por el profesional tratante Marco Merino, ocasionando un daño innecesario y evitable. Para la paciente, esta atención ortodóntica resultó una experiencia desagradable, indolente y traumática con un gran deterioro y daño en su dentadura de manera irreversible que también le afecta a su estética.

VIII.- CONCLUSIONES DEL PERITAJE. Por las consideraciones técnicas anteriormente expuestas y en base a los antecedentes disponibles y analizados es posible concluir que: **I.** La ficha clínica, el examen clínico de la cavidad bucal y la historia médica (anamnesis) de la paciente, son totalmente incompletos, insuficientes y deficientes. El médico tratante no da cumplimiento a lo establecido en la legislación vigente. **II.** Para realizar procedimientos bucales durante el tratamiento ortodóntico era necesario tener un consentimiento de la paciente, no se solicitaron tres consentimientos informados, escrito y firmado, para 1-Realizar el tratamiento ortodóntico; 2-: instalar los Microtornillos; y 3-. Utilizar anestesia dental. El médico tratante no da cumplimiento a lo establecido en la legislación vigente. **III.** La paciente no recibió información sobre su tratamiento ortodóntico, se omitió comunicarle sobre el daño de la Reabsorción Radicular Apical Externa por Ortodoncia (RRAEO). El médico tratante no da cumplimiento con la legislación vigente. **IV.** El médico tratante divulgó antecedentes registrados en la ficha clínica de la paciente doña Damaris Macías. Configura una falta a la privacidad y confidencialidad de datos sensibles. Una falta a la ética de la profesión odontológica no cumplió el secreto profesional. Falta grave a la norma imperante. **V.** Al inicio de este tratamiento ortodóntico (19 de enero del 2015), las piezas dentales 1.3, 1.1 y 2.1 (canino superior derecho, incisivo central derecho e izquierdo superiores) estaban completamente sanas (corona y raíces), pero luego de dos años seis meses (18 de julio del 2017), al final del tratamiento, estos dientes están gravemente enfermos: presentan



Reabsorción Radicular Apical Externa por Ortodoncia (RRAEO) severa e irreversible, su longitud radicular disminuyó por efecto de aplicación de fuerzas excesivas y prolongadas por el profesional tratante. El accionar del médico tratante infringe la Lex Artis. **VI.** Este tratamiento de ortodoncia planificado y ejecutado por profesional tratante durante sus etapas inicial, desarrollo y término, no se apegó, ni se adecuó a la Ley Artis.

VIGÉSIMO CUARTO: Que, a fin de acreditar los fundamentos de su defensa, el demandado, por su parte, acompañó en autos la prueba instrumental, no objetada, consistente en: **a.** Informe técnico de fecha 30 de julio de 2018, y autorizado con fecha 14 de junio de 2019, emitido por el Dr. Gabriel Fonseca Platini; **b.** Certificado emitido por la Universidad Nacional de Córdoba, que otorga el título de Doctor en Odontología al Dr. Gabriel Fonseca Platini, de fecha 26 de mayo de 2009, debidamente autorizado en el Consulado General de Chile en Córdoba, Argentina, con fecha 21 de noviembre de 2013; **c.** Certificado emitido por la Dirección General de Asuntos Consulares Unidad de Coordinación Legalizaciones, del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la República Argentina, Serie A5055456, debidamente autorizado en el Consulado General de Chile en Córdoba, Argentina, con fecha 17 de julio de 2014; **d.** Certificado emitido por la Universidad Nacional de Córdoba, que otorga el título de Odontólogo al Dr. Gabriel Fonseca Platini, de fecha 23 de mayo de 2009, debidamente autorizado en el Consulado General de Chile en Córdoba, Argentina, con fecha 21 de noviembre de 2013; **e.** Certificado de la Universidad de Chile, que reconoce título de Doctor en Odontología del Dr. Gabriel Fonseca Platini, de fecha 02 de septiembre de 2014, N° de folio 202181; **f.** Certificado emitido por la Universidad Nacional de Córdoba, que certifica que el Dr. Gabriel Fonseca Platini, fue designado como profesor titular de la cátedra de Anatomía Patológica, con fecha 12 de junio de 2012, en dicha casa de estudios; **g.** Documento denominado “Certificado” de fecha 30.09.2017 que da cuenta que la paciente retiró copia de ficha clínica, evolución clínica, radiografías digitales e impresas para fines personales y debidamente firmado por la misma; y, **h.** Documento denominado: “Finalización del tratamiento”, de fecha 17.07.2017, y debidamente firmado por la paciente.



VIGÉSIMO QUINTO: Que, además de la prueba documental, aportó la prueba testimonial constituida, entre otras, por las declaraciones de doña Andrea Verónica Guzmán Uribe y don Gabriel Mario Fonseca. La primera, en cuanto al punto de prueba número dos, contestó: “No, porque el Dr. Merino hizo un tratamiento como se debe hacer sin ninguna complicación. Y estos no causan este tipo de problemas él dijo que la paciente lo acusa por una reabsorción radicular, cuando esto sucede es por una reacción propia de la paciente no provocada por el profesional. Siguiendo todos los estándares de un tratamiento convencional, es decir, una va aumentando la fuerza de los aparatos en forma gradual de un procedimiento de rutina, es algo normal como la mayoría de los tratamientos que hacemos a diario”. Respecto del punto de prueba número cuatro, expresó: “Tengo los antecedentes de lo consultado y se remite a lo que declaro respecto del punto anterior”. El segundo testigo, al punto de prueba número uno indicó: “No hay constancia de la efectividad. Esto porque no tengo elementos objetivos para comprobar los daños que la actora aduce tener. De hecho, me busca Ulises Cerda para emitir un informe técnico y me proveen de todos los documentos para tal efecto. Estos son la ficha clínica, una radiografía lateral, una radiografía panorámica, una copia de la demanda de la actora y un descargo del demandado. Con todo esto elaboro mi informe técnico correlacionando toda la información. Quien me encarga estos es el abogado Ulises Cerda. Emito el informe y en ese informe hago un análisis del tratamiento realizado por el demandado, trato de identificar elementos técnicos que me permitan corroborar, o no, esos daños que aduce la actora y llego a las conclusiones de que no tengo elementos objetivos para corroborar ese daño ni de que el demandado pueda llegar a ser el causante de estos”. Respecto del punto de prueba número dos expresó: “No puedo establecer la efectividad, en primer lugar, porque no tengo evidencia de esos perjuicios; y, en segundo lugar, porque, según consta en la ficha clínica todos los procedimientos realizados por el demandado han sido dentro de la *lex artis*, de este concepto de lo bien hecho”. Respecto del punto de prueba número cuatro, contestó: “Sí, hay efectividad de que ella abandonó los controles, que eso forma parte del tratamiento también y de que no usó las contenciones que son elementos



que tiene que usar después de un tratamiento de ortodoncia, lo que la expone como una conducta imprudente. Todo esto consta en la ficha clínica y, de hecho, también figura en la demanda”. Por último, declaró doña María Constanza Uribe López, al folio 208, quien al punto de prueba número dos expresó: “No hay relación dados los antecedentes que me han proporcionado, no hay relación de causalidad, ya que el doctor Marco Merino recopiló todos los antecedentes necesarios para el estudio del caso clínico, por lo que la imputación asociado a la ‘Rrea’ no tiene sustento respecto del tratamiento de ortodoncia, ya que es una condición propia del paciente no atribuible al tratamiento de ortodoncia. La ‘Rrea’ puede ocurrir por distintas causas porque es una condición inherente al paciente, y no es diagnosticable previamente”; finalmente, añade que los perjuicios reclamados no son de responsabilidad del doctor Marcos Merino. Indica que la falta de asistencia a los controles, y no seguir las indicaciones finales, va en desmedro de los resultados en los tratamientos de ortodoncia; a su juicio, no hay elementos que puedan determinar la responsabilidad que se imputa, ni infracción a deberes de diligencia, de acuerdo con lo relatado en informe y a los propios dichos del demandado. Añade, finalmente, que “todo tratamiento de ortodoncia tiene posibilidad de riesgo de ‘Rrea’”.

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL

VIGÉSIMO SEXTO: La responsabilidad puede ser *contractual* o *extracontractual*. La primera, regulada principalmente en los artículos 1545 y 1556 del Código Civil y tiene su origen en el incumplimiento de las obligaciones nacidas de un contrato, o si este se ha cumplido imperfectamente o se ha retardado su cumplimiento. La segunda, la responsabilidad extracontractual, está establecida en los artículos 2314 y ss. del Código Civil se origina en el daño causado en el patrimonio de otra persona respecto de la cual no ha existido un contrato previo y tiene como fuente la comisión de un delito, cuasidelito o la ley, por inobservancia de un deber general de cuidado.

La responsabilidad profesional se ha de adscribir, por regla general, a la responsabilidad contractual, pues está precedida de una convención entre quien hace el encargo (el paciente) y el profesional que otorga el servicio (dentista).



En el presente caso, la responsabilidad por los daños causados a la paciente que ha contratado los servicios del dentista demandado es de índole contractual. El *iter* contractual ha sido reconocido por el propio demandado en su contestación de la demanda. Confesó haber prestado sus servicios profesionales a la demandante y que realizó diversas prestaciones incardinadas en un *procedimiento ortodóntico* enderezado a obtener una *correcta oclusión y alineamiento dental*, atendida su especialidad sobre la materia. En suma, es un hecho no discutido o aceptado por las partes.

En efecto, en la prueba confesional, el demandado reconoció que entre el 19 de enero de 2015 y el 18 de julio de 2017 realizó a la actora un *tratamiento ortodóncico*, el cual, además, del análisis a la ficha médica aparejada, permite concluir con certeza que se trata del tratamiento que derivó en el presente juicio y que fue convenido libremente por las partes, como lo evidencian las actuaciones profesionales llevadas a cabo por el demandado en su calidad de cirujano dentista o, como señalan los antecedentes académicos aportados por su parte, “doctor en odontología”.

En consecuencia, se ha de tener por establecido como hecho de la causa que entre doña Damaris Eunice Macías Flores y don Marco Andrés Merino Gerlach se celebró un contrato de prestación de servicios de naturaleza jurídica contractual.

Se trata, en definitiva, de lo que la doctrina denomina *contrato médico o contrato de prestación de servicios médicos*: atípico, innominado y consensual, y que impone derechos y obligaciones a las partes. Dicho contrato se rige por los artículos 1454 y 1546 (como norma de interpretación de integración) del Código Civil. Su contenido imperativo se rige por las normas legales de la Ley N° 20.584, publicada el 24 de abril de 2012, sobre derechos y deberes de los pacientes, entre los que destacan la imposición de un *deber de seguridad y protección* respecto de la persona del paciente (art. 4°) y que forma parte del contenido imperativo del contrato.

VIGÉSIMO SÉPTIMO: En el ámbito patrimonial, el incumplimiento contractual, según lo dispuesto en el artículo 1556 del Código Civil, asume tres formas típicas: a) puede devenir incumplimiento total de la obligación; b) puede ser cumplimiento imperfecto, por



satisfacción parcial en la ejecución de una o más obligaciones; y, c) por último, el cumplimiento tardío del cual derivan los daños moratorios.

Pues bien, la doctrina al abordar el incumplimiento de las obligaciones contractuales, en atención al objeto de la obligación, distingue entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado. A las primeras, se las conoce como “obligaciones generales de prudencia y diligencia”. A las segundas, se les conoce también como “obligaciones determinadas” (René Abeliuk, *Las obligaciones*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 2008, pp. 220-221).

Por otra parte, para el autor don Enrique Barros Bourie, los profesionales pueden contraer *obligaciones contractuales de medios o de resultados, según sean las expectativas que el derecho cautela a quienes hacen el encargo*. Contraen una obligación de medios cuando el deber profesional es aplicar conocimientos y capacidades en servicio de la contraparte, pero no asumen el deber de proporcionar el beneficio o resultado final perseguido por la contraparte. Son de resultado si el profesional se obliga a proporcionar al cliente el beneficio preciso que este pretende obtener. *La regla general es que las obligaciones profesionales sean de medios*, esto es, que den lugar a deberes de prudencia y diligencia, pues lo que usualmente se exige del experto es el empleo del cuidado debido para procurar el interés que se persigue, pero de la circunstancia de no haberse obtenido ese beneficio no se infiere que haya incumplido su obligación (*Tratado de responsabilidad extracontractual*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 2006, p. 658). En otras palabras, no aseguran un resultado específico.

Pues bien, la obligación del prestador de salud (dentista) podría ser considerada una *obligación de resultado* ya que la ortodoncia persigue como fin “corregir defectos de dentadura” como señala el Diccionario de la Real Academia Española, en cuyo caso, el odontólogo debe proporcionar el beneficio o resultado perseguido por el paciente: la corrección de los defectos de su dentadura que pueden obedecer a anomalías en la forma, la posición o la relación y función de la dentadura y los maxilares; en concreto, en el presente caso, el objetivo del tratamiento ortodóntico era



“corregir oclusión y alineamiento dental” por existir diagnóstico de “distoclusión clase 2, molar bilateral, inclinación incisivos superiores”.

En este sentido, se ha dicho de modo autorizado que “se excluye la excusa del error; lo que es coherente con las limitaciones a la excusa de la diligencia, de tal manera que sólo cabría alegar y probar el caso fortuito o fuerza mayor. En otras palabras, se invierte el peso de la prueba., con el efecto de que la negligencia se tenga, *prima facie*, por acreditada, es excepcional, porque supone el riesgo de desconocer la naturaleza meramente instrumental de los deberes médicos de cuidado” (E. Barros, Tratado de responsabilidad extracontractual, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 2006, p. 679).

En todo caso, si se estima que el tratamiento ortodóntico en cuanto a corregir la oclusión y alineamiento dental es una obligación de medios, ello obliga al dentista a conducirse con prudencia, o bien a emplear los medios adecuados y necesarios al fin propuesto, esto es, a corregir la oclusión dental y alineamiento. Así, si se incumple alguna de las obligaciones del contrato y causa daño, en principio, ese incumplimiento ha de reputarse culpable (art. 1547, inciso 3º, CC). Esto significa que la demandante sólo debe acreditar la obligación cuya fuente ha sido el contrato, y, por otro lado, corresponderá, en este caso, al demandado, deudor, si quiere eximirse de responsabilidad, probar caso fortuito o fuerza mayor, o bien acreditar la ausencia de culpa en los términos de la citada disposición legal, es decir, que empleó en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales la diligencia o cuidado debidos atendida la naturaleza del contrato médico, para exonerarse de responsabilidad civil.

VIGÉSIMO OCTAVO: Con independencia de si la obligación del demandado ha sido de medios o de resultados, el *hecho generador de la responsabilidad es el incumplimiento*. Producido este, en sus diversas formas, y hacer dable la indemnización, deben concurrir los siguientes requisitos, a saber: a) que se haya causado un perjuicio al acreedor; b) que exista relación de causalidad entre el incumplimiento y los perjuicios; c) que la infracción sea imputable al deudor a título de culpa o dolo; d) que no concurra una causal de exención de responsabilidad del deudor; e) que el



deudor haya sido constituido en mora; y f) que el demandante haya cumplido por su parte por tratarse de un contrato bilateral.

VIGÉSIMO NOVENO: De toda la prueba aportada al proceso, y, en especial, de la prueba pericial, se puede dar por establecidos los siguientes antecedentes:

1.- No existió consentimiento informado, escrito y firmado, que, normalmente, forma parte integrante del contrato de prestación de servicios médicos, y no sólo para realizar el tratamiento ortodóntico, sino, además, para instalar los “microtornillos”; y, por último, para utilizar anestesia dental, según da cuenta el informe pericial. Se omitió comunicarle sobre el daño de la reabsorción radicular apical externa por ortodoncia (RRAEA)

Al incumplirse el deber de información se está en presencia, de suyo, en un incumplimiento de una obligación contractual, y, desde otra perspectiva, se produce la pérdida de oportunidad de decidir sobre un determinado tratamiento. Su incumplimiento impide al paciente tomar una decisión sobre su enfermedad y la privación de dicha posibilidad sirve de fundamento de una acción indemnizatoria.

Dicho deber de información aparece recogido en la Ley N° 19.496, artículo 3°, letra b); y en materia de servicios médicos en la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes de los pacientes, cuyo artículo 10 establece el deber legal de información y forma parte integrante de la *lex artis*. Ello se explica por la asimetría de información entre el médico o dentista y el paciente y para que el paciente pueda decidir con conocimiento de causa, autonomía, y libremente (consentimiento libre e informado).

La obligación del prestador (dentista) podría ser considerada una *obligación de resultado* ya que la ortodoncia persigue como fin “corregir defectos de dentadura” como señala el Diccionario de la Real Academia Española, en cuyo caso, el odontólogo debe proporcionar el beneficio o resultado perseguido por el paciente: la corrección de los defectos de su dentadura que pueden obedecer a anomalías en la forma, la posición o la relación y función de la dentadura y los maxilares; en concreto, en el presente caso, el objetivo del tratamiento ortodóntico era “corregir oclusión y alineamiento dental” por existir diagnóstico de “distoclusión clase 2, molar bilateral, inclinación incisivos superiores”.



En este sentido, se ha dicho de modo autorizado que “se excluye la excusa del error; lo que es coherente con las limitaciones a la excusa de la diligencia, de tal manera que sólo cabría alegar y probar el caso fortuito o fuerza mayor. En otras palabras, se invierte el peso de la prueba., con el efecto de que la negligencia se tenga, *prima facie*, por acreditada, es excepcional, porque supone el riesgo de desconocer la naturaleza meramente instrumental de los deberes médicos de cuidado” (E. Barros, Tratado de responsabilidad extracontractual, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 2006, p. 679).

En todo caso, si se estima que el tratamiento ortodóntico en cuanto a corregir la oclusión y alineamiento dental es una obligación de medios, lo cual obliga al dentista a conducirse con prudencia o bien a emplear los medios adecuados y necesarios al fin propuesto, esto es, a corregir la oclusión dental y alineamiento. Así, si se incumple alguna de las obligaciones del contrato y causa daño, en principio, ese incumplimiento ha de reputarse culpable (art. 1547, inciso 3º, CC). Esto significa que la demandante sólo debe acreditar la obligación cuya fuente ha sido el contrato, y, por otro lado, corresponderá, en este caso, al demandado, deudor, si quiere eximirse de responsabilidad, probar caso fortuito o fuerza mayor, o bien acreditar la ausencia de culpa en los términos de la citada disposición legal, es decir, que empleó en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales la diligencia o cuidado debidos atendida la naturaleza del contrato médico, para exonerarse de responsabilidad civil.

2.- La *ficha clínica* de la demandante está totalmente incompleta, insuficiente y deficiente como lo afirma el informe pericial.

3.- En cuanto al daño causado, el informe pericial da cuenta que al inicio del tratamiento ortodóntico (19 de enero de 2015), las piezas dentales 1.3, 1.1 y 2.1 estaban completamente sanas (corona y raíces), pero luego de dos años y seis meses (18 de julio de 2017), al final del tratamiento, estos dientes estaban gravemente enfermos por presentar reabsorción radicular apical externa por ortodoncia (RRAEO), severa e irreversible, su longitud radicular disminuyó por efecto de aplicación de fuerzas excesivas y prolongadas por el profesional tratante. Y aún así el demandado no solicitó ninguna radiografía a la demandante para verificar el avance de la reabsorción indicada que



podría haber iniciado tratamientos de los dientes afectados con el objeto de evitar un gran daño, como la instalación de una férula o discusión para estabilizar en un largo plazo, como revela el informe pericial. Se añade a la gran pérdida de estructura del ápice radicular que compromete su resistencia indispensable para la función masticatoria eficiente de la paciente con gran deterioro y daño en su dentadura de manera irreversible, lo cual también afecta a la estética.

TRIGÉSIMO: En efecto, del análisis a la prueba aportada por demandante, en especial el informe pericial practicado, el que en su parte conclusiva viene en dar cuenta lo siguiente: “Después de dos años seis meses de tratamiento ortodontico. Se da por finalizada la parte activa del tratamiento.

Su resultado se evidencia en las imágenes y en el informe radiológico desarrollado (22 de septiembre del 2017) por la doctora Claudia Carmi, radióloga maxilo-facial, quien diagnostica en las piezas dentales 1.1 (8), 2.1 (9) y 1.3 (6) “una Reabsorción Radicular Apical Externa por Ortodoncia de tipo avanzada (severa) RREAO, como producto del tratamiento ortodontico desarrollado por el tratante por el señor Marco Merino. Esto significa que hay una gran pérdida de estructura del ápice radicular lo que compromete irreversiblemente su resistencia, que depende directamente de su longitud que es indispensable durante la función masticatoria de la paciente. La función masticatoria de los incisivos centrales superiores es cortar, del canino superior es desgarrar los alimentos. La pérdida de resistencia de los incisivos centrales superiores y caninos superiores origina una movilidad patológica por lo que estas piezas no pueden contactarse u ocluir con los incisivos centrales inferiores y canino inferior. Lo que produce una incapacidad permanente para utilizar durante la masticación su dentadura completa, se utilizan seis dientes superiores (Caninos superiores derecho e izquierdo, incisivos centrales y laterales superiores) y sus antagonistas que son los inferiores (total doce dientes). Esto origina una pérdida en su eficiencia masticatoria considerable producto del tratamiento ortodontico planificado, desarrollado por el profesional tratante Marco Merino, ocasionando un daño innecesario y evitable. Para la paciente, esta atención ortodoncicas resulto una experiencia desagradable, indolente y traumática



con un gran deterioro y daño en su dentadura de manera irreversible que también le afecta a su estética”.

Situación ratificada por las declaraciones contestes vertidas por los testigos don Díaz Cárdenas y doña Estay Navarrete, conforme fuera transcrito en la motivación vigésima primera de ésta sentencia, los que se dan por reproducidos en esta motivación, y que en la especie, permiten concluir con certeza en orden a que una vez realizado el tratamiento ortodóncico por parte del demandado, la actora, presentó un cuadro médico dental conocido como Reabsorción Radicular Apical Externa por Ortodoncia de tipo avanzada severa.

TRIGÉSIMO PRIMERO: Que dicho lo anterior, y siendo carga procesal del demandado el acreditar que empleó la debida diligencia y prudencia ante el cuadro anteriormente descrito, así como en el proceder a efectuar el tratamiento realizado, las probanzas aparejadas al efecto, resultan insuficientes para tener por acreditada dicha circunstancias, toda vez que la instrumental en cuestión no atinge a éste asunto debatido, mientras que los testigos que depusieron, solo sustentan sus dichos en bases a los hechos narrados por el propio doctor Marco Andrés Merino Gerlach.

TRIGÉSIMO SEGUNDO: En lo que respecta al deber de información, del inciso primero del artículo 10 de la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, establece:

“Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional”.

A su turno, el artículo 2° del Decreto Supremo N° 31, de 2012, del Ministerio de Salud, reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud preceptúa, en lo que interesa, lo siguiente:



“La información señalada en el artículo anterior (que reproduce el art. 10 de la Ley N° 20.584), debe entregarse por regla general en forma verbal y se proporcionará en términos claros para la capacidad de comprensión del paciente considerando su edad y el entendimiento que demuestre de las materias técnicas involucradas. No obstante, podrá acompañarse de documentos escritos en que conste lo explicado, agregando, o no, mayores antecedentes, destinados a dejar constancia de la recepción de la información. Sin perjuicio de lo anterior, la información señalada debe constar por escrito en caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado y dejarse constancia de la misma y del hecho de su entrega en la ficha clínica”.

TRIGÉSIMO TERCERO: Que conforme lo asentado en las consideraciones anteriores ha sido deber del demandado acreditar el *onus probandi* del cumplimiento de la citada obligación, al afecto, la documental aportada por éste, y que fuera individualizada en la motivación vigésima cuarta de este fallo, no resulta suficiente para tener por acreditado, por sí mismo, que, efectivamente, se dio a la paciente la información que exige la norma antes transcrita; es decir, en el sentido de entregar una explicación comprensible y suficiente para la paciente de modo que pudiera adoptar una decisión razonada, exenta de tecnicismos propios de la profesión médica, explicándole claramente las alternativas de tratamiento disponibles y, especialmente, de los riesgos involucrados en ellos, atendida su condición dental preexistente, y que podría, una vez finalizado, causarle la Reabsorción Radicular Externa Apical severa, como efectivamente aconteció.

Así relacionando la prueba testifical aportada, ésta tampoco cumple con el estándar probatorio necesario para poder dar por acreditado el cumplimiento de dicho deber por cuanto ninguno de los testigos depuso en cuanto al hecho controvertido, en análisis.

Por otra parte, se añade de manera secundaria, la infracción al deber de información, tal como se da cuenta en el informe pericial, por parte del demandado.



TRIGÉSIMO CUARTO: Que de lo antes establecido no cabe sino concluir que el demandado de autos no probó haber cumplido con las obligaciones que les imponían el respectivo contrato de prestaciones médicas celebrados con la actora, esto es, no acreditó que obró con diligencia o cuidado (como el que debe emplear un buen padre de familia), tanto porque practicó un tratamiento ortodóncico sin atender la condición dental preexistente de la actora, y que podría derivar, como sucedió, en la tantas veces mencionada consecuencia de la Reabsorción Radicular Externa Apical severa; cuanto porque tampoco probó el haber informado a ésta que podía producirse dicha consecuencia atendida, la ya mencionada circunstancia preexistente, ni que le hayan planteado la posibilidad, frente a ello, de tratamientos alternativos.

Así las cosas, la conducta culposa, en cuestión, está vinculada causalmente con el resultado producido, puesto que éste habría sido previsible y, por tanto, evitable si se hubiere actuado con la debida prudencia o diligencia, y no negligentemente, como en la especie aconteció.

EN CUANTO A LA EXCEPCIÓN DE CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR

TRIGÉSIMO QUINTO: Se rechazará, en definitiva, la excepción perentoria de caso fortuito o fuerza mayor.

El artículo 45 del Código Civil entiende por tal “el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los actos de autoridad ejercidos por el funcionario público, etc.”. A su turno, el inciso 2º del artículo 1547 del Código Civil establece que “el deudor no es responsable del caso fortuito, a menos que se haya constituido en mora o que haya sobrevenido por su culpa”.

A partir de estas disposiciones legales se erige la noción de fuerza mayor, ésta debe ser *irresistible e imprevisible*, además no debe ser imputable al deudor; es decir, que no tenga su origen en la conducta del deudor (ausencia de culpa). El hecho imprevisto es ajeno a la voluntad del obligado por virtud de un acontecimiento extraordinario y que no le es imputable. El hecho debe ser irresistible o inevitable en sí mismo; es decir, que ni el agente ni ninguna otra persona colocada en las mismas circunstancias de tiempo y lugar, habrían podido precaverlo o resistirlo. Así, con la



conurrencia cumulativa de ambos requisitos o condiciones que exige la configuración de la fuerza mayor permitiría darla por establecida como eximente de responsabilidad y medio de defensa del deudor contractual.

En el contexto de la responsabilidad profesional médica, o equivalentes a dicha profesión, como lo es la de los cirujanos dentistas, el artículo 41 de la Ley 19.996, establece un régimen de garantías en salud, dispone:

“No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos”.

En otras palabras, se pone de manifiesto la noción de riesgo necesario y la obligación de previsibilidad y de evitabilidad conforme a las circunstancias de tiempo y lugar, y del estado de la ciencia, a la sazón.

Pues bien, de acuerdo con el inciso 1º del artículo 1698 del Código Civil la prueba del caso fortuito o fuerza mayor le corresponde *al que lo alega* como hecho extintivo de la responsabilidad.

En definitiva, la excepción perentoria de caso fortuito o fuerza mayor será rechazada puesto que ha quedado establecido en el proceso que el demandado no actuó según la *lex artis*, es decir, obró con culpa al incumplir el deber de diligencia exigida y debida, lo cual excluye, de suyo, la existencia de un caso fortuito desde que el hecho, además, no era imprevisible, ni irresistible, extremos que no han sido acreditados, en modo alguno, por la parte demandada.

El demandado no acreditó haber actuado con la *diligencia o cuidado debidos*, de acuerdo con la *lex artis*, a que se encontraba obligado (arts. 1547, inc. 3º, y 1698 CC). Quien se exculpa debe acreditar que ese incumplimiento no le es imputable (al respecto, véase rol Corte Suprema N°5849-09), y, como se dijo, el demandado no lo hizo, con independencia de que la obligación o la diligencia esperada a que se encontraba obligado sea calificada “de medios” o “de resultado”.

Se ha entendido, por lo demás, como se dijo con antelación, que la disposición legal citada (art. 1547, inc. 3º, CC) contiene una presunción general de culpa del deudor aplicable frente a todo incumplimiento. Así lo afirma la mayoría de la autorizada doctrina nacional. Y el demandado no



acreditó que haya cumplido con la diligencia debida, ni que no hubiera podido cumplir con su obligación correlativa por un hecho irresistible o imprevisible. La culpa del deudor excluye la fuerza mayor cuando ésta es causada por aquélla, como aconteció en el presente caso.

PETICIÓN DE APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 2330 CC

TRIGÉSIMO SEXTO: El artículo 2330 del Código Civil establece: “La apreciación del daño está sujeta a reducción, si el que lo ha sufrido se expuso a él imprudentemente”.

Este artículo supone el presupuesto de la existencia de una pluralidad de culpas y unidad de daño. Como dice Alessandri, “si las culpas producen daños diversos, cada cual responderá de lo que efectivamente haya causado” (*Responsabilidad extracontractual en el derecho civil chileno*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 2005, p. 353).

En el presente caso, en el marco de la responsabilidad contractual, el demandado invoca la disposición legal citada establecida por el legislador en la regulación de la responsabilidad extracontractual (arts. 2314 y ss. CC) lo cual plantea la interrogante de si es, o no, aplicable a la primera, considerando que la responsabilidad contractual supone un incumplimiento contractual; mas no la segunda.

Pues bien, el demandado alegó que la demandante se expuso imprudentemente al riesgo de daño por cuanto habría abandonado el tratamiento dental, exponiéndose imprudentemente al riesgo de daño (*ex art. 2330 CC*).

Con todo, ello no es admisible, dado que, como se ha dejado establecido, con precedencia, la infracción del deber de diligencia o cuidado es atribuible o imputable, única y exclusivamente, en nexo causal con el resultado dañoso producido, al actuar del demandado en relación con la diligencia exigida y debida en el tratamiento ortodóntico contratado por la demandante, como se revela de manera suficiente en las conclusiones del informe pericial de un tratamiento llevado a cabo entre el 19 de enero de 2015 y el 18 de julio de 2017, es decir, que demoró *dos años y seis meses*.

Así, por ejemplo, debió haber *suspendido* el tratamiento de forma inmediata apenas detectó la existencia del daño radicular apical en los incisivos centrales de la dentadura de la demandante por un lapso de dos a



seis meses, daño irreversible, como señala el informe pericial; y, no lo hizo, ignorando el avance de la enfermedad radicular apical, sin aplicar las medidas de prevención de daños y enfermedades dentales; por tanto, era evitable si se hubieran adoptado las medidas oportunas al respecto, habida consideración que en el tratamiento de ortodoncia no se apegó, ni se adecuó a la *lex artis* en la etapa inicial, durante su desarrollo y término de la misma, como concluye el peritaje en el numeral VI, relativo a las conclusiones.

Sólo la infracción del deber de cuidado del demandado ha sido la causa directa y necesaria del daño producido a la demandante, de modo que el daño no pudo producirse sin el hecho culposo o negligente del demandado. La causalidad se produjo entre dichos extremos. No tuvo en ello ninguna incidencia la conducta de la demandante. No hay culpa o exposición imprudente de la víctima al daño. Por lo demás, al detectarse el daño radicular apical por el demandado, éste debió suspender el tratamiento llevado a cabo hasta entonces, de inmediato, y no se hizo, lo cual, en definitiva, produjo el daño en la dentadura de la actora de manera irreversible, tanto en lo funcional como en lo estético. Daño evitable y previsible si se hubiera actuado, a la sazón, conforme a la *lex artis*.

En suma, la producción del daño es imputable en su integridad a la conducta culposa del demandado, y, por consiguiente, no cabe la compensación de culpas. El resultado nocivo obedece exclusivamente, en el plano causal, a la culpa del autor del hecho: el demandado, por consiguiente, éste debe asumir la responsabilidad en la reparación total y completa del daño. No hay culpa en ello de la víctima como concausa con ocasión de una eventual “imprudencia” por no asistir a controles, que no fue demostrada de manera suficiente, ni tampoco la necesaria causalidad en el daño producido. Así, por ejemplo, la testigo de oídas doña Verónica Guzmán Uribe, ortodoncista, indicó que la actora abandonó el tratamiento y que no asistió a controles; pero ello lo sabe por dichos del demandado, y tampoco precisa las fechas en que ello habría sucedido. En el mismo sentido, declaró Gabriel Mario Fonseca, cirujano dentista, como testigo de oídas, es decir, sobre la base de lo que le dijo el demandado, en términos muy generales y no de manera circunstanciada. En suma, los dos testigos se



corresponden con testimonios *de oídas*, esto es, de testigos que relatan hechos que no han percibido por sus propios sentidos y que sólo conocen por el dicho del demandado. Por consiguiente, al no estar avalados por otros instrumentos o pruebas fehacientes se les negará todo valor probatorio.

EN CUANTO AL *QUANTUM* DE LOS DAÑOS

TRIGÉSIMO SÉPTIMO: Que, en habida consideración al daño causado a la demandante, éste debe ser necesariamente indemnizado, ello con apego a las normas que sobre el particular establece el Título XII del Libro Cuarto del Código Civil, que reglan el efecto de las obligaciones, esto es, por o haber dado cumplimiento a la obligación los demandados, o, a lo menos, por haberse incumplido imperfectamente.

TRIGÉSIMO OCTAVO: Que, en primer término, la demandante reclama por concepto de daño emergente la suma de \$1.500.000 con ocasión de los gastos incurridos con motivo de las consultas médicas y demás intervenciones, que, finalmente, confirmaron el diagnóstico de “RRE severa”, sumados a las intervención y tratamientos a las que se ha sometido la paciente a fin de restaurar su salud mental o psicológica.

TRIGÉSIMO NOVENO: Corresponde a la demandante acreditar la efectividad de sus afirmaciones. Si bien existe abundante prueba documental acompañada al proceso que da cuenta de la realización de una serie de exámenes y consultas médicas efectuadas por la demandante en orden a sobrellevar la afección ocasionada, únicamente se aportó el comprobante de pago de fecha 18 de julio de 2017 que permite establecer, efectivamente, detrimento patrimonial efectivo. Por ello, en definitiva, sólo se accederá por concepto de daño emergente a la suma de \$55.000 (cincuenta y cinco mil pesos), toda vez que ese es el importe que consigna el desembolso realizado y acreditado por la parte demandante.

CUADRAGÉSIMO: En cuanto al *daño moral* causado por la infracción contractual imputable al demandado y el daño producido a la actora a raíz del diagnóstico de *reabsorción radicular externa apical severa* (RREA), anudado a los tratamientos a que debió someterse para restaurar su salud mental o psicológica, como se acreditó en el proceso con toda la prueba documental, pericial y testimonial, y no desvirtuada por prueba en contrario.



En efecto, el testimonio consignado con precedencia de la psicóloga doña Paula Domínguez Hidalgo, y en concordancia con él, resulta significativo, a modo de resumen, el certificado emitido por ella, de fecha 21 de noviembre de 2018, que, en lo que interesa, señala: “La paciente consultó en enero de 2018 por fuerte sintomatología asociada a tratamiento de ortodoncia, que generó un efecto adverso, por la posible pérdida de algunas piezas dentarias (incisivos superiores) en el corto a mediano plazo.

Lo anterior generó en la paciente un *Stress Postraumático Severo, con sintomatología depresiva*, que la incapacitó durante los primeros meses del presente año para continuar con su vida normal. La principal sintomatología se constituyó por alteraciones del sueño, temor constante y estado de alerta, desánimo, temor a recibir golpes en el área facial. El cuadro descrito requirió apoyo farmacológico, indicado por psiquiatra tratante.

La paciente presenta juicio de realidad conservado, con una capacidad intelectual que se aprecia en un nivel medio a medio alto, con una estructura neurotípica de personalidad, es decir, con adecuada aproximación a la realidad con ciertos rasgos en la línea de la autoexigencia, perfeccionismo, tendencia a mantener la estructura, con una historia familiar que estimuló los valores de la responsabilidad y la ética”.

A lo anterior, se adiciona los dichos del testigo don Andrés Díaz Cárdenas, quién manifestó: “El daño que físico que conoce es el de los dientes y es permanente, el daño psicológico, moral social, el hecho que tenga temor a transitar libremente por las calles”. Repreguntado el testigo, acerca de que, si a raíz de las lesiones sufridas por la demandante, ésta ha debido incurrir en gastos, éste responde: “Si, como el psiquiatra y psicólogo, ha tenido que viajar por algunas horas para su consulta. Cambio su estilo de vida en lo que come, ha perdido ofertas laborales por qué no quiere dejar su casa. No estoy al tanto, pero el sé que el año pasado gasto como \$300.000. Trescientos mil pesos en un par de sesiones de Psiquiatra o Psicólogo, más los gastos de locomoción viajes”.

Por último, se ha de tener en cuenta toda la prueba documental aportada en concordancia con la declaración de la *psiquiatra* tratante de la demandante. Nos referimos América Paz Estay Navarrete la cual puso de



manifiesto en autos los síntomas y signos psicológicos y postraumático evaluados por ella respecto de la demandante, ratificando el cuadro clínico evaluado por ella: *sintomatología ansiosa depresiva que constituye un cuadro fóbico como consecuencia de la ansiedad provocada ante la posibilidad de la pérdida de piezas dentarias, limitando su accionar en diversas áreas de su vida, como dejar de hacer ejercicios, salir acompañada a la calle, dificultad para subirse a vehículos, debido al temor de sufrir una caída en la cual pueda golpear su dentadura y perder definitivamente estas piezas dentarias que se habrían debilitado producto del tratamiento dental.* En suma, formuló los siguientes diagnósticos: *“trastorno fóbico, trastorno ansioso depresivo, trastorno por estrés postraumático”* y, como consecuencia ello, los siguientes tratamientos: *“medicamentos antidepresivos, medicamentos sedantes y psicoterapia. Cabe agregar que en su evolución fue necesario subir las dosis de ambos tipos de medicamentos por no ser suficientes las dosis mínimas para aliviar el cuadro”*.

CUADRAGÉSIMO PRIMERO: De la prueba antes analizada, se puede dar por acreditada la existencia del daño moral cuyo *quantum* se apreciará prudencialmente en la suma de \$25.000.000 (veinticinco millones de pesos).

CUADRAGÉSIMO SEGUNDO: Que, en el caso presente, la acción interpuesta como principal, y que será estimada, es por *responsabilidad contractual*. Por ello, se omitirá pronunciamiento en cuanto a la acción subsidiaria de lo principal del folio número 1, ello en cuanto a la aplicación de las normas relativas a la responsabilidad extracontractual, así como en lo que respecta a la demanda subsidiaria del primer otrosí del folio antes señalado.

CUADRAGÉSIMO TERCERO: Que en nada altera a las conclusiones a que se arribó con precedencia, las demás pruebas aportadas en la presente causa.

Por estas consideraciones y de acuerdo, además, con lo dispuesto en los artículos 44, 1437, 1438, 1439, 1445, 1545, 1546, 1547, 1556, 1559, 1560, 1698, 1702 y 1712 del Código Civil; artículos 140, 144, 346, 358 384 y 426 del Código de Procedimiento Civil; y artículos 4º, 10º y 11 de la Ley N°



20.580, Decreto Supremo núm. 31, de 2012, del Ministerio de Salud, y artículo 10 de la Ley 20.584, se DECLARA:

1°. Que **SE RECHAZAN** las tachas deducida por el demandado en la audiencia de fecha 4 de septiembre de 2019 en contra de la testigo doña Claudia de la Carmi Wehbi, así como la tacha opuesta en la audiencia de 24 de mayo de 2019 en contra del testigo don Claudio Enrique Véliz Aravena, así como las tachas deducidas en contra de los testigos doña América Paz Estay Navarrete, doña Paula Andrea Domínguez Hidalgo y don Andrés Antonio Díaz Cárdenas.

2°. Que se **RECHAZA** la tacha opuesta por la parte demandante en contra del testigo presentado por la parte demandada doña Andrea Verónica Guzmán Uribe.

3°. Que se **RECHAZAN** las objeciones documentales planteadas por la parte demandada el 17 de junio de 2019, folio número 2 del cuaderno de objeción de documentos (número 3); el 25 de junio de 2019, folio número 2 del cuaderno de objeción de documentos (número 4); y, el 25 de junio de 2019, folio número 2 del cuaderno de objeción de documentos (número 5).

4°. Que **SE RECHAZA** la excepción perentoria de *caso fortuito o fuerza mayor*, así como la alegación o excepción subsidiaria fundada en la aplicación del artículo 2330 del Código Civil, si cabe, para reducir los perjuicios, dado que la actora no se expuso imprudentemente al daño.

5°. Que **SE ACOGE** la demanda de indemnización de perjuicios interpuesta en lo principal del folio número 1, por doña Damaris Eunive Macías Flores en contra del demandado don Marco Andrés Merino Gerlach; y, en consecuencia, se le condena a pagar las siguientes cantidades:

A) La suma de \$55.000 (cincuenta y cinco mil pesos), por concepto de *daño emergente*; y

B) La suma de \$25.000.000 (veinticinco millones de pesos) por concepto de *daño moral*.

Las sumas anteriores deben reajustarse y devengar el interés corriente para operaciones reajustables desde la fecha en que la sentencia quede ejecutoriada hasta su total pago.

6°. **SE OMITIRÁ PRONUNCIAMIENTO** respecto de la *demandada indemnizatoria subsidiaria* extracontractual dirigida en contra de



la sociedad de servicios médicos y odontológicos Merino y Zapata limitada por ser incompatible con lo resuelto precedentemente.

7º. Que se condena al demandado al pago de las costas por haber resultado totalmente vencido.

Regístrese y notifíquese por cédula.

Rol C-1.582-2018.

Dictada por don **Edinson Lara Aguayo**, Juez Titular; autoriza doña Cecilia Matamala Kröell, Secretaria Subrogante.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 162 del Código de Procedimiento Civil, se incluyó en el estado diario la sentencia precedente. Valdivia, a nueve de junio del año dos mil veintiuno.

