



**CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE
AMPARO DEL TOCA CIVIL: y sus
relacionados y .**

RECURRENTE: *

MAGISTRADO: BENJAMÍN SOTO SÁNCHEZ.

SECRETARIA: SOFÍA REGALADO ESPINOSA.

**Ciudad de México, a veinticuatro de julio de
dos mil diecisiete.** El magistrado del Segundo
Tribunal Unitario en Materias Civil y Administrativa del
Primer Circuito, emite la siguiente:

S E N T E N C I A

Vistos, para resolver los autos del **toca civil
y sus relacionados y** ,
en cumplimiento a la ejecutoria de ocho de junio de
dos mil diecisiete, emitida por el Quinto Tribunal
Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, en el
juicio de amparo directo **D.C.** ; y

R E S U L T A N D O:

PRIMERO **Presentación de los recursos.** Por
escrito presentado el catorce de octubre de dos mil
dieciséis, en la Oficina de Correspondencia Común de
los Juzgados de Distrito en Materia Civil en la Ciudad
de México, recibido el diecisiete siguiente en el
Juzgado Décimo de la materia y territorio antes

mencionados, *, por conducto de su apoderado *, interpuso recurso de apelación en contra de la **sentencia definitiva de veintiséis de septiembre de dos mil dieciséis, dictada en el juicio ordinario mercantil** , promovido por el citado recurrente en contra de **

Asimismo, mediante ocursos exhibidos el veintiuno y veintinueve de julio de dos mil catorce, en la Oficialía de Partes del juzgado de origen, el citado apelante interpuso **apelaciones preventivas**, en contra de los **autos emitidos el dieciséis y veintidós de julio de dos mil catorce**, en el juicio natural.

SEGUNDO. Trámite de los recursos por el juez. Los recursos de apelación preventivos fueron admitidos en **efecto devolutivo** y tramitados por el juez de primer grado, y la apelación contra la sentencia definitiva fue admitida en **ambos efectos**. Respecto de todos ellos, en proveído de dieciocho de octubre de dos mil dieciséis, el juzgador ordenó dar vista a la contraria, para que hiciera las manifestaciones que a su derecho conviniera; asimismo, el *a quo* determinó remitir al superior el expediente del juicio de origen y demás constancias, para la sustanciación y resolución de los medios impugnativos de mérito.



TERCERO. Trámite de los recursos por el tribunal de alzada. Por razón de turno, correspondió conocer de tales medios de impugnación a este Segundo Tribunal Unitario en Materias Civil y Administrativa del Primer Circuito. Así, por autos de quince de diciembre del año pasado, los recursos de apelación en cita se registraron en el libro de gobierno, con los números de toca , y ; y se ordenó la integración de los mismos, lo cual se hizo saber a las partes.

Por otro lado, en proveído de veintiocho de diciembre de dos mil dieciséis, se tuvieron por formulados en tiempo y forma los agravios expresados por el apelante y por contestados esos motivos de inconformidad por su contraria; se impuso a las partes del derecho que les asiste para oponerse a la inclusión de sus datos personales en la publicación de la resolución que se emita en el presente toca; y, finalmente, se citó a las partes para oír sentencia, la cual se dicta al tenor de los siguientes:

CUARTO. Sentencia de apelación. El veintitrés de marzo de dos mil diecisiete, este Segundo Tribunal Unitario en Materias Civil y Administrativa del Primer Circuito, resolvió los recursos de apelación de que se trata, al tenor de los siguientes resolutivos:

(...)
RESUELVE:

PRIMERO. Se confirman los autos de dieciséis y veintidós de julio de dos mil catorce, dictados por el Juez Décimo de Distrito en Materia Civil en la Ciudad de México, dentro del juicio ordinario mercantil , promovido por **, contra **

SEGUNDO. Se confirma la sentencia definitiva de veintiséis de septiembre de dos mil dieciséis, dictada en el juicio ordinario mercantil antes referido.

TERCERO. Se condena al apelante al pago de las costas causadas en ambas instancias.

Notifíquese a las partes como proceda conforme a la ley (...)

QUINTO. Juicio de amparo directo. Inconforme con la resolución referida en el resultando anterior, la parte actora *a través de su representante*, promovió juicio de amparo directo; del cual conoció el Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, quien radicó el asunto con el número de expediente D.C. y pronunció ejecutoria el ocho de junio de dos mil diecisiete, en la que resolvió conceder la protección constitucional al citado quejoso respecto del acto reclamado de este tribunal de apelación, para los efectos siguientes:

“1) Deje insubsistente la sentencia reclamada, por su analizada inconstitucionalidad.

2) Siga los lineamientos establecidos en esta ejecutoria, dicte una nueva resolución en la que determine que la demandada no acreditó la excepción de prescripción, hecho lo cual, analice el material probatorio aportado por las partes y



CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

resuelva conforme a derecho si procede o no la acción ejercitada por el actor.

[...]”

CONSIDERANDOS

PRIMERO. Competencia. Este órgano jurisdiccional es competente para conocer y resolver el presente recurso de apelación, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, fracción II, en relación con el 53, ambos de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación; 1338, 1339, 1341, 1345 y demás relativos del Código de Comercio; toda vez que las resoluciones recurridas se tratan de autos y de una sentencia definitiva, dictados dentro de un juicio ordinario mercantil, por un Juez de Distrito en Materia Civil en la Ciudad de México, territorio en el que esta alzada ejerce jurisdicción.

SEGUNDO. Ejecutoria de amparo. La sentencia emitida en el amparo directo D.C., se fundó en las siguientes consideraciones:

“(…)

CONSIDERANDO:

(…)

SEXTO. Antes de abordar el estudio de los conceptos de violación, es importante dejar asentados algunos de los antecedentes del acto reclamado.

1. *, por conducto de sus representantes legales *, demandó en la vía ordinaria mercantil, de *, las prestaciones consistentes en: a) El pago de la

cantidad que resulte de multiplicar 145,765.5757 por el valor que tenga la Unidad de Inversión (UDIS) a la fecha de pago del seguro; b) Los intereses moratorios sobre la cantidad demandada; c) La condena al cumplimiento de las indicadas prestaciones; y d) Los gastos y costas (fojas 4 a 10 del expediente natural).

2. La enjuiciada dio contestación a la demanda instaurada en su contra, negando la procedencia de las prestaciones reclamadas y opuso entre otras excepciones la de prescripción de la acción (fojas 71 a 113 del citado expediente).

3. Seguido el procedimiento en su curso legal, el juez natural emitió la sentencia de primera instancia en la que determinó que era improcedente la acción ejercitada por el actor, al haber justificado la enjuiciada su excepción de prescripción (fojas 966 a 975 vuelta del expediente de origen).

4. Inconforme el enjuiciante con el citado fallo, interpuso en su contra recurso de apelación, del que tocó conocer al tribunal unitario responsable, el que decidió confirmar la sentencia recurrida, al sostener lo siguiente:

I. Son infundados los agravios de apelación expresados por el actor.

II. El enjuiciante señaló que sufrió un accidente automovilístico el veinticinco de enero de dos mil diez, que le provocó alteraciones cognitivas, de comportamiento y anímicas, que le impiden laborar y llevar una vida normal; haciendo del conocimiento a la aseguradora dicho siniestro, reclamándole el pago del seguro por concepto de cobertura de invalidez total permanente.

III. La aseguradora no pagó el seguro reclamado, por lo que el asegurado el quince de marzo de dos mil once, presentó formal reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, dependencia que ante la falta de conciliación de las partes, el veinte de junio de dicha anualidad, dejó a



salvo sus derechos.

IV. El plazo de dos años para la prescripción, previsto en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, comenzó a partir del veintiuno de junio de dos mil once, inmediato posterior a que la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, dejó a salvo los derechos de las partes (porque la aseguradora negó el pago, al estimar que el asegurado no acreditó que su padecimiento se hubiera ocasionado con motivo del accidente), feneciendo el plazo el veinte de junio de dos mil trece; y que por eso, al presentar el enjuiciante su demanda hasta el quince de enero de dos mil catorce, la acción se encontraba prescrita.

V. Resultó fundado pero inoperante el agravio, porque el juez de origen al pronunciarse sobre la excepción de prescripción, no valoró las pruebas supervenientes que ofreció la actora a efecto de interrumpir la prescripción, consistentes en la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, la de veinte de abril y de dieciséis de junio ambas de dos mil quince, mismas que fueron admitidas por auto de veinticuatro de junio de esta última anualidad.

VI. El plazo de dos años para la prescripción de la acción de reclamación de pago de seguro, comenzó el veintiuno de junio de dos mil once y terminó el veinte de junio de dos mil trece; precisando que se interrumpe en las hipótesis siguientes: a) Las causas ordinarias; b) El nombramiento de los peritos con motivo del siniestro; y C) si se trata de la acción de pago de prima, por el requerimiento a que se refiere la ley de la materia.

VII. En cuanto a las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, el artículo 1041 del Código de Comercio, señala los supuestos consistentes en: 1) La demanda; 2) Cualquier otro género de interpelación judicial hecha al deudor; 3) El reconocimiento de las obligaciones; y 4) La renovación de documento en que el acreedor funde

su derecho.

VIII. El asunto podría encuadrar en la hipótesis marcada en el inciso 2), pero para que una interpelación sea considerada como tal, es necesario que el requerimiento sea hecho al deudor para cumplir con una obligación, y que tenga conocimiento del mismo.

IX. De conformidad con la fecha de las pruebas supervenientes, sólo una de ellas es apta para interrumpir la prescripción de la acción, esto es, la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, y no las otras dos, al quedar éstas fuera del plazo de prescripción.

X. En torno a la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, se advierte que el actor la dirigió a la demandada, por conducto de la sucursal bancaria *, con domicilio en **; la cual contiene un requerimiento de pago del seguro base, misma que fue recibida el diecisiete de enero de dos mil trece, en la indicada sucursal del banco, según se aprecia del sello de recepción.

XI. Dicha carta fue presentada ante una sucursal del banco **, pero no directamente ante la aseguradora demandada, pese a que en el contrato base de la acción dentro de las cláusulas generales, se dispuso expresamente el domicilio en el que podría formularse cualquier reclamación o notificación, indicado en la carátula de la póliza (relacionada con el contrato base) a la referida institución de seguros.

XI. En la carátula de la póliza se observa que * indicó como su domicilio para recibir todo tipo de reclamación, el ubicado en **; el cual no corresponde a donde el actor pretendió requerirle de pago, mediante la carta de diecisiete de enero de dos mil trece; y que por eso, la aseguradora demandada no tuvo conocimiento de dicha carta, y menos del requerimiento efectuado.

XII. El requerimiento de pago, del enjuiciante no se hizo en forma directa a la



CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

aseguradora, al efectuarlo en un domicilio diverso, por lo que la enjuiciada no conoció oportunamente el contenido de la carta de diecisiete de enero de dos mil trece y por ende, la documental en cuestión no era apta para demostrar la interrupción de la prescripción de la acción, misma que transcurrió del veintiuno de junio de dos mil once y feneció el veinte de junio de dos mil trece.

XIII. La referida carta se dirigió a seguros **, la cual fue entregada por conducto del banco **, quien la recibió, sin embargo, aun cuando forman parte de un mismo grupo financiero, lo cierto es que ello no implica que la aseguradora haya tenido conocimiento del contenido de ese documento, pues dichas personas morales son distintas, al conservar cada una su propia personalidad jurídica y objeto social, para hacer frente a sus obligaciones.

XIV. No hay constancia de que la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, haya sido presentada ante la unidad especializada de la institución financiera, a la que pertenece la enjuiciada seguros *, o bien de que se le hubiese enviado o recibido con posterioridad, por lo que no se interrumpió la prescripción, en términos del artículo 50 Bis de la Ley de Protección al Usuario de Servicios Financieros.

XV. Eran inoperantes los agravios relativos a las grabaciones de llamadas telefónicas realizadas entre el actor y la aseguradora, porque dicha probanza fue desechada en el juicio natural, por auto de treinta de junio de dos mil catorce, determinación que quedó firme por falta de impugnación.

XVI. Para los efectos de interrumpir la prescripción de la acción ejercitada por la actora, fueron irrelevantes los exámenes y evaluaciones médicas que el actor se practicó motu proprio, dado que de acuerdo con lo establecido en el artículo 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la prescripción se interrumpe con el nombramiento de peritos hecho por las partes, pero con el sometimiento voluntario del enjuiciante a consulta médica, al no tratarse de una designación de

peritos.

XVII. La reclamación presentada el veinte de junio de dos mil trece, ante la CONDUSEF, no era apta para interrumpir la prescripción, en virtud de que no se trató de una reclamación de pago, sino de la solicitud de entrega de la póliza.

XVIII. Condenó a la apelante a pagar las costas generadas en ambas instancias con fundamento en el artículo 1084, fracción IV, del Código de Comercio.

5. Al no estar conforme el enjuiciante con dicho fallo, promovió en su contra el presente juicio de amparo directo.

Una vez precisado lo anterior, se procede al estudio de los conceptos de violación expresados por el quejoso principal, en los que habrá de determinarse si con la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, se interrumpió la prescripción de la acción que ejercitó.

En los conceptos de violación primero y segundo, el peticionario alega lo siguiente:

- El tribunal unitario indebidamente estimó que la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, no interrumpió la prescripción, porque no fue presentada en forma directa al domicilio de la aseguradora que se pactó, ni acreditó que ésta hubiese tenido conocimiento de su contenido; siendo que con dicho proceder dejó de tomar en cuenta que el banco al recibir la reclamación de pago del seguro, actuó como agente de seguros (intermediario) de seguros * y que por eso, era permisible hacer comunicados a la aseguradora por ese conducto.

- De acuerdo con lo establecido en el artículo 46, fracción XXVII, de la Ley de Instituciones de Crédito y el numeral 23 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (abrogada), los bancos al intervenir en la contratación de seguros se consideran agentes



CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

de seguros, al intercambiar propuestas y aceptaciones.

- La institución bancaria *, al ofrecer el servicio de contratación de la póliza de seguros **, actuó como agente de seguros, lo cual se puede apreciar en su página web, que tiene el contenido siguiente:

“Puedes cotizar y contratar tu seguro de auto * aquí o acudir a alguna de nuestras sucursales *, para localizar la más cercana o llama al 01 800 832 7696 o 5269 5344, si lo deseas revisa las Condiciones Generales aquí”.

“Acude a tu sucursal más cercana y solicita seguro de vida ** básico o integral con tu ejecutivo de cuenta.”

Además, en la página web de la aseguradora demandada aparecen los requisitos para contratar el seguro, al señalar que la documentación se debe presentar en la ventanilla de clientes de cualquier sucursal *.

- En la sucursal bancaria **, ** el actor presentó la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, ya que la institución crediticia trabaja como intermediaria de la aseguradora, por lo que fue correcta la presentación de la reclamación por su conducto, al actuar como agente de seguros.

- La presentación de la reclamación de pago del seguro, por conducto del banco, aunque no haya llegado oportunamente a la aseguradora, no redundó en perjuicio del quejoso; porque los artículos 15 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y 42 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establecen que las omisiones del agente de seguros (intermediarios) para entregar la información relativa al siniestro, deben aplicarse en perjuicio de la aseguradora, lo cual ocurrió en el caso y que por eso, le son aplicables al asunto, las tesis que llevan los rubros: **“SEGUROS. LAS INSTITUCIONES RESPONDEN POR ACTOS DE PERSONAS A LAS QUE**

PERMITEN ACTUAR EN SU REPRESENTACIÓN”, “AGENTES DE SEGUROS. POR REGLA GENERAL TIENEN FACULTADES DE REPRESENTACIÓN” y “SEGUROS. SI EL INTERMEDIARIO DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGUROS OMITE EFECTUAR LOS ACTOS NECESARIOS PARA APLICAR LOS CARGOS CORRESPONDIENTES QUE CUBRAN EL PAGO DE LA PRIMA DE SEGURO, TAL OMISIÓN REDUNDA EN PERJUICIO DE LA ASEGURADORA”.

- Indebidamente el tribunal responsable le imputó la responsabilidad de no presentar la reclamación correctamente y de no haberla hecho del conocimiento de la aseguradora, a pesar de que esta última utilizó la intermediación de la institución bancaria.

- Dejó el tribunal de alzada de tomar en consideración lo dispuesto por el artículo 33 del Código Civil Federal, en el sentido de que la aseguradora utiliza las sucursales bancarias para celebrar sus contratos de seguro, de acuerdo con las páginas web y la fama pública, al ser del conocimiento general que las aseguradoras tienen su domicilio legal para el cumplimiento de sus obligaciones, en las sucursales de los bancos, de acuerdo con la tesis que lleva el rubro: **“SUCURSALES DE LAS SOCIEDADES MERCANTILES, DOMICILIO DE LAS”.**

- El tribunal ad quem indebidamente estimó que aun cuando en las condiciones generales del contrato de seguro, se estableció que toda comunicación a la aseguradora, debía realizarse en calle **, sería absurdo estimar que todos los comunicados a la aseguradora, se tenían que hacer en ese domicilio; siendo que el legislador estableció en los artículos 14 y 74 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que las comunicaciones relativas al siniestro pueden hacerse por conducto del agente de seguros, lo cual en el caso es permitido, ya que en el contrato base de la acción no se prohibió la notificación a la aseguradora por conducto de sus agentes de seguros, es decir, a



través de la sucursal bancaria y que por eso, se entiende que la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, fue presentada directamente a la aseguradora.

- A pesar de que la información proporcionada en la página web no formó parte de las pruebas ofrecidas, ni obra en autos, el tribunal responsable tenía la obligación de allegarse oficiosamente de dichas probanzas, por ser necesarias para descubrir la verdad, pero al no hacerlo desatendió la fama pública del asegurado, siendo aplicable al asunto, la tesis que lleva el rubro: **“FAMA PÚBLICA, COMO MEDIO DE PRUEBA”**.

Son sustancialmente fundados los mencionados motivos de disenso, por las razones que se verán a continuación.

Por una parte, el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y los numerales 1040 y 1041 del Código de Comercio, establecen:

“Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: - - - - -

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. - - - - -

II.- En dos años, en los demás casos. - - - - -

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen”.

“Artículo 1040.- En la prescripción mercantil negativa, los plazos comenzarán a contarse desde el día en que la acción pudo ser legalmente ejercitada en juicio”.

“Artículo 1041.- La prescripción se interrumpirá por la demanda u otro cualquier género de interpelación judicial hecha al deudor, por el reconocimiento de las obligaciones, o por la renovación del documento en que se funde el derecho del

acreedor. -----

Se considerará la prescripción como no interrumpida por la interpelación judicial, si el actor desistiese de ella o fuese desestimada su demanda”.

De dichos preceptos se colige que aun cuando el plazo prescriptivo comienza a computarse a partir del día siguiente al en que ocurrió el siniestro, su interrupción puede suscitarse por la demanda u otro cualquier género de interpelación judicial hecha a la aseguradora, por el reconocimiento de las obligaciones, o por la renovación del documento en que se funde el derecho.

Los artículos 65 y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, disponen:

“Artículo 65.- Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo. -----

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda”.

“Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento”.

De cuyos preceptos se entiende que la prescripción de las acciones que deriven de un contrato de seguro, se interrumpe con el escrito de



reclamación presentado ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros.

En la especie, de los autos del juicio natural se advierte que, el actor celebró contrato de seguro con número de póliza ** con *, en su carácter de aseguradora, con vigencia del veintisiete de febrero de dos mil nueve al veintisiete de febrero de dos mil diez, cuya cobertura cubría entre otras cuestiones, la invalidez total y permanente a causa del accidente.

Asimismo, en la referida póliza, en lo que interesa, se aprecia que las partes en el capítulo de cláusulas generales, en el rubro denominado “notificaciones”, estipularon lo siguiente:

“Notificaciones. Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato deberá hacerse a la compañía por escrito precisamente a su domicilio social, indicado en la carátula de la póliza. Las notificaciones por parte de la compañía se harán al último domicilio que conozca del asegurado”.

Debido al accidente automovilístico que le ocurrió al actor el veinticinco de enero de dos mil diez, acudió con los médicos ** y **, para la realización de diversos estudios, tratamientos y evaluaciones.

El quince de marzo de dos mil once, el enjuiciante presentó ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, la reclamación de pago del seguro en contra de *.

En el referido procedimiento ante la dependencia en comento, comparecieron las partes a deducir sus derechos, las cuales no llegaron a ningún arreglo, por lo que, el veinte de junio de dos mil once, la comisión dejó a salvo los derechos de los contendientes, para que los hicieran valer ante los tribunales competentes.

Mediante escrito presentado el catorce

de enero de dos mil quince, el asegurado demandó en la vía ordinaria mercantil de la aseguradora el pago del seguro.

En la contestación de demanda, la enjuiciada negó la procedencia de las prestaciones reclamadas, y entre otras excepciones, opuso la denominada **“EXCEPCIÓN PROCESAL DE PRESCRIPCIÓN EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 81 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO”**.

Mediante ocurso presentado el catorce de julio de dos mil catorce, el enjuiciante ofreció como pruebas supervenientes las consistes en las cartas de: 1) diecisiete de enero de dos mil trece; 2) veinte de abril de dos mil quince, y 3) dieciséis de junio de dos mil quince; admitidas por auto de veinticuatro de julio de dicho año (fojas 672 a 680 y 700 del expediente natural).

Al efecto por la importancia de las cartas mencionadas con los incisos 1) y 3), se escanea su contenido.

[Inserta imagen]

[Inserta imagen]

[Inserta imagen]

Ahora bien, la demandada por escrito con fecha de presentación de veintinueve de mayo de dos mil quince, interpuso recurso de apelación en contra del referido auto que admitió las documentales supervenientes; sin embargo, al no continuar con el trámite de dicho recurso, el indicado proveído quedó firme.

Conforme con lo anterior, para los efectos de la prescripción de la acción de pago del seguro, se tiene que el plazo de los dos años previstos en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si bien comenzó a partir del



veintiuno de junio de dos mil once, día inmediato posterior a que la Delegación de Nuevo León de la Comisión Nacional de Servicios Financieros determinó dejar a salvo los derechos del actor asegurado, para que los hiciera valer en la forma y términos que en derecho correspondieran, también lo es que, el enjuiciante mediante la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, presentada ante la institución bancaria *, ** y dirigida a la aseguradora demandada, acredita que reclamó el pago de la póliza de seguro, pues de su texto se advierte que manifestó: “(...) solicito el pago de la cobertura del siniestro”.

En ese mismo contexto, con la carta de dieciséis de junio de dos mil quince, el actor acreditó que la citada institución bancaria, reconoció que fungió como “canal de envío del cliente hacia la aseguradora” y que dicha petición de reclamo de pago a la aseguradora, la mandó por medio de la vía valija azul sin registro de etiqueta a la Dirección de Seguros Banamex (foja 657 del expediente de origen), asimismo, admitió que dicha constancia la emitía para que se respetara a **, la fecha de iniciación de trámite, y que fue solicitada por un supervisor de seguros *.

De este modo la demandada tuvo conocimiento de la reclamación de pago del seguro, por las razones que se exponen a continuación.

El artículo 23 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, vigente en la fecha en que ocurrió el siniestro, establece:

“Artículo 23. Para los efectos de esta ley, se considerarán agentes de seguros las personas físicas o morales que intervengan en la contratación de seguros mediante el intercambio de propuestas y aceptaciones, y en el asesoramiento para celebrarlos, para conservarlos o modificarlos, según la mejor conveniencia de los contratantes. (...)”.

Ahora bien, la reforma al artículo 1° constitucional en materia de derechos humanos,

publicada en el Diario Oficial de la Federación el diez de junio de dos mil once, impuso un cambio en el entendimiento del orden jurídico Mexicano respecto a los derechos humanos, aspecto que, entre otras cuestiones, incorporó criterios interpretativos como el principio pro persona.

Dicho precepto prevé que las autoridades están obligadas a interpretar las normas relativas a los derechos humanos de conformidad con la Constitución y los Tratados Internacionales de la materia, favoreciendo a las personas la protección más amplia.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha interpretado que el principio pro persona es un criterio hermenéutico por virtud del cual los operadores jurídicos, ante dos o más normas aplicables, deben atender aquella que otorgue mayor beneficio a la persona, o bien, ante una norma aplicable, elegir la interpretación más extensiva de la misma.

Los razonamientos anteriores, se encuentran contenidos en la tesis aislada 2ª. LVI/2015 de la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, visible en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Libro 20, julio de 2015, Tomo I, página 822, que establece:

“PRINCIPIO DE INTERPRETACIÓN MÁS FAVORABLE A LA PERSONA. PRESUPUESTOS PARA SU APLICACIÓN. Si bien es cierto que en términos del artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las autoridades deben interpretar las normas relativas a los derechos humanos de conformidad con el **principio** indicado, también lo es que dicha obligación se actualiza cuando el operador jurídico advierte que dos o **más** normas son aplicables al caso y debe elegir la que otorga la protección **más amplia** a la **persona**, o bien, cuando sólo existe una norma aplicable, pero que admite diversas interpretaciones que se traducen en mayor o menor protección a los

derechos fundamentales; lo que implica que no es necesario que exista un conflicto entre normas, ni que éstas sean de la misma naturaleza y finalidad para que sea aplicable el **principio de interpretación más favorable a la persona**. Ahora bien, en este supuesto, antes de hacer la **interpretación**, el juzgador debe determinar que efectivamente la o las normas en cuestión son aplicables al caso concreto, es decir, que el derecho reconocido se encuentre tutelado en diversas normas o que la que lo tutela admite distintas interpretaciones. En este tenor, la obligación de resolver conforme al **principio** en cuestión se traduce en la elección de la norma o la **interpretación más favorable** para la **persona**, de entre las que resulten aplicables al derecho reconocido, pero no de todo el universo normativo”.

De lo anterior se desprende que la aplicación del principio pro persona se actualiza, en términos generales en dos escenarios: 1) cuando el juzgador advierte que dos o más normas son aplicables al caso y debe elegir aquella que otorga la protección más amplia a la persona; y 2) cuando sólo existe una norma aplicable, pero ésta admite diversas interpretaciones que implican mayor o menor protección a los derechos.

Es decir, este principio no es aplicable en todos los supuestos, sino sólo en aquellos en que el órgano jurisdiccional advierta que se satisfacen las condiciones antes señaladas.

En el caso, el quejoso propone que en el presente asunto resulta aplicable por beneficiarlo el artículo 23 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, vigente en la fecha en que ocurrió el siniestro, en el sentido de que los bancos al aceptar información relacionada con el contrato del seguro, con su intervención se consideran agentes de seguros.

Al respecto, el precepto de referencia admite la interpretación señalada, al otorgar mayor

protección a la persona, en razón de que el aludido artículo 23, dispone que se consideran agentes de seguros las personas físicas o morales que intervengan en la contratación de seguros mediante el intercambio de propuestas y aceptación, y en el asesoramiento para celebrarlos, para conservarlos o modificarlos, según la mejor conveniencia de las partes.

Sin embargo, el precepto no precisa en qué consisten las propuestas y aceptaciones de la persona moral, que interviene para lograr la mejor conveniencia de las partes en un contrato de seguro.

De modo que, la interpretación más benéfica a los derechos de la persona, es en el sentido de que se presumen legalmente agentes de seguros, las personas morales que aceptan información relacionada con el contrato de seguro.

Por lo que la aseguradora demandada tuvo conocimiento oportunamente de la reclamación del pago de la póliza de seguro base la acción presentada por el actor, por conducto del banco, quien dada su intervención al actuar como canal de envío del cliente hacia la aseguradora, se presume legalmente actuó como agente de seguros, en términos del artículo 23 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, vigente en la fecha en que ocurrió el siniestro.

Ello es así, porque la actora con las mencionadas cartas de diecisiete de enero de dos mil trece y dieciséis de junio de dos mil quince, acreditó que hizo la reclamación del pago de la póliza de seguro, dentro del plazo de los dos años a que alude el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y por lo mismo interrumpió el plazo de la prescripción.

De ahí que, el tribunal unitario responsable actuó de manera incorrecta al estimar que las referidas cartas no eran idóneas para interrumpir la prescripción; y que en la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, no se reclamó



el pago del seguro, sino la entrega de documentación que se encontraba en poder de la aseguradora.

Sin que sea óbice el hecho de que en la carta aparezca el sello de recibido de la ubicada en la sucursal bancaria **, *, y que la reclamación se haya hecho en dicho domicilio; toda vez que, aun cuando en el capítulo de cláusulas generales de la póliza base de la acción las partes pactaron que en el rubro denominado: “notificaciones” que cualquier reclamación se haría a la compañía de seguros en el domicilio social, indicado en la carátula de la póliza; lo cierto es que, en la carátula respectiva no aparece el domicilio social en el que se deben efectuar las reclamaciones de pago correspondiente, el que se advierte en la parte inferior de la hoja es el domicilio ubicado en **, de esta Ciudad, más no especifica que sea el domicilio social de la persona moral aseguradora.

En ese contexto, resulta claro que el actor presentó su reclamación de pago de seguro, dentro del periodo de los dos años a que alude el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, con lo que se interrumpió el plazo de la prescripción en términos del artículo 1041 del Código de Comercio, y por lo mismo, no resultó procedente la excepción de prescripción.

Consecuentemente, al no haberlo estimado así el tribunal unitario responsable, es evidente que infringió en contra del quejoso los artículos 1º, 14 y 16 constitucionales, por lo que se debe conceder el amparo.

DETERMINACIÓN PARA LOS EFECTOS EN QUE SE CONCEDE EL AMPARO:

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 74, fracciones V y VI, así como 77, párrafo cuarto, de la Ley de Amparo, la protección constitucional que se otorga a **, por conducto de su apoderado **, es para el efecto de que el Segundo Tribunal Unitario en Materias Civil y Administrativa del Primer Circuito, actúe conforme a lo siguiente:

1. Deje insubsistente la sentencia reclamada, por su analizada inconstitucionalidad.

2. Siga los lineamientos establecidos en esta ejecutoria, dicte una nueva resolución en la que determine que la demandada no acreditó la excepción de prescripción, hecho lo cual, analice el material probatorio aportado por las partes y resuelva conforme a derecho si procede o no la acción ejercitada por el actor.

Dado el sentido del presente fallo, al concederse el amparo se hace extensiva la protección de la Justicia Federal a los actos de ejecución atribuidos al Juez Décimo de Distrito en Materia Civil en la Ciudad de México.

En lo particular, es aplicable la jurisprudencia 88, de la entonces Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, visible en la página 70, Tomo VI, del Apéndice al Semanario Judicial de la Federación 1917-2000, que establece:

"AUTORIDADES EJECUTORAS, ACTOS DE, NO RECLAMADOS POR VICIOS PROPIOS. Si la sentencia de amparo considera violatoria de garantías la resolución que ejecutan, igual declaración debe hacerse respecto de los actos de ejecución, si no se reclaman, especialmente, vicios de ésta".

SÉPTIMO. En cuanto al amparo adhesivo presentado por **, dicha quejosa señaló en su único concepto de violación lo siguiente:

- Fue correcto el proceder del tribunal responsable al estimar que el escrito de diecisiete de enero de dos mil trece, no era idóneo para interrumpir la prescripción, ya que fue presentado ante una sucursal del **, que es distinta de **, además de que la reclamación no fue presentada en el domicilio de la demandada, que de acuerdo con la cláusula contractual es el citado, en *, Código Postal 06000 de esta Ciudad.

Es infundado el mencionado motivo de



CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

inconformidad, en atención a lo resuelto en el amparo principal, al establecerse que la aseguradora tuvo conocimiento oportuno de la reclamación de pago de seguro, por medio de la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, dado que aun cuando fue presentada por el enjuiciante por conducto de la sucursal bancaria Banamex, denominada *, *, lo cierto es que dicha institución bancaria reconoció expresamente que fungió como canal de envío hacia la aseguradora, de acuerdo con la carta de dieciséis de junio de dos mil quince, por lo que en esas condiciones se presume actuó como agente de seguros, y por ende, la aseguradora conoció el reclamo por su conducto.

Ahora bien, no era óbice el hecho de que la reclamación de pago no se haya hecho en el domicilio que menciona la aseguradora, porque de las condiciones generales de la póliza y de la caratula respectiva, se observa que no se estableció el domicilio en el que debían presentarse las reclamaciones a la aseguradora.

De ahí que al haber acreditado el actor con las mencionadas cartas de diecisiete de enero de dos mil trece y dieciséis de junio de dos mil quince, que la reclamación del pago fue oportuna, es evidente que con ello se interrumpió la prescripción, y por ende, resulta claro que no era procedente la excepción de prescripción opuesta por la demandada.

Al resultar infundado el único concepto de violación, procede negar el amparo adhesivo.

Por lo expuesto y fundado, con apoyo además, en los artículos 74 a 76, 77, 170, fracción I, 182, 183 a 186 y 188 de la Ley de Amparo, se resuelve:

PRIMERO. La Justicia de la Unión **AMPARA Y PROTEGE** a *, por conducto de su apoderado *, contra los actos que reclamó del Segundo Tribunal Unitario en Materias Civil y Administrativa del Primer Circuito, y del Juez Décimo de Distrito en Materia Civil en la Ciudad de

México, consistentes en la sentencia definitiva dictada el veintitrés de marzo de dos mil diecisiete, en los tocas y sus relacionados y y, su ejecución, respectivamente. **El amparo se concede para los efectos precisados en la última parte del considerando sexto de esta ejecutoria.**

SEGUNDO. La Justicia de la Unión **NO AMPARA NI PROTEGE** a **, por conducto de su apoderado **, en el amparo adhesivo que promovió.

Notifíquese como corresponda [...].”

TERCERO. Insubsistencia de la primera sentencia de apelación. En términos de lo dispuesto por el artículo 192 de la Ley de Amparo, y en estricta observancia a los lineamientos de la ejecutoria de amparo dictada por el Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, en el juicio de amparo directo , este tribunal de apelación **reitera** que deja insubsistente la sentencia de veintitrés de marzo de dos mil diecisiete, pronunciada en el presente toca de apelación y sus relacionados, y procede a emitir una nueva siguiendo los lineamientos establecidos en la ejecutoria que se cumplimenta.

CUARTO. Sentencia apelada. La sentencia definitiva de **veintiséis de septiembre de dos mil dieciséis**, se fundó en los considerandos y resolutivos siguientes:

“(...)CONSIDERANDO:



PRIMERO. Este Juzgado es competente para conocer y resolver el presente juicio, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 104, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 48 y 53, fracción III, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, en relación con el punto cuarto, fracción VIII, del Acuerdo General 03/2013, del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, relativo a la determinación del número y límites territoriales de los Circuitos en que se divide el territorio de la República Mexicana; y al número, a la jurisdicción territorial y especialización por materia de los Tribunales Colegiados y Unitarios de Circuito y de los Juzgados de Distrito; aprobado por el Pleno del propio Consejo; así como en los artículos 1090, 1092, y 1094, fracciones I, y II, del Código de Comercio.

SEGUNDO. La vía ordinaria mercantil es procedente, habida cuenta que el juicio se siguió en términos del artículo 1377 del Código de Comercio, ya que se trata de una contienda para la cual no se tiene señalada una tramitación especial en las leyes mercantiles, y que el documento base de la acción es de los considerados por el artículo 75, fracción XVI, del Código de Comercio, como acto de comercio, dado que se reclama el cumplimiento de un contrato de seguro expedido por *, y no se surte la vía oral mercantil, porque el monto de la prestación principal excede la cantidad establecida en el artículo 1339 del Código de Comercio.

TERCERO. Ahora bien, corresponde al Juzgador, aun de oficio, estudiar que se tenga la titularidad del derecho controvertido, con objeto de acreditar que efectivamente existe una verdadera relación procesal entre las partes dada la legitimación activa y pasiva de quienes intervienen en el juicio, en razón de que sólo puede iniciar un procedimiento judicial o intervenir en él, quien tenga un interés en que la autoridad judicial declare o constituya un derecho o imponga una condena, y quien tenga el interés contrario; lo anterior, de conformidad con los artículos 1056 del Código de Comercio, y 1º del Código Federal de Procedimientos Civiles, de aplicación supletoria a la ley de la materia.

Sirve de apoyo a lo anterior la jurisprudencia VI.2o.C. J/206 sustentada por el Segundo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Sexto Circuito, visible en la página 1000 del tomo XIV, Julio de 2001, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, de rubro y texto siguientes:

“LEGITIMACIÓN, ESTUDIO OFICIOSO DE LA. La legitimación de las partes constituye un presupuesto procesal que puede estudiarse de oficio en cualquier fase del juicio, pues para que se pueda pronunciar sentencia en favor del actor, debe existir legitimación ad causam sobre el derecho sustancial, es decir, que se tenga la titularidad del derecho controvertido, a fin de que exista una verdadera relación procesal entre los interesados”.

Asimismo, resulta aplicable la jurisprudencia 1108, sustentada por el Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, visible en la página 1108 del Tomo V, Segunda Parte - TCC Primera Sección - Civil Subsección 2, del Apéndice al Semanario Judicial de la Federación, 1917-Septiembre 2011, Novena Época, de rubro y texto siguientes:

“LEGITIMACIÓN ACTIVA EN LA CAUSA. ES UNA CONDICIÓN NECESARIA PARA LA PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN Y SÓLO PUEDE ANALIZARSE DE OFICIO POR EL JUZGADOR AL MOMENTO DE DICTAR SENTENCIA. La legitimación activa en la causa no es un presupuesto procesal sino una condición para obtener sentencia favorable, esto es, se trata de una condición necesaria para la procedencia de la acción, y consiste en la identidad del actor con la persona a cuyo favor está la ley, por lo que el actor estará legitimado en la causa cuando ejercita un derecho que realmente le corresponde, de tal manera que la legitimación ad causam atañe al fondo de la cuestión litigiosa y, por ende, es evidente que sólo puede analizarse de oficio por el juzgador en el momento en que se pronuncie la sentencia definitiva y no antes.”

Por lo que la legitimación en la causa corresponde determinarla al juzgador con base en el material probatorio aportado al juicio.

Para ello, debe estimarse que la legitimación en la causa son las condiciones necesarias para el



acogimiento de la acción en la sentencia definitiva, las cuales pueden ser activa, es decir, del actor, lo que constituye el presupuesto para el acogimiento de la acción intentada, como pasiva, que es una condición necesaria para la procedencia de la acción.

Así, la legitimación activa en la causa es una condición que implica tener la titularidad del derecho que será cuestionado en el juicio y se produce cuando la acción es ejercida en juicio por quien tiene la titularidad de ese derecho, persona que estará legitimada en la causa cuando reclama un derecho que realmente le corresponda solicitar, que surgió directamente de un acto jurídico; dentro de esta legitimación se encuentra la activa, que consiste en la identidad de la parte actora con la persona a cuyo favor se encuentra la ley, por lo que el actor estará legitimado cuando pide un derecho que en realidad le corresponde, y la pasiva, que es la calidad de obligado que le atañe a la demandada.

Al efecto tiene aplicación directa la jurisprudencia 2a./J. 75/97, sustentada por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, visible en la página 351, del tomo VII, enero de 1998, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, de rubro y texto siguientes:

“LEGITIMACIÓN PROCESAL ACTIVA.

CONCEPTO. Por legitimación procesal activa se entiende la potestad legal para acudir al órgano jurisdiccional con la petición de que se inicie la tramitación del juicio o de una instancia. A esta legitimación se le conoce con el nombre de ad procesum y se produce cuando el derecho que se cuestionará en el juicio es ejercitado en el proceso por quien tiene aptitud para hacerlo valer, a diferencia de la legitimación ad causam que implica tener la titularidad de ese derecho cuestionado en el juicio. La legitimación en el proceso se produce cuando la acción es ejercitada en el juicio por aquel que tiene aptitud para hacer valer el derecho que se cuestionará, bien porque se ostente como titular de ese derecho o bien porque cuente con la representación legal de dicho titular. La legitimación ad procesum es requisito para la procedencia del juicio, mientras que la ad causam, lo es para que se pronuncie sentencia favorable”.

En el caso, el actor se encuentra debidamente legitimado, en virtud de los derechos y obligaciones que se contemplan en el contrato de seguro con número de póliza **, celebrado entre * en su carácter de aseguradora, y **, como asegurado; documental que al ser reconocida por las partes, de acuerdo a las manifestaciones que vierten en su escrito inicial y contestación, hace prueba plena en términos de lo dispuesto en el artículo 1296 del Código de Comercio.

Además, la relación contractual está de mostrada, de conformidad con lo establecido en el artículo 1° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que determina que por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, aun cuando éste haya sido causado por culpa del asegurado, según lo dispone el artículo 78 de la citada ley.

CUARTO. La litis en el presente asunto se centra en determinar si al actor le asiste la razón y el derecho para reclamar de **, el cumplimiento del contrato de seguro póliza **.

O bien, como lo sostiene la demandada, si en el caso operó la prescripción que establece el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debido a que el actor presentó su reclamación de pago ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, y el veinte de junio de dos mil once se dejaron a salvo los derechos de las partes, por lo que a la fecha de presentación de la demanda, transcurrieron más de dos años.

Lo anterior, aunado a que el actor, según afirma la enjuiciada, no acredita que tenga una invalidez total y permanente, conforme a los términos establecidos en las condiciones generales del seguro base de la acción, por lo que, de ser así, debe absolverse de su cumplimiento y pago correspondiente.

Fijada la litis en los términos que anteceden, se procede al estudio de la **excepción de prescripción** opuesta por la demandada, de conformidad con el artículo 1194 del Código de Comercio, que establece que el actor debe probar su acción y el reo sus excepciones.



Lo anterior, tomando en consideración que entre las excepciones opuestas se encuentra la de **sine actione agis**, la cual no es propiamente una excepción, ya que se trata de manifestaciones tendientes a arrojar a la parte actora la carga de la prueba y obligar al suscrito el estudio total de los elementos de la acción.

En apoyo a lo anterior, se invoca la jurisprudencia VI. 2o. J/203, sustentada por el entonces Segundo Tribunal del Sexto Circuito, visible en la página 62, de la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación 54, Junio de 1992, Octava Época, de rubro y texto siguientes:

“SINE ACTIONE AGIS. La defensa de carencia de acción o sine actione agis, no constituye propiamente hablando una excepción, pues la excepción es una defensa que hace valer el demandado, para retardar el curso de la acción o para destruirla, y la alegación de que el actor carece de acción, no entra dentro de esa división. Sine actione agis no es otra cosa que la simple negación del derecho ejercitado, cuyo efecto jurídico, solamente puede consistir en el que generalmente produce la negación de la demanda, o sea, el de arrojar la carga de la prueba al actor, y el de obligar al juez a examinar todos los elementos constitutivos de la acción”.

Ahora, se estudiará la **excepción de prescripción** que la demandada hace consistir en que transcurrieron más de dos años a partir de la fecha en que se dejaron a salvo los derechos de las partes (veinte de junio de dos mil once), con motivo de la reclamación presentada ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, hasta el momento de presentación de la demanda que dio origen a este asunto (quince de enero de dos mil catorce), en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En primer lugar, debe resaltarse que el fundamento de la prescripción de las acciones se encuentra en la presunción de abandono o renuncia del derecho que el acreedor podría hacer valer, requiriendo al deudor el cumplimiento de la

obligación debida; así, esta renuncia constituye entonces un modo de extinguir obligaciones mediante el transcurso de un plazo determinado por la ley, sin que se ejecute la acción que a uno compete contra otro.

Conforme a estas ideas, se puede comprender la acepción de la prescripción de las acciones, que implica que las obligaciones del deudor se extinguen por remisión de la deuda.

La prescripción de una acción opera bajo la presunción de ese abandono del derecho que el acreedor podría haber hecho valer en el lapso legal correspondiente, para exigir a su contraparte el pago de las prestaciones reclamadas, sin haberlo realizado en su momento. De ahí que pierda su derecho a hacerlo.

En materia de acciones derivadas de contratos de seguros, la normatividad aplicable es la Ley sobre el Contrato de Seguro, que dispone:

“Artículo 81. Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Igualmente, los artículos 82 y 84 del mismo ordenamiento legal señalan:

“Artículo 82. El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.”

“Artículo 84. Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley”.



CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

Por su parte, los artículos 1040y 1041 del Código de Comercio señalan:

"Artículo 1040. En la prescripción mercantil negativa, los plazos comenzarán a contarse desde el día en que la acción pudo ser legalmente ejercitada en juicio."

"Artículo 1041. La prescripción se interrumpirá por la demanda u otro cualquier género de interpelación judicial hecha al deudor, por el reconocimiento de las obligaciones, o por la renovación del documento en que se funde el derecho del acreedor.

Se considerará la prescripción como no interrumpida por la interpelación judicial si el actor desistiese de ella o fuese desestimada su demanda."

En tal sentido, resulta que aunque el plazo prescriptivo inició a computarse a partir del día siguiente al en que ocurrió el siniestro, su interrupción puede suscitarse por la demanda u otro cualquier género de interpelación judicial hecha a la aseguradora, por el reconocimiento de las obligaciones, o por la renovación del documento en que se funde el derecho.

Sirve de apoyo a lo anterior, la tesis I.4o.C.279 C sustentada por el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, visible en la página 2010, tomo XXXII, Septiembre de 2010, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, de rubro y texto siguientes:

"CONTRATO DE SEGURO. LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DEBE COMPUTARSE A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE SE ACTUALIZAN LOS ELEMENTOS DE LA PRETENSIÓN DEDUCIDA. El artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro prevé como punto de partida para el cómputo de los plazos de prescripción de todas las acciones derivadas de un contrato de seguro, la fecha del acontecimiento que les dio origen. Como se puede advertir, en primer lugar, el referido precepto dispone expresamente, como objeto de la prescripción, las acciones derivadas del contrato de seguro. Cualquiera que sea la teoría de la acción adoptada, para estimar que el actor está en aptitud de reclamar "lo que se le debe" (corriente

clásica) o bien, para solicitar al órgano del Estado que, en ejercicio de la función jurisdiccional, inicie un proceso donde, mediante una resolución definitiva, dirima el litigio planteado (corriente contemporánea) es necesario no sólo la existencia del supuesto normativo donde se prevea el derecho aducido en el juicio, sino además, es menester la actualización de ese supuesto. De otra manera no hay base para estimar que el demandado "debe" al actor alguna prestación (conforme a la corriente clásica) ni para determinar la existencia de un interés jurídico en accionar, por no existir una situación de hecho contraria a derecho, subsanable únicamente por la intervención del órgano jurisdiccional, a través de la providencia expedida al efecto por éste (conforme a la corriente actual). En segundo lugar, la Ley sobre el Contrato de Seguro no define qué debe entenderse por el "acontecimiento" que le da origen a la acción. El Diccionario de la Lengua Española define al acontecimiento, como "M. Hecho o suceso, especialmente cuando reviste cierta importancia". Al relacionar este concepto con el contrato de seguro se puede considerar que el "acontecimiento" podrá en algunas ocasiones coincidir con el "siniestro", esto es, con la realización del riesgo (eventualidad objeto del contrato) y ese siniestro será distinto dependiendo del tipo de seguro. Pero, además, en orden al tipo de acción admisible de ejercerse con fundamento en el contrato de seguro es evidente la posibilidad de supuestos, donde "el acontecimiento" no coincida con el siniestro; por consiguiente, en cada caso deberá de analizarse el tipo de acción ejercida. Ahora bien, como el hecho causante de la prescripción extintiva es la inercia durante cierto tiempo del titular del derecho, es evidente que no pueden extinguirse por prescripción los derechos cuya pertenencia al sujeto no dependan de su voluntad; por ende, la prescripción no empieza a correr respecto a derechos que no están todavía a disposición del titular, pues si no dependen de su voluntad, ésta (expresada a través de la impasibilidad y el no hacer) no puede dar origen a su pérdida. Sobre estas bases es dable concluir que el acontecimiento que da inicio al cómputo de la prescripción es aquel a partir del cual se surten los elementos del supuesto normativo de la pretensión

deducida; así por ejemplo, en la pretensión de pago de la suma asegurada en la cláusula tercera del seguro colectivo de retiro, póliza CR0001, el acontecimiento generador de la acción es la actualización de los requisitos pactados, a saber: a) la edad mínima de cincuenta y cinco años del servidor público; b) la baja definitiva en el servicio público, y c) el cumplimiento de quince o más años de servicio e igual tiempo de cotización al ISSSTE y/u organismo respectivo. Por consiguiente, los tres elementos deben coincidir a un mismo tiempo, para que el servidor público esté en aptitud de solicitar el pago de la suma asegurada, lo cual ha de acontecer desde que el trabajador es pensionado, porque en ese supuesto ya tiene como mínimo cincuenta y cinco años de edad, causó baja definitiva y tiene los años de servicio y cotización necesarios, tanto para pensionarse como para reclamar el pago de la suma asegurada en el contrato colectivo de retiro. Antes de satisfacer esos elementos no hay base sobre la cual el servidor público pueda exigir el derecho ni acudir al órgano jurisdiccional, en caso de que éste no le sea respetado y se haga indispensable el ejercicio de la acción o, en su caso, incurrir en inercia.”

Por su parte, los ordinales 65 y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros determinan:

“Artículo 65. Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.”

“Artículo 66. La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales

correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.”

De los citados preceptos legales, se concluye que la prescripción de las acciones que deriven de un contrato de seguro, se interrumpe con el escrito de reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros.

En el caso, ** celebró contrato de seguro con número de póliza * con *** en su carácter de aseguradora, con vigencia del veintisiete de febrero de dos mil nueve al veintisiete de febrero de dos mil diez, cuya cobertura cubría, entre otras eventualidades, la invalidez total y permanente a causa de accidente.

Debido al accidente automovilístico que sufrió el actor el veinticinco de enero de dos mil diez, acudió con los médicos *, para la realización de diversos estudios, tratamientos y evaluaciones.

El quince de marzo de dos mil once, * presentó ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, formal reclamación en contra de *

Seguido que fue el procedimiento correspondiente, en el que todas las partes comparecieron a deducir sus derechos, **el veinte de junio de dos mil once** se dejaron a salvo los derechos de las partes, para que los hicieran valer ante los tribunales competentes.

Todo lo anterior se advierte del cúmulo de probanzas exhibidas por las partes, las cuales gozan de valor probatorio pleno, en términos de los artículos 1241 y 1296 del Código de Comercio, así como de las manifestaciones vertidas por las partes en los escritos de demanda y contestación.

Por su parte, ** presentó su demanda el quince de enero de dos mil catorce ante la Oficina de Correspondencia Común de los Juzgados de Distrito en Materia Civil en el entonces Distrito Federal.

Así, conforme al artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el plazo de prescripción del contrato de seguro base de la acción concluyó el **veinte de junio de dos mil trece**, esto es, dos años a



partir de que se dejaron a salvo los derechos de las partes en el procedimiento tramitado ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros, para que los hicieran valer ante las autoridades competentes.

Es así, pues si bien desde el veinticinco de enero de dos mil diez, cuando * sufrió el accidente automovilístico, acudió a una serie de consultas médicas para su recuperación y tratamiento con diversos especialistas para valoración, diagnóstico y tratamiento de su estado de salud; lo cierto es que el lapso para la prescripción se interrumpió el quince de marzo de dos mil once, con la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros.

Es aplicable a lo anterior, la tesis I.9o.C.149 C, sustentada por el Noveno Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, visible en la página 1388, del tomo XXVIII, Septiembre de 2008, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, de rubro y texto siguientes:

“PRESCRIPCIÓN. TÉRMINO DURANTE EL CUAL SE INTERRUMPE. LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS. El artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros establece que la reclamación presentada ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros que reúna los requisitos establecidos en esa legislación, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento. De lo anterior se desprende que el lapso durante el cual se interrumpe el término para la prescripción previsto en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe computarse hasta la conclusión de ese procedimiento, por lo que será hasta que se notifique a las partes de lo resuelto en el mismo cuando comience a correr nuevamente el término previsto por el artículo 81 de la citada legislación para la prescripción de las acciones que se deriven de un contrato de seguro.” Tal interrupción duró hasta la conclusión del

procedimiento referido, es decir, cuando se dejaron a salvo los derechos de las partes para que los hicieran valer ante los tribunales competentes.

Ahora, si el **veinte de junio de dos mil once** concluyó el procedimiento ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, y la demanda se presentó el **quince de enero de dos mil catorce**, es claro que transcurrió en exceso el plazo de dos años que establece el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, para que la acción que se ejerce en este asunto se considere prescrita.

No es óbice a lo anterior, que el veinte de junio de dos mil trece el actor haya presentado ante la señalada institución, el escrito mediante el cual solicitó a la demandada la entrega de la carátula de la póliza base de la acción y los documentos integrados con motivo del siniestro, dado que no se trata de un requerimiento del pago respectivo o algún otro tipo de interpelación para el cumplimiento del contrato, sino que es tendente a la recopilación de documentos; por lo que esa actuación no es idónea para la interrupción del plazo citado.

De ahí que sea procedente la excepción de prescripción opuesta por **, y deba absolversele de todas las prestaciones reclamadas en este asunto, siguiendo las accesorias la suerte de la principal.

Finalmente, es innecesario estudiar las demás defensas, así como la acción, debido a que el resultado final será idéntico a la conclusión adoptada, pues se acreditó la excepción de prescripción.

Sirve de apoyo a lo anterior, la tesis de la extinta Tercera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, visible en página 71, del Volumen CXII, Cuarta Parte, del Semanario Judicial de la Federación, Sexta Época, de rubro y texto siguientes:

“EXCEPCIONES, ESTUDIO DE LAS. Si una sola excepción basta para absolver, es innecesario estudiar las demás defensas, si el resultado final será el mismo, o sea, absolver.”

QUINTO. Una vez examinadas las constancias que obran en el expediente del juicio ordinario mercantil, no se advierte que alguna de las partes haya procedido con temeridad o mala fe; de manera



CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

que no ha lugar a realizar la condena en costas con base en ese supuesto.

En consecuencia, procede examinar si alguna de las partes se colocó en otro de los supuestos concretos establecidos en las fracciones de la I a la V del artículo 1084 del Código de Comercio, en las que se establecen los casos en los que siempre se hará la condena en costas.

No se surte la hipótesis de la condena en costas prevista por la fracción I, porque la actora rindió pruebas para justificar su acción y la demandada no opuso excepciones.

Tampoco el supuesto contemplado en la fracción II, porque no existe dato o elemento alguno en estos autos, de que las partes hayan presentado instrumentos o documentos falsos, testigos falsos o sobornados; de ahí que no ha lugar a realizar la condena en costas con apoyo en el referido supuesto.

No opera la hipótesis de condena en costas establecida en la fracción III, porque no se trata de un juicio ejecutivo mercantil, sino que se tramitó en la vía ordinaria.

No se actualiza el supuesto de la fracción IV, toda vez que como ahora se dicta la sentencia definitiva en un juicio ordinario mercantil, no se está en el caso de que alguna de las partes haya sido condenada por dos sentencias conformes de toda conformidad en su parte resolutive; de manera que no procede realizar la condena en costas con base en el supuesto mencionado.

Finalmente, tampoco ha lugar a condenar en costas a las partes con apoyo en la fracción V del artículo 1084 del Código de Comercio, ya que conforme a las constancias que integran este expediente y a lo sostenido en el considerando cuarto de esta propia sentencia, las partes no hicieron valer acciones improcedentes, ni interpusieron recursos o incidentes de ese tipo, ni opusieron excepciones procesales inoperantes.

Por lo expuesto y fundado, con apoyo demás, en los numerales 1321, 1322, 1324, 1325, y 1327 del Código de Comercio, se:

RESUELVE:

PRIMERO. *Ha sido procedente la vía ordinaria mercantil, en la que **, demandó a **, y la demandada justificó su excepción de prescripción.*

SEGUNDO. *Se absuelve a **, de todas y cada una de las prestaciones reclamadas.*

TERCERO. *No se hace especial condena en costas.*

Notifíquese personalmente a las partes.(...)"

QUINTO. Agravios relativos a las apelaciones preventivas (tocas civiles). No se transcriben los autos apelados de manera preventiva, ni los motivos de inconformidad expuestos en los sendos escritos de agravios, en virtud de que no existe disposición legal expresa que obligue a este órgano jurisdiccional a ese respecto.

Apoya lo anterior, la tesis¹¹ de la literalidad siguiente:

AGRAVIOS. LA FALTA DE TRANSCRIPCIÓN DE LOS MISMOS EN LA SENTENCIA, NO CONSTITUYE VIOLACIÓN DE GARANTÍAS. *El hecho de que la sala responsable no haya transcrito los agravios que el quejoso hizo valer en apelación, ello no implica en manera alguna que tal circunstancia sea violatoria de garantías, ya que no existe disposición alguna en el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal que obligue a la sala a transcribir o sintetizar los agravios expuestos por la parte apelante, y el artículo 81 de éste solamente exige que las sentencias sean claras, precisas y congruentes con las demandas, contestaciones, y*

¹¹ Octava Época, Registro: 214290, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Tipo de Tesis: Aislada, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Tomo XII, Noviembre de 1993, Materia(s): Civil, Página: 288.



con las demás pretensiones deducidas en el juicio, condenando o absolviendo al demandado, así como decidiendo todos los puntos litigiosos sujetos a debate.

Asimismo, en el presente toca y sus relacionados obran los ocursos de expresión de agravios de que se trata, y en el expediente de origen se encuentran glosados los autos apelados preventivamente; de modo que, las partes y quien aquí resuelve se encuentran en aptitud de imponerse fácilmente de su contenido.

Además, se estima innecesaria la reproducción de tales planteamientos de agravio, en razón que no serán materia de estudio, conforme a lo que se expondrá en el considerando que sigue.

SEXTO. Pronunciamiento respecto a los recursos de apelación preventiva (tocas civiles).

A través de las referidas apelaciones preventivas, el recurrente pretende controvertir dos proveídos dictados en el procedimiento de origen: los autos de dieciséis y veintidós, ambos de julio de dos mil catorce.

En el primero de ellos, el A quo tuvo a ** aceptando y protestando el cargo de perito en materia

de neuropsicología, designada por la parte demandada; mientras que en el segundo, el juzgador tuvo a **, aceptando y protestando el carácter de perito en materia de neurología, igualmente conferido por la enjuiciada.

En esencia, el recurrente aduce que esas determinaciones del Juez son ilegales, en tanto que las citadas personas a las que se tuvo como peritos de la demandada, no acreditaron contar con la experticia en las materias para las cuales fueron nombradas como especialistas, en los términos que disponen los artículos 1252 y 1253, fracción III, del Código de Comercio.

Sin embargo, de la lectura tanto del escrito de expresión de agravios referente al recurso de apelación interpuesto en contra de la sentencia definitiva, como de los diversos recursos relativos a las apelaciones preventivas de que se trata, se advierte que el apelante no satisfizo su carga procesal de exponer en qué trascendería al resultado del fallo la reparación de las violaciones procesales planteadas en esos recursos preventivos, de conformidad con lo establecido en el artículo 1344¹², tercer párrafo, del Código de Comercio; dicha omisión imputable al recurrente, en principio, sería suficiente para

¹² Artículo 1344. (...)

Si se trata del vencido o de aquella parte que no obtuvo todo lo que pidió, con independencia de los agravios que se expresen en la apelación de tramitación conjunta con la sentencia definitiva, deberá expresar en los agravios en contra de la sentencia que resolvió el Juicio de qué manera trascendería al fondo del asunto el resarcimiento de la violación a subsanar.
(...)



desestimar por inoperantes¹³ los respectivos motivos de disenso.

No obstante, no es el caso pronunciarse en ese sentido, tomando en consideración que aun cuando tal carga procesal estuviere satisfecha, esas posibles violaciones intraprocesales alegadas por el impugnante no repercutirían en su perjuicio, en virtud de que este tribunal al abordar el análisis de los agravios encaminados a controvertir la sentencia de primera instancia, y en cumplimiento a la ejecutoria de amparo que se acata, procederá a reasumir jurisdicción para pronunciarse en torno a la acción intentada, y en cuyo estudio se sostendrá que se encuentran acreditados los elementos justificativos de su ejercicio por parte del actor.

Por consiguiente, procede **confirmar los autos de dieciséis y veintidós de julio, ambos de dos mil catorce.**

SÉPTIMO. Agravios relativos a la apelación contra la sentencia definitiva (toca civil).

**** formuló los siguientes motivos de inconformidad:**

“(…) AGRAVIOS

PRIMERO.- La sentencia de marras conculca los derechos de mi mandante, YA QUE

¹³ Calificativa que sobrevendría en atención a la jurisprudencia 1a./J. 39/2015 (10a.), de rubro: “AGRAVIOS EN LA APELACIÓN PREVENTIVA EN MATERIA MERCANTIL. SON INOPERANTES CUANDO EL RECURRENTE OMITE EXPRESAR EN ELLOS DE QUÉ FORMA TRASCENDERÍA AL FONDO DEL ASUNTO EL RESARCIMIENTO DE LA VIOLACIÓN PROCESAL IMPUGNADA.”

OMITIÓ ESTUDIAR LAS PRUEBAS DOCUMENTALES SUPERVENIENTES OFRECIDAS Y ADMITIDAS EN JUICIO.

En efecto por auto de fecha **24 de julio de 2015**, el Juez admitió a trámite los siguientes documentos:

1. Carta de fecha 17 de enero de 2013, suscrita por *.
2. Carta de fecha 20 de abril de 2015, suscrita por *.
3. Carta de fecha 16 de junio de 2015, suscrita por ** y *, Gerente y Administrador Interno de la Institución Financiera **.

Asimismo, en relación al Instrumento marcado con el número 3, el A quo ordenó el reconocimiento judicial de las firmas estampadas por las personas ahí mencionadas y del cual por las razones expuestas en autos, sólo fue posible llevar a cabo el reconocimiento de la firma del gerente *.

Bajo esa tesitura, de conformidad con el ordinal 50 bis fracción V de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, las gestiones que realicen los asegurados ante la unidad especializada de la compañía demandada, constituyen una interrupción del plazo prescriptivo.

“Artículo 50 Bis.- (lo transcribe)”.

De ahí, que de la lectura de la carta de fecha 17 de enero de 2013, se aprecia que mi poderdante *** requirió a la aseguradora la valoración y pago de su siniestro, mismo que al no recibir respuesta, reiteró su petición por carta de fecha **20 de abril de 2015**; instrumentos que cabe mencionar contienen sello de la institución canalizadora quien envió la documentación a la aseguradora.

Asimismo, para corroborar lo anterior se exhibió carta de fecha **16 de junio de 2015**, en la cual el gerente y la administradora interna manifestaron lo siguiente:



“... en dicho acto nosotros (** *) fungimos como canal de envío del cliente hacia la aseguradora.

Por lo que al consultar con él área de Soporte de Operación (USO), se le informó al Administrador Interno se realizara el envío del documento en valija azul sin registro de etiqueta a la dirección de Seguros **.

Para dar seguimiento a éste envío de escrito el cliente acudió a la sucursal a las 3 semanas a confirmar dicho envío y nos comunicamos a Seguros dónde indicaban no haber recibido nada y solicitándole iniciar todo el trámite como si fuera la primera vez, implicándole al cliente los gastos de los documentos requeridos...”

Y como puede observarse de lo anterior, mi mandante luego de presentar a reclamación en CONDUSEF, llevó a cabo comunicación de requerimiento de pago y envió de información a la aseguradora por conducto de la Institución Bancaria, ya que ellos pedían demostrar la continuidad del padecimiento (Lo que se prueba de constancias de autos) Y ESA PRUEBA NO FUE VALORADA POR EL A QUO, SIENDO QUE LA MISMA ES FUNDAMENTAL PARA ACREDITAR LA INTERRUPCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN AL HABERSE REALIZADO UNA GESTIÓN DEL ASEGURADO ANTE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. Apoya todo lo anterior el criterio emitido por (cita datos de ubicación)

“PRESCRIPCIÓN EN MATERIA DE SEGUROS. LA INTERRUMPEN LAS GESTIONES QUE REALICEN DIRECTAMENTE LOS ASEGURADOS ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA”.

Por tal razón, es válido a firmar que el Juez Décimo de Distrito en Materia Civil en la Ciudad de México, le causa un agravio al señor *, pues no estudió todas las pruebas ofrecidas en juicio, en especial las documentales mencionadas y que sirven para acreditar la interrupción de la prescripción por requerimiento y gestión hecha a la aseguradora sobre el pago del siniestro.

SEGUNDO.- También se conculcan los derechos de mi mandante, pues de las pruebas ofrecidas, en especial la reclamación de CONDUSEF de fecha **15 de marzo de 2011** y de la carta de fecha **17 de enero de 2013**, se aprecia que para que pueda operar la prescripción negativa, ERA NECESARIO QUE LA OBLIGACIÓN PUDIERA SER EXIGIBLE YA QUE LA ASEGURADORA IMPUSO UN PLAZO DE CONTINUIDAD DE LA INVÁLIDEZ EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO.

En efecto con fecha **06 de abril de 2011**, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), la Licenciada *, apoderada de esta empresa aseguradora, le manifestó a mi poderdante (lo que inclusive es el motivo de su rechazo conforme se aprecia del informe rendido por la misma en CONDUSEF) que para estar en posibilidades de cobrar su seguro, se establecía que en las **CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO** para que sea procedente el siniestro ellos imponen un lapso mínimo de espera, para corroborar la continuidad de mi enfermedad y que esta no se curara (en mi caso) de un plazo de **DOS AÑOS**, de acuerdo a lo siguiente:

“...La Compañía conviene en pagar al Asegurado la Suma Asegurada contratada para este beneficio en una sola exhibición, si queda invalidado total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, siempre y cuando dicha invalidez haya SIDO CONTINUA POR UN LAPSO MENOR DEL PERIODO DE ESPERA estipulado en la carátula de la póliza o en su defecto de 6 meses y se cumplan las condiciones establecidas en la póliza.”

Siendo inconcuso que no puede operar la prescripción, ya que si tenemos en cuenta que de las Condiciones Generales se aprecia que para el pago del siniestro deben transcurrir seis meses (A mi cliente le dijeron que era 2 años) para cerciorarse de la enfermedad previo al pago, es indudable que no podía ejercitarse ninguna acción hasta en tanto de su tratamiento y evaluación de

su enfermedad no se demostrara que no existe una mejoría, **pues la cláusula en cuestión constituye un tiempo de espera de cercioramiento para que la obligación sea exigible y con ello correr la prescripción.** Sirve de sustento el artículo 1159 del Código Civil Federal de aplicación supletoria a la materia.

— **“Artículo 1159.- (lo transcribe)”.**

Bajo esa óptica, no debe perderse de vista por el A quem que en las Condiciones Generales que exhibe la aseguradora, se aprecia que para ser procedente el siniestro ellos imponen un lapso mínimo de espera y de que la enfermedad sea continua, por lo que luego de dejarse pasar el tiempo dado a mi mandante de mandarse los estudios a la aseguradora y demás gestiones, no puede operar la prescripción a favor de la aseguradora, cuando es ella quien impone lapsos de espera y además se demostró que se realizó la gestión requerida con las pruebas documentales supervenientes citadas en el primer agravio.

TERCERO.- De igual forma la sentencia causa un agravio a mi poderdante, ya que el A quo dejó de analizar que la prescripción fue interrumpida en diversas ocasiones por la intervención de peritos.

Es decir si atendemos al artículo 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que dice:

“Artículo 84.- (lo transcribe)”.

De ahí, que es incuestionable que el hecho de haber nombrado al neurólogo *y a la Neuropsicóloga *, para que determinaran el estado de salud del actor, como se aprecia de los diversos documentos que se exhibieron en fechas que van desde el año 2010 al 2013 como pruebas del juicio, permite sostener que existe una interrupción de la prescripción por la intervención de peritos, ya que es a través de sus exámenes, análisis y estudios sobre su persona, que se iba a poder acreditar a la aseguradora la enfermedad y con ello la incapacidad que sufrió el señor *.

Eso sin olvidar que esos dictámenes fueron enviados a la aseguradora por carta de fecha **17 de enero de 2013**.

Y de esa manera, la sentencia de marras transgrede los derechos de mi poderdante al no atender a ésta cuestión legal, consistente en que la prescripción se interrumpe con el nombramiento de peritos (Del médico y la Neuropsicóloga), pues el hecho de estudiar y evaluar a través de peritos la existencia de la enfermedad y su tratamiento.

Por ende, el hecho de que el actor haya llevado un tratamiento hasta la fecha que permita determinar el daño sufrido, hace inconcuso que cada examen y evaluación constituye un documento que interrumpe la prescripción y no opere a favor de la aseguradora.

CUARTO.- También la resolución le causa un agravio y un perjuicio al señor *, ya que la prescripción extintiva, también denominada negativa o liberatoria es, a su vez, un modo de extinguir los derechos y acciones a consecuencia del paso de un tiempo predeterminado en la ley sin que el titular de esos derechos y acciones los haya ejercido.

Esta prescripción, se dice, no extingue la obligación, toda vez que cuando opera convierte en natural la obligación.

Señalado lo anterior, se puede afirmar que la prescripción es una institución por la cual el transcurso del tiempo libera de obligaciones a la aseguradora, siempre y cuando exista una inactividad del asegurado. Por lo que para que sea procedente la excepción de prescripción debe atenderse a si hubo una inactividad del demandante y revisar que haya transcurrido el tiempo determinado por la ley, y bajo esos supuestos, podemos afirmar lo siguiente.

De conformidad con el ordinal 50 bis fracción V de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, las gestiones que realicen los asegurados ante la unidad especializada de la compañía demandada, constituyen una interrupción del plazo prescriptivo.

**“Artículo 50 Bis.- (lo transcribe)”.**

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Ahora, esa clase de interrupción ya quedó demostrada en el primer agravio con la mención de las pruebas supervenientes ofrecidas y no valoradas.

Por lo que al presentarse cualquier solicitud ante la aseguradora, ya sea de forma verbal, telefónica, por mail o por escrito, podemos asegurar que existe interrupción de la prescripción pues la ley no establece cual medio debe ser el necesario para presentar la reclamación.

ESO SÍN OLVIDAR, QUE MI MANDANTE DESDE LA PRESENTACIÓN DE LA DEMANDA INICIAL, INFORMO AL JUZGADO Y LE SOLICITO QUE ORDENARÁ A LA ASEGURADORA LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS QUE COMPROBABAN ESTE HECHO Y ÉL MLSMO SE ABSTUVO DE HACERLO ARGUMENTANDO QUE NO ERAN TRANSCENDENTES AL JUICIO. SIENDO QUE AL DICTAR SU SENTENCIA DEFINITIVA, RESULTÓ NECESARIA ESTA PROBANZA YA QUE FAVORECIÓ A LA DEMANDADA AL NO EXIGIRLE LAS GRABACIONES QUE DEMOSTRARÍAN LA INTERRUPCIÓN DE UN SIN NÚMERO DE VECES, DE LA PRESCRIPCIÓN YA QUE EL ACTOR REALIZÓ DIVERSAS LLAMADAS A LA ASEGURADORA PIDIENDO EL PAGO E INFORMANDO QUE NO HABÍA EVOLUCIÓN POSITIVA DE SU PADECIMIENTO.

Por ende, es violatorio que no se hayan tomado en cuenta por el A quo estas manifestaciones y se haya tomado a palabra de rey el hecho de que la aseguradora manifieste que no hubo pedimento del pago de indemnización, pues los mecanismos de comunicación que crea con los asegurados impiden comprobar la interrupción de la

prescripción y con ello logran de manera injusta liberarse de obligaciones que sí han sido exigidas.

QUINTO.- También existe una violación derivada de la sentencia de fecha 26 de septiembre de 2016, pues el precepto 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, es claro en precisa las gestiones presentadas ante la CONDUSEF interrumpen la prescripción.

“Artículo 66.- (lo transcribe)”.

Por tal razón, si atendemos que la última gestión que se hizo fue la reclamación presentada ante CONDUSEF hecha el **20 de junio de 2013**, antes de que se produjera la prescripción, es inconcuso que no puede alegarse por la rea dicha institución, ya que su sola presentación interrumpe los efectos prescriptivos.

Apoya todo lo anterior el criterio emitido (cita datos de ubicación), en cuyo texto y epígrafe se lee:

“PRESCRIPCIÓN EN MATERIA DE SEGUROS. LA INTERRUMPEN LAS GESTIONES QUE REALICEN DIRECTAMENTE LOS ASEGURADOS ANTE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA”.

(Transcribe texto)

No pasa inadvertido por ésta parte actora, que el Juez señala que no interrumpe la prescripción la presentación de esa reclamación, pues no se exige el pago ni prestación alguna a la aseguradora, sino sólo la póliza de seguro.

Empero, más adelante demostraremos porque es importante la presentación de esa reclamación y porque sí interrumpe la prescripción, pues la misma sirve de base para cumplir con lo dispuesto por el numeral 1061 del Código de Comercio que ordena el requerimiento de instrumentos a la aseguradora y segundo, porque permite y da competencia al Juzgador para conocer sobre el presente asunto en la Ciudad de México.

Añadiendo que las reclamaciones en CONDUSEF no pueden presentarse sobre la



misma prestación en DOS OCASIONES, por lo que debimos solicitar una prestación diversa pero vinculada al seguro.

Siendo así que la reclamación, su efecto, era interrumpir la prescripción ya que como se demostró por carta de fecha **16 de junio de 2015**, suscrita por por *, Gerente y Administrador Interno de la Institución Financiera *, la aseguradora perdió la documentación enviada y a ellos no les importa dar seguimiento a los tramites y sólo dan vueltas y vueltas al mismo a fin de que prescriban.

Quedando como único recurso, la presentación de la reclamación ante CONDUSEF, bajo una diversa prestación pero vinculada al pago del seguro.

SEXTO.- La sentencia definitiva transgrede los derechos de mi mandante, pues el Juzgador hace un sin fin de afirmaciones que carecen de sustento legal y en el que se contradicen sus razonamientos con la actitud jurídica que ha optado.

Lo anterior es así, porque se puede afirmar que la prescripción es una institución por la cual el transcurso del tiempo libera de obligaciones a la aseguradora, siempre y cuando exista una inactividad del asegurado. Por lo que para que sea procedente la excepción de prescripción debe atenderse a si hubo una inactividad del demandante y revisar que haya transcurrido el tiempo determinado por la ley, y bajo los supuestos en que se sanciona.

De lo anterior, diré que la prescripción no puede operar ya que la consecución de este juicio, es decir, de que su Señoría sea el Juez competente para conocer del presente asunto es motivo manifiesto de la improcedencia de la prescripción en razón de lo siguiente:

Se ha establecido por la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y algunos criterios judiciales que las actuaciones ante la aseguradora y la presentación de una

reclamación ante la CONDUSEF son suficientes para interrumpir la prescripción.

Por ende, si el actor dio aviso del siniestro y la primera vez que se interrumpió la prescripción fue el **15 de marzo de 2011** con la presentación de la reclamación en CONDUSEF en Monterrey, dejándose a salvo los derechos de la acción judicial y volviendo a computarse a partir del **20 de junio de 2011**. Mediante reclamación presentada ante CONDUSEF en la Ciudad de México el día **20 de junio de 2013** se vuelve a interrumpir la prescripción, ya que los actos que se gestionan en cuestión no son el ejercicio de la acción judicial por un lado y la solicitud de una póliza de forma separada, sino que todo constituye la manifestación legal de iniciar la coacción a través del órgano jurisdiccional y que se traduce en la actividad del acreedor para ejercitar un derecho.

Lo anterior es cierto, pues si bien en la primera reclamación se dejaron a salvo los derechos del señor *, para que los hiciera valer en la vía correspondiente, debemos traer a colación el alcance del párrafo segundo artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que refiere:

“Artículo 136.- (lo transcribe)”.

Esto es, para iniciar un juicio en materia de seguros no se siguen las reglas que establece para ello el Código de Comercio ni el Código Federal de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, sino que la competencia por territorio será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

El domicilio de la delegación de la CONDUSEF donde se presente la reclamación, SERÁ COMPETENTE EL JUEZ DEL DOMICILIO DE DICHA DELEGACIÓN.

Por ende, si fuese cierto que ambas reclamaciones fueran diversas en cuanto su intención (Poner en movimiento al órgano



jurisdiccional), la aseguradora demandada debió promover la excepción de incompetencia del Juzgador, ya que si la solicitud de la Póliza de Seguro que se hizo el **20 de junio de 2013**, no interrumpe la acción y derecho de reclamar el pago de las coberturas de la póliza, no tendría por qué haber conocido su Usía del presente asunto ya que la reclamación no pretendía iniciar la acción judicial, ¿O sí?

De ahí resulta que la presentación de la reclamación el día 20 de junio de 2013 en la delegación de la CONDUSEF en la Ciudad de México, debe ser considera un acto procesal a interrumpir la prescripción, ya que no sólo debe atenderse a los efectos directos de la reclamación para entender el sentido de su presentación (Solicitud de la póliza), síno su alcance indirecto y que tiene como objeto poner en movimiento al órgano jurisdiccional, es decir, que la propia reclamación presentada en la Ciudad de México otorga competencia para conocer del presente juicio al A quo y poder presentarle la demanda inicial.

En ese sentido, es que si hubiera una separación entre las dos reclamaciones por sus efectos, porque no hizo valer la aseguradora la excepción de incompetencia o se declaró incompetente el Juzgador, ya que si el alcance de la solicitud de la póliza sólo fuera ese, y ninguna relación tiene con la acción, su Señoría no sería apto para conocer del presente caso.

SÉPTIMO.- La resolución de mérito también transgrede los derechos de mi poderdante, pues la admisión de la reclamación o no por la CONDUSEF, así como las prestaciones que se exijan, tampoco son un impedimento de procedibilidad para no interrumpir la prescripción, ya que el artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros dice:

“Artículo 66.-(lo transcribe)”.

Por lo cual se interrumpe la prescripción cuando la reclamación llene los requisitos del ordinal 63 de la misma ley y no por su admisión ni sus prestaciones en CONDUSEF.

“Artículo 63.-(lo transcribe)”.

Observándose de la reclamación presentada en CONDUSEF el día **20 de junio de 2013**, que la misma cumple con esos requisitos y por tanto sí interrumpe la prescripción, APLICANDO EL PRINCIPIO DE DERECHO QUE DONDE LA LEY NO DISTINGUE, NO LE ES DABLE DISTINGUIR AL JUZGADOR.

No obstante que directamente no se haya solicitado el pago del seguro, pues solo se insta a la aseguradora a que entregue la documentación que permita iniciar la acción de cobro, no debe olvidarse que mi mandante estaba esperando cobrar el mismo sin juicio ya que estaba transcurriendo el tiempo de espera que requería la aseguradora y además esta realizando gestiones ante la misa como se demuestra en los agravios primero y segundo. Remitiéndome a los mismos a efecto de demostrar porque no se hizo un cobro formal, solicitando que lo dicho ahí se tenga por reproducido en este apartado como si a la letra se insertase a efecto de evitar repeticiones inútiles. Por lo antes expuesto y fundado; (...)”

OCTAVO. Estudio del recurso de apelación registrado con el toca civil . Ante todo, conviene reiterar que en la sentencia recurrida el juez primigenio estimó fundada la excepción de prescripción de la acción intentada, por las siguientes razones sustanciales:

❖ El artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro dispone que las acciones derivadas de un contrato de seguro prescriben en dos años, contados desde el acontecimiento del que surgen. Por su parte, conforme a los artículos 65 y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios

Financieros se desprende que la prescripción de las acciones que deriven de un contrato de seguro se interrumpe con la reclamación presentada ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros [CONDUSEF].

❖ El quince de marzo de dos mil once, *presentó reclamación contra **, ante la CONDUSEF en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Seguido el procedimiento correspondiente, el veinte de junio de dos mil once se dejaron a salvo los derechos de las partes.

❖ Si bien desde el día del siniestro, veinticinco de enero de dos mil diez, el actor acudió a diversas consultas médicas, el plazo de prescripción se interrumpió el quince de marzo de dos mil once, con la presentación de la reclamación mencionada y hasta su conclusión.

❖ Luego, si el veinte de junio de dos mil once concluyó el procedimiento ante la CONDUSEF, en el que se dejaron a salvo los derechos de las partes, y la demanda natural se presentó el quince de enero de dos mil catorce, resulta claro que transcurrió en exceso el plazo de dos años establecido por el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, para que la acción ejercida se encuentre prescrita.

❖ Sin que obste a lo anterior que, mediante escrito presentado el veinte de junio de dos mil trece ante la CONDUSEF, el actor haya solicitado a la demandada la entrega de la carátula de la póliza de seguro base y los documentos integrados con motivo del siniestro, pues dicho ocuso no se trata de un requerimiento de pago ni algún otro tipo de interpelación para el cumplimiento del contrato, sino que tiende a la recopilación de documentos, por lo cual tal actuación no es idónea para la interrupción de la prescripción.

Para controvertir el fallo de primera instancia y demostrar que, contrariamente a esas consideraciones, la acción no se encuentra prescrita, el apelante formula siete conceptos de agravio; algunos son **esencialmente fundados y suficientes** para revocar la sentencia recurrida.

❖ **Falta de valoración de pruebas.**

(Agravios primero y parte del cuarto)

- Documentales supervenientes.

En síntesis, el apelante alega que el *a quo* omitió valorar las pruebas documentales supervenientes que ofreció de su parte, admitidas como tal en auto de veinticuatro de julio de dos mil quince:

- i. Carta de diecisiete de enero de dos mil trece, suscrita por **.

ii. Carta de veinte de abril de dos mil quince, *.

iii. Carta de dieciséis de junio de dos mil quince, suscrita por ** y **, Gerente y Administradora Interna de **.

A decir del recurrente, de la primera carta (inciso i) se aprecia que requirió a la aseguradora la valoración y el pago del seguro reclamado, respecto de lo cual no recibió respuesta, por lo que a través de la segunda de las cartas mencionadas (inciso ii) reiteró su petición; en ambas cartas obra el sello de recepción de la institución canalizadora, quien las envió a la institución de seguros. Ello, continúa el apelante, se corrobora con las manifestaciones realizadas por quienes suscribieron la tercera carta referida.

Asimismo, según el inconforme, de lo anterior se desprende que después de presentada su reclamación ante la CONDUSEF, requirió de pago a la aseguradora demandada por conducto de la institución bancaria (**), en el entendido que aquella empresa de seguros pidió al reclamante que demostrara la continuidad de su padecimiento.

Tales documentales supervenientes, refiere el apelante, acreditan la interrupción de la prescripción de la acción, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis, fracción V, de la Ley de Protección y Defensa

al Usuario de Servicios Financieros, pues evidencian que el asegurado actor realizó gestiones ante la compañía de seguros, para reclamar el pago del seguro base.

El planteamiento de agravio es sustancialmente **fundado**, conforme a lo que enseguida se expondrá.

En efecto, como bien afirma el impugnante, el juzgador *a quo* al pronunciarse sobre la excepción de prescripción de la acción no valoró las documentales supervenientes aludidas, lo cual se aprecia claramente de la lectura del fallo apelado, pues no hay consideración alguna sobre su valoración, o bien, que se hubiere justificado tal omisión de justipreciar esas probanzas; lo anterior, no obstante que el ofrecimiento de dichos medios de prueba, según se observa del ocurso respectivo¹⁴, se enderezó a demostrar que en el caso no está prescrita la acción, sino que el actor ha mostrado interés frente a la aseguradora respecto al pago del seguro que le ha venido reclamando.

Asimismo, cabe reiterar que la admisión de dichas documentales, en su carácter de supervenientes, constituye una determinación **firme** dentro del juicio, pues aun cuando la parte demandada en su momento interpuso recurso de apelación preventiva contra el auto correspondiente

¹⁴ Fojas 672 a 676 del expediente de origen.



CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

(dictado el veinticuatro de julio de dos mil quince), en esta segunda instancia no continuó el trámite de tal medio de impugnación.

No obstante, también es importante apuntar que la parte demandada objetó tales documentales en cuanto a su alcance y valor probatorio, mediante su escrito presentado el veintitrés de julio de dos mil quince, el cual se acordó al día siguiente.

De esa suerte, corresponde a este tribunal unitario pronunciarse sobre las documentales supervenientes de que se trata, y verificar si tienen o no el alcance de demostrar que no ha operado la prescripción de la acción, en tanto que ésta –dice el recurrente– se interrumpió.

Para dicha tarea, a continuación esta alzada hace suyas las consideraciones expresadas por el Tribunal de Amparo, en la ejecutoria de garantías que se cumplimenta.

Por una parte, el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y los numerales 1040 y 1041 del Código de Comercio, establecen:

“Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen”.

“Artículo 1040.- *En la prescripción mercantil negativa, los plazos comenzarán a contarse desde el día en que la acción pudo ser legalmente ejercitada en juicio”.*

“Artículo 1041.- *La prescripción se interrumpirá por la demanda u otro cualquier género de interpelación judicial hecha al deudor, por el reconocimiento de las obligaciones, o por la renovación del documento en que se funde el derecho del acreedor.*

Se considerará la prescripción como no interrumpida por la interpelación judicial, si el actor desistiese de ella o fuese desestimada su demanda”.

De dichos preceptos se colige que aun cuando el plazo prescriptivo comienza a computarse a partir del día siguiente al en que ocurrió el siniestro, su interrupción puede suscitarse por la demanda u otro cualquier género de interpelación judicial hecha a la aseguradora, por el reconocimiento de las obligaciones, o por la renovación del documento en que se funde el derecho.

Los artículos 65 y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros disponen:



“Artículo 65.- Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda”.

“Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento”.

De dichos preceptos se entiende que la prescripción de las acciones que deriven de un contrato de seguro, se interrumpe con el escrito de reclamación presentado ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros.

En la especie, de los autos del juicio natural se advierte que, el actor celebró contrato de seguro con número de póliza ** con *, en su carácter de aseguradora, con vigencia del veintisiete de febrero de dos mil nueve al veintisiete de febrero de dos mil

diez, cuya cobertura cubría, entre otras cuestiones, la invalidez total y permanente a causa de accidente.

Asimismo, en la referida póliza, en lo que interesa, se aprecia que las partes en el capítulo de cláusulas generales, en el rubro denominado “notificaciones”, estipularon lo siguiente:

“Notificaciones. Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato deberá hacerse a la compañía por escrito precisamente a su domicilio social, indicado en la carátula de la póliza. Las notificaciones por parte de la compañía se harán al último domicilio que conozca del asegurado”.

Debido al accidente automovilístico que le ocurrió al actor el veinticinco de enero de dos mil diez, acudió con los médicos * y *, para la realización de diversos estudios, tratamientos y evaluaciones.

El quince de marzo de dos mil once, el enjuiciante presentó ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, la reclamación de pago del seguro en contra de *.

En el referido procedimiento ante la dependencia en comento, comparecieron las partes a deducir sus derechos, las cuales no llegaron a ningún arreglo, por lo que, el **veinte de junio de dos mil once**, la comisión dejó a salvo los derechos de los



contendientes, para que los hicieran valer ante los tribunales competentes.

Mediante escrito presentado el catorce de enero de dos mil quince, el asegurado demandó en la vía ordinaria mercantil de la aseguradora el pago del seguro.

En la contestación de demanda, la enjuiciada negó la procedencia de las prestaciones reclamadas, y entre otras excepciones, opuso la denominada *“EXCEPCIÓN PROCESAL DE PRESCRIPCIÓN EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 81 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO”*.

Mediante ocurso presentado el catorce de julio de dos mil catorce, el enjuiciante ofreció como pruebas supervenientes las consistes en las cartas de: 1) diecisiete de enero de dos mil trece; 2) veinte de abril de dos mil quince, y 3) dieciséis de junio de dos mil quince; admitidas por auto de veinticuatro de julio de dicho año (fojas 672 a 680 y 700 del expediente natural).

Al efecto, por la importancia de las cartas mencionadas con los incisos 1) y 3), se escanea su contenido.

[SE SUPRIMEN IMÁGENES PARA LA VERSIÓN
PÚBLICA]

Conforme a lo anterior, para los efectos de la prescripción de la acción de pago del seguro, se tiene que el plazo de los dos años previstos en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si bien comenzó a partir del veintiuno de junio de dos mil once, día inmediato posterior a que la Delegación de Nuevo León de la Comisión Nacional de Servicios Financieros determinó dejar a salvo los derechos del actor asegurado, para que los hiciera valer en la forma y términos que en derecho correspondieran, también lo es que el enjuiciante, mediante la carta de diecisiete de enero de dos mil trece, presentada ante la institución bancaria *, sucursal *, ** y dirigida a la aseguradora demandada, acredita que reclamó el pago de la póliza de seguro, pues de su texto se

advierte que manifestó: “(...) solicito el pago de la cobertura del siniestro”.

En ese mismo contexto, con la carta de dieciséis de junio de dos mil quince, el actor acreditó que la citada institución bancaria reconoció que fungió como “canal de envío del cliente hacia la aseguradora” y que dicha petición de reclamo de pago a la aseguradora la mandó por medio de la vía valija azul sin registro de etiqueta a la Dirección de Seguros ** (foja 657 del expediente de origen), asimismo, admitió que dicha constancia la emitía para que se respetara a * la fecha de iniciación de trámite, y que fue solicitada por un supervisor de seguros **.

De este modo la demandada tuvo conocimiento de la reclamación de pago del seguro, por las razones que se exponen a continuación.

El artículo 23 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, vigente en la fecha en que ocurrió el siniestro, establece:

“Artículo 23. Para los efectos de esta ley, se considerarán agentes de seguros las personas físicas o morales que intervengan en la contratación de seguros mediante el intercambio de propuestas y aceptaciones, y en el asesoramiento para celebrarlos, para conservarlos o modificarlos, según la mejor conveniencia de los contratantes. (...)”.

Ahora bien, la reforma al artículo 1º constitucional en materia de derechos humanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el diez de junio de dos mil once, impuso un cambio en el entendimiento del orden jurídico Mexicano respecto a los derechos humanos, aspecto que, entre otras cuestiones, incorporó criterios interpretativos como el principio pro persona.

Dicho precepto prevé que las autoridades están obligadas a interpretar las normas relativas a los derechos humanos de conformidad con la Constitución y los Tratados Internacionales de la materia, favoreciendo a las personas la protección más amplia.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha interpretado que el principio pro persona es un criterio hermenéutico por virtud del cual los operadores jurídicos, ante dos o más normas aplicables, deben atender aquella que otorgue mayor beneficio a la persona, o bien, ante una norma aplicable, elegir la interpretación más extensiva de la misma.

Los razonamientos anteriores se encuentran contenidos en la tesis aislada 2ª. LVI/2015 de la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, visible en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Libro 20, julio de 2015, Tomo I, página 822, que establece:

“PRINCIPIO DE INTERPRETACIÓN MÁS FAVORABLE A LA PERSONA. PRESUPUESTOS PARA SU APLICACIÓN. Si bien es cierto que en términos del artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las autoridades deben interpretar las normas relativas a los derechos humanos de conformidad con el principio indicado, también lo es que dicha obligación se actualiza cuando el operador jurídico advierte que dos o más normas son aplicables al caso y debe elegir la que otorga la protección más amplia a la persona, o bien, cuando sólo existe una norma aplicable, pero que admite diversas interpretaciones que se traducen en mayor o menor protección a los derechos fundamentales; lo que implica que no es necesario que exista un conflicto entre normas, ni que éstas sean de la misma naturaleza y finalidad para que sea aplicable el principio de interpretación más favorable a la persona. Ahora bien, en este supuesto, antes de hacer la interpretación, el juzgador debe determinar que efectivamente la o las normas en cuestión son aplicables al caso concreto, es decir, que el derecho reconocido se encuentre tutelado en diversas normas o que la que lo tutela admite distintas interpretaciones. En este tenor, la obligación de resolver conforme al principio en cuestión se traduce en la elección de la norma o la interpretación más favorable para la persona, de entre las que resulten aplicables al derecho reconocido, pero no de todo el universo normativo”.

De lo anterior se desprende que la aplicación del principio pro persona se actualiza, en términos generales en dos escenarios: 1) cuando el juzgador advierte que dos o más normas son aplicables al caso y debe elegir aquella que otorga la protección más amplia a la persona; y 2) cuando sólo existe una

norma aplicable, pero ésta admite diversas interpretaciones que implican mayor o menor protección a los derechos.

Es decir, este principio no es aplicable en todos los supuestos, sino sólo en aquellos en que el órgano jurisdiccional advierta que se satisfacen las condiciones antes señaladas.

En el caso, el artículo 23 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, vigente en la fecha en que ocurrió el siniestro, admite una interpretación en el sentido de que los bancos, al aceptar información relacionada con el contrato de seguro, con su intervención se consideran agentes de seguros.

Es así en virtud de que el aludido artículo 23 dispone que se consideran agentes de seguros las personas físicas o morales que intervengan en la contratación de seguros, mediante el intercambio de propuestas y aceptación, y en el asesoramiento para celebrarlos, para conservarlos o modificarlos, según la mejor conveniencia de las partes.

Sin embargo, el precepto no precisa en qué consisten las propuestas y aceptaciones de la persona moral, que interviene para lograr la mejor conveniencia de las partes en un contrato de seguro.

CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

De modo que, la interpretación más benéfica a los derechos de la persona, es en el sentido de que se presumen legalmente agentes de seguros las personas morales que aceptan información relacionada con el contrato de seguro.

Por tanto, la aseguradora demandada tuvo conocimiento oportunamente de la reclamación del pago de la póliza de seguro base la acción presentada por el actor, por conducto del banco, quien dada su intervención al actuar como canal de envío del cliente hacia la aseguradora, se presume que legalmente actuó como agente de seguros, en términos del artículo 23 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, vigente en la fecha en que ocurrió el siniestro.

Ello es así, porque con las mencionadas cartas de diecisiete de enero de dos mil trece y dieciséis de junio de dos mil quince, la actora acreditó que hizo la reclamación del pago de la póliza de seguro, dentro del plazo de los dos años a que alude el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y por lo mismo interrumpió el plazo de la prescripción.

Sin que sea óbice el hecho de que en la carta de diecisiete de enero de dos mil trece aparezca el sello de recibido de la ubicada en la sucursal bancaria *, *, y que la reclamación se haya hecho en dicho

domicilio; toda vez que, aun cuando en el capítulo de cláusulas generales de la póliza base de la acción las partes pactaron que en el rubro denominado: “notificaciones” que cualquier reclamación se haría a la compañía de seguros en el domicilio social, indicado en la carátula de la póliza; lo cierto es que, en la carátula respectiva no aparece el domicilio social en el que se deben efectuar las reclamaciones de pago correspondiente, el que se advierte en la parte inferior de la hoja es el domicilio ubicado en **, de esta Ciudad, mas no especifica que sea el domicilio social de la persona moral aseguradora.

En ese contexto, resulta claro que el actor presentó su reclamación de pago de seguro, dentro del periodo de los dos años a que alude el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, con lo que se interrumpió el plazo de la prescripción en términos del artículo 1041 del Código de Comercio, y por lo mismo, no resultaba procedente la excepción de prescripción.

En efecto, si en el caso –se insiste– el término de dos años para la prescripción inició el veintiuno de junio de dos mil once –día inmediato posterior al en que en el procedimiento de reclamación instado ante la CONDUSEF, se dejaron a salvo los derechos del asegurado actor, para que los hiciera valer ante los tribunales competentes–, y fenecía el veinte de junio de dos mil trece, es inconcuso que a través de esa carta de diecisiete de enero de dos mil trece quedó



interrumpida la prescripción de la acción para el reclamo del seguro, y por ende, comenzó a correr nuevamente el término de dos años de prescripción (del veintiuno de junio de dos mil trece al veinte de junio de dos mil quince).

Luego, toda vez que la demanda por la que se instó el juicio natural se presentó el quince de enero de dos mil catorce, es evidente que en esa fecha no se encontraba prescrita la acción pretendida por **, sino que fue ejercida oportunamente.

De esta suerte, contrariamente a lo determinado en la sentencia recurrida, el juez de primer grado debió desestimar la excepción de prescripción de la acción, opuesta por la institución de seguros demandada, y continuar con el estudio de la *litis*.

Así las cosas, ante lo fundado de los agravios de mérito hechos valer, procede **revocar** el fallo apelado.

Dada esta decisión, resulta inocuo dejar de examinar los restantes motivos de inconformidad, en el entendido que el apelante ya no podría obtener más de lo hasta ahora acogido por este tribunal.

Al no existir reenvío en esta instancia, con fundamento en el artículo 1336 del Código de Comercio, se **reassume jurisdicción** para resolver la controversia planteada en el juicio de origen.

NOVENO. Estudio de la *litis* de primera instancia. De inicio, es necesario referir la forma en que se integra la controversia que toca resolver.

El quince de enero de dos mil catorce, *, por conducto de sus apoderados ** y *, demandó en la vía ordinaria mercantil de *, sociedad anónima de capital variable, grupo financiero **, lo siguiente: i) el pago de la suma asegurada respecto a la cobertura por invalidez total y permanente a causa de accidente, contratada en la póliza de seguro número **; ii) la indemnización por mora en los términos del artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, consistente en la actualización de la suerte principal y los intereses moratorios; y iii) el pago de gastos y costas.

Los hechos medulares en que la parte actora fundó tales prestaciones se mencionan enseguida (conforme al numeral asignado en la demanda):

1 y 2. La contratación del seguro aludido, bajo la póliza número *, certificado de seguro colectivo *, con vigencia del veintisiete de febrero de dos mil nueve al veintisiete de febrero de dos mil diez, que ampara diversas coberturas, entre ellas la invalidez total y permanente a causa de accidente, con una suma asegurada de USD\$* (** dólares 00/100, moneda de los Estados Unidos de América).



3. El veinticinco de enero de dos mil diez, * sufrió un accidente automovilístico, mismo que, según su dicho, le provocó alteraciones cognitivas, comportamentales (sic) y anímicas, que le condicionaron a una invalidez total y permanente, ya que tales alteraciones le impiden laborar en su profesión y realizar actividades de su vida diaria.

El asegurado dio aviso a **, quien le asignó el número de siniestro ** y conforme a lo que le fue requerido por la aseguradora, entregó la documentación tendente a demostrar su estado de invalidez total y permanente.

3 y 4. ** realizó actuaciones ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Al respecto, el actor se refirió a los anexos 11 y 12 que exhibió con su demanda, de los que respectivamente se aprecia que el quince de marzo de dos mil once presentó formal reclamación ante la delegación Nuevo León de dicha Comisión, exigiendo de ** el pago de la suma asegurada relativa a la aludida cobertura, al estimar que satisfizo los requisitos para ello; asimismo, mediante carta de seis de abril de dos mil once, la aseguradora rechazó el pago del seguro que le fue solicitado; y que el veinte de junio de dos mil once se llevó a cabo la audiencia de conciliación a que se refiere el artículo 68, fracción

I Bis, de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y una vez exhortadas las partes a conciliar sus intereses, las mismas no llegaron a acuerdo alguno, por lo que se dejaron a salvo sus derechos para que los hicieran valer ante los tribunales competentes.

5. La falta de pago del seguro reclamado incurrida por la demandada es injustificada, pues desde el aviso del siniestro se abstuvo de realizar los estudios y valoraciones pertinentes que demostraran que el accionante fue afectado por el siniestro, quien le exhibió diversa documentación médica que acreditaba su estado de invalidez total y permanente a causa del accidente.

Por su parte, la enjuiciada negó el derecho de su contraria a las prestaciones reclamadas, y en relación con los hechos sintetizados respondió de la manera siguiente:

1 y 2. Son ciertos.

3. Por lo que hace al accidente, ni lo afirmó ni lo negó por no ser hecho propio.

Por lo que hace al aviso del siniestro adujo que era relativamente cierto.

3 y 4. En cuanto a la reclamación ante la CONDUSEF y el rechazo de pago del seguro refirió que eran ciertos.

5. Relativamente cierto respecto a la entrega de documentos; negó por lo demás. Al respecto, señaló que al demandante sí se le sometió a una revisión y valoración médica, por parte de la aseguradora, a cargo del doctor **, quien no encontró elementos médico legales con los que presupusiera que el padecimiento del actor fuera a causa del accidente y que la presunta invalidez le aconteciera dentro del período de noventa días después del propio accidente.

Tal postura defensiva de la demandada la fundamentó, esencialmente, en que el actor no demostró que la invalidez total y permanente que reclama haya surgido a causa del accidente y se hubiere decretado dentro de la temporalidad (90 días) indicada en la póliza; asimismo, que el padecimiento del actor se encuentra excluido porque lo que le acontece se trata de una enfermedad mental y trastornos de enajenación mental; y además, que esa invalidez es relativa en cuanto a sus actividades laborales.

En este orden de ideas, la accionada opuso genéricamente la excepción de “falta de acción”; asimismo, además de la prescripción de la acción –la

cual ya quedó superada, al haberse desestimado en el considerando anterior—, planteó otras excepciones que indicó como sigue: “Excepción de falta de cumplimiento de la condición”; “Excepción de exclusión pactada en el contrato de seguro”; “Excepción de indebida apreciación de la indemnización referida en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros”; “Excepción de improcedencia de gastos y costas derivada del artículo 1084 del Código de Comercio”; “Excepción de inaplicabilidad de los documentos y reclamación a diversa aseguradora”; “Excepción de *non mutati libeli*”; y “Excepción de *sine actione agis*”.

Por lo que hace a estas últimas “excepciones”, se hacen algunas precisiones. La denominada *non mutati libeli*, cuyo objeto es que el actor no modifique los hechos planteados en su demanda ni exhiba documento alguno tendente a ampliar o perfeccionar su escrito de demanda no resulta propiamente una excepción, en tanto que está encaminada a la oposición de la demandada respecto del reconocimiento que el juzgador realice sobre la fundamentación de la pretensión de la parte actora, es decir, no se aduce la existencia de hechos extintivos, modificativos o impeditivos de la relación jurídica alegada por el actor. Y tocante a la de *sine actione agis*, tampoco se trata de una excepción propiamente dicha, sino que únicamente tiene por

efecto arrojar la carga de la prueba a la contraria respecto a sus pretensiones.

En relación con las excepciones concernientes a la falta de cumplimiento de condición de la acción, exclusión pactada en la póliza de seguro y la de “inaplicabilidad de documentos”, al versar sobre el estudio del fondo del asunto, junto con éste se analizarán en su momento.

Y respecto a las excepciones restantes, eventualmente se tomarán en consideración en caso de proceder la acción principal, al relacionarse con prestaciones accesorias.

En esas circunstancias, se advierte que la *litis* se centra en dirimir si el actor **tiene o no derecho a reclamar el seguro de invalidez total y permanente a causa de accidente, contratado con la demandada **, bajo la póliza número **; y las demás prestaciones con carácter de accesorias.

Así las cosas, los **elementos constitutivos de la acción** de cumplimiento de un contrato de seguro, en específico, al pago de la suma asegurada son los siguientes:

i. La existencia del contrato de seguro celebrado entre las partes;

ii. La existencia de las obligaciones de

los contratantes en relación con los beneficios contratados; y,

iii. La realización del siniestro o riesgo amparado.

Elementos de la acción cuyo estudio, según es de explorado derecho, constituye una cuestión de oficio para el juzgador, con independencia de lo alegado por la contraparte del accionante.

Pues bien, el **primero** de esos elementos se cumple, toda vez que en el caso no hay controversia de la existencia del contrato de seguro de Protección Integral contra Accidentes, número de **póliza ***, y número de certificado *****, celebrado entre el actor ****** (como asegurado) y la enjuiciada ***** (como aseguradora), con vigencia a partir del veintisiete de febrero de dos mil seis y renovación automática; documento que si bien fue exhibido por la demandada, también se ofreció como prueba por ambos colitigantes.

Asimismo, se encuentra satisfecho el **segundo** elemento de la acción, consistente en que conforme a lo estipulado en el contrato de seguro, la compañía aseguradora se comprometió, a cambio del pago de una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el propio contrato, en la especie, la invalidez total y

CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

permanente a causa de accidente del asegurado **. Para evidenciar lo anterior, corresponde atender, en la parte que interesa, el contenido de las coberturas contratadas al amparo de la póliza del seguro reclamado:

COBERTURAS CONTRATADAS	PLAZO DEL PLAN	SUMA ASEGURADA	EDAD MÁXIMA DE RENOVACIÓN
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ACC.	1 AÑO RENOVBLE AUT.		60 AÑOS.

Así, de la carátula de la póliza se advierte que la invalidez total y permanente a causa de accidente quedó establecida entre las coberturas contratadas, por una suma asegurada de USD\$(** dólares 00/100, moneda de los Estados Unidos de América) – en el margen superior derecho de la carátula de la póliza se observa que la moneda en que se contrató fue “dólares”–; hecho que fue reconocido por la enjuiciada al dar contestación al correlativo 2 de la demanda.

Ahora bien, tratándose del **tercer** elemento de la acción, el actor debió probar que se encuentra en un estado de *invalidez total y permanente a causa de un accidente*, conforme a lo previsto en las Cláusulas Generales del contrato de seguro; a saber:

“Invalidez total y permanente a causa de accidente. Si a consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo y hasta que concluya el año póliza en que el asegurado cumpla los 60 años de edad, éste sufre un estado de invalidez total y

permanente, la Compañía pagará la suma estipulada para esta cobertura.

[...]

De lo anterior se desprende que el pago del beneficio cubierto de invalidez total y permanente a causa de accidente se sujeta a las siguientes condiciones:

a) Que el estado de invalidez sea consecuencia de un accidente cubierto, y

b) Que el estado de invalidez se genere dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente.

Al respecto, es pertinente precisar que la condición referente a que el estado de invalidez debe manifestarse dentro de los noventa días siguientes del accidente cubierto, **no significa** que en dicho período debe declararse indefectiblemente ese estado de invalidez y tal declaración no pueda hacerse con posterioridad.

Lo cual, incluso, se desprende de la interpretación armónica y conjunta de la referida cláusula de beneficios cubiertos denominada “invalidez total y permanente a causa de accidente” – antes transcrita– y la diversa definida como “invalidez total y permanente”, que dice:

“Invalidez total y permanente.- Es la incapacidad que sufre el asegurado a consecuencia de un accidente para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por un periodo continuo de 6 meses.

(...)

Como se ve, en el contrato de seguro base, la invalidez total y permanente se define como la incapacidad que el asegurado sufre a causa de un accidente, para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes o posición social, debiendo ser total y **por un periodo continuo de seis meses.**

De esta manera, si la invalidez total y permanente a causa de un accidente -cobertura contratada mediante el seguro basal- debe ser continua por un periodo de seis meses, entonces no sería lógico que tal estado de invalidez debiera declararse inexorablemente dentro del lapso de noventa días después del accidente cubierto, a que se refiere la diversa condición general de “invalidez total y permanente a causa de accidente”, pues resulta obvio que ni siquiera podrían cumplirse los seis meses exigidos por el contrato, para que una invalidez a consecuencia de un accidente sea considerada como total y permanente.

En este contexto, es que las disposiciones

mencionadas del contrato de seguro deben interpretarse en su conjunto, y además, ante una situación de duda u oscuridad de sus cláusulas, debe privilegiarse su interpretación en sentido favorable al asegurado, en atención al principio de buena fe contractual que debe regir en dicho tipo de contratos, los cuales regularmente constituyen contratos de adhesión, y en salvaguarda de los derechos de los grupos de consumidores, entre los que se encuentran las personas que contratan un seguro (asegurados).

Sobre este punto, es aplicable la tesis I.3o.C.1053 C (9a.)¹⁵, cuyo texto es:

CONTRATO DE SEGURO. ANTE INEXACTITUDES EN LA PÓLIZA, SUS CLÁUSULAS DEBEN INTERPRETARSE EN FAVOR DEL ASEGURADO. *En la formación del contrato de seguro existen deberes recíprocos de información, sustentados en las reglas de convivencia y de solidaridad social. En esencia, el deber recíproco de información nace como una manifestación de la buena fe contractual y, en ocasiones, se funda en un texto legal y, en otras, carece de fuente normativa; sin embargo, en todos los casos se sustenta implícitamente en la buena fe y en lo que verosímilmente las partes entendieron o pudieron entender obrando con cuidado y previsión. De esa forma, las partes antes de perfeccionar el contrato se deben consideración y lealtad, con el objeto de evitar errores, por lo cual, la regla sustancial en la formación de un contrato de seguro, sea dicho en términos simples, es la de hablar claro y no incurrir en inexactitudes sobre circunstancias que, de haber sido informadas correctamente,*

¹⁵ Décima Época, Registro: 159943, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Tipo de Tesis: Aislada, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XIII, Octubre de 2012, Tomo 4, Materia(s): Civil, Página: 2410.



habrían obstado a la celebración del contrato o, de haberse suscrito, lo habría sido con un contenido diverso. En nuestro país, el deber recíproco de información se encuentra materializado en los artículos 1o., 5o., 6o. y 8o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro; 24 y 36, fracción IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de los que se desprende que las empresas aseguradoras tienen el deber de informar a los asegurados, contratantes y beneficiarios sobre el alcance, términos, condiciones, exclusiones y limitantes de los seguros contratados. Deber de información que encuentra su justificación en la necesidad de establecer un equilibrio desde el inicio mismo de los tratos precontractuales, porque la naturaleza del contrato de seguro es notablemente económica, ya que los entes que, en forma general, participan en él, no se encuentran en el mismo plano de igualdad, máxime cuando la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros faculta a las aseguradoras para utilizar contratos de adhesión, por virtud de lo cual, los asegurados no tienen posibilidad alguna de cuestionar los términos de un contrato de seguro, que al ser de adhesión simplemente se suscribe o no. Ahora, en el plano internacional ese acceso de información, se encuentra regulado en las Directrices de las Naciones Unidas para la Protección del Consumidor, en sus puntos 21, 22 y 23, que lo sitúan como un derecho fundamental, establecido a favor de los consumidores, que busca que exista un trato justo, entre los mismos, para que puedan tomar decisiones fundadas e independientes, a través de información precisa sobre el producto adquirido. De ahí que sea obligación de la aseguradora emplear en sus contratos de adhesión locuciones comprensibles y transparentes que permitan apreciar con naturalidad el alcance de las obligaciones contraídas, so pena que ante la oscuridad de las cláusulas en dichos contratos, éstas sean interpretadas a favor de los asegurados, para que no se lesionen sus intereses; es decir, debe buscarse que el acuerdo prevalezca, pero interpretado de una manera favorable al consumidor, a quien no le es imputable la redacción del contrato.

En este orden de ideas, procede examinar si el accionante acreditó que a causa de un accidente se encuentra en un estado de invalidez total y permanente, que le permita hacer efectiva la cobertura por ese riesgo, contratada mediante el seguro en que funda su acción.

Pues bien, el actor afirmó haber sufrido un accidente automovilístico el veinticinco de enero de dos mil diez, percance del que hace derivar el estado de invalidez total y permanente que a su dicho padece.

Si bien el accidente no fue afirmado ni negado por la demandada, también es cierto que al oponer sus excepciones reconoció tal evento, pues incluso tomó en cuenta la fecha del mismo (25 de enero de 2010) para alegar la “falta de cumplimiento de la condición” para el reclamo del seguro de invalidez total y permanente a causa de accidente. De ahí que pueda considerarse válidamente como un hecho incontrovertido.

Además, dentro de las pruebas ofrecidas por la parte demanda obra copia certificada del “parte de accidente” del departamento de tránsito de San Pedro Garza García, Nuevo León, que reporta el choque automovilístico suscitado el veinticinco de enero de dos mil diez, entre el vehículo que conducía el actor * y el vehículo conducido por otra persona; lo cual



corroborar la existencia del siniestro en el que el demandante basa su reclamo del seguro base.

Por otro lado, el trece de enero de dos mil once, el actor formuló carta de reclamación para la indemnización de la cobertura de invalidez contratada mediante el seguro base, cuyo acuse de recibo también fue exhibido como medio de prueba por parte de la enjuiciada; pues incluso, en su contestación de demanda reconoció el aviso del siniestro y la reclamación de la cobertura mencionada.

Documentales –las anteriores– que aun cuando fueron exhibidas por la accionada, quien resuelve las valora en esos términos en virtud del principio de adquisición procesal.

Ahora bien, a fin de acreditar que el referido accidente le ocasionó un estado de invalidez total y permanente, el actor ofreció, entre otras probanzas, las documentales siguientes:

“(…)

1.

C.V. Poder

2. **DOCUMENTAL PRIVADA.** Consistente en la **Póliza número ****, con el número de certificado * con vigencia del veintisiete de febrero de 2009 al veintisiete de febrero de 2010.

3. **DOCUMENTAL PÚBLICA.** Consistente en la copia certificada del **Reporte de Evaluación Neuropsicológica**, de fecha once de septiembre de 2010, signado por la Mtra. **.

4. DOCUMENTAL PÚBLICA. Consistente en la copia certificada del **Certificado Médico** de fecha 27 de septiembre de 2010, signado por el Dr. **.

5. DOCUMENTAL PÚBLICA. Consistente en la copia certificada de la **Carta** de fecha 18 de febrero de 2011, signada por Npsic. Lic. *.

6. DOCUMENTAL PÚBLICA. Consistente en la copia certificada de la **Evaluación de Funciones Corticales Cerebrales**.

7. DOCUMENTAL PÚBLICA. Consistente en la copia certificada de la **Constancia Médica** de fecha 14 de enero de 2013, signada por el Dr. *.

8. DOCUMENTAL PÚBLICA. Consistente en la copia certificada de la **Historia Clínica** de fecha 11 de enero de 2013, signado por el Dr. **.

9. DOCUMENTAL PÚBLICA. Consistente en la copia certificada del **Resumen Clínico** de fecha 11 de enero de 2013, signado por el Dr. **.

10. DOCUMENTAL PÚBLICA. Consistente en la copia certificada de una **constancia** de fecha 15 de enero de 2013, signada por la Lic. *.

11. DOCUMENTAL PÚBLICA. Consistente en una copia certificada del **Resumen Clínico** de fecha nueve de abril de 2013, signado por el Dr. *.

12. DOCUMENTAL PÚBLICA. Consistente en la copia certificada del **ELECTROENCEFALOGRAMA** de fecha cinco de agosto de 2010, signada por el Dr. *.

13. DOCUMENTAL PRIVADA. Consistente en la **Carta Rechazo** de fecha seis de abril de 2011, signada por el Departamento de Siniestros de **.

14. DOCUMENTAL PRIVADA. Consistente en la **Reclamación interpuesta ante la comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros**, de fecha quince de marzo de 2011.

15. DOCUMENTAL PRIVADA. Consistente en la **Reclamación interpuesta ante la comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros**, de fecha veinte de junio de 2013.

16. DOCUMENTAL PRIVADA. Consistente en la **Constancia** de fecha dieciséis de diciembre de 2013, signada por la Lic*eda.

17. DOCUMENTAL PRIVADA. Consistente en la **Constancia signada por el Dr. ****, en la que consta que el actor se encuentra bajo supervisión médica desde el año 2010.
(...)

Del estudio adminiculado de las pruebas de referencia, se obtiene que el actor con motivo del accidente a que se ha hecho mención acudió a la atención de servicios médicos especializados de neurología (doctor *) y neuropsicología (neuropsicóloga **; y **), donde respectivamente fue diagnosticado con “*”, a causa de un traumatismo craneoencefálico que padeció en el referido accidente, y que le ocasionó alteraciones cognitivas, cambios conductuales y anímicos, por lo que se le prescribió rehabilitación neuropsicológica por tiempo indeterminado, así como la toma de medicamentos; asimismo, se advierte que le fueron practicados estudios consistentes en electroencefalogramas y pruebas neuropsicológicas para evaluar las referidas alteraciones, y que con posterioridad, tras los resultados de tales evaluaciones, se sustentó que su padecimiento le provocó daños severos irreversibles en sus condiciones cognitivas que lo incapacitan total y permanentemente para el trabajo y la vida diaria (incapacidad que hizo constar el citado neurólogo, mediante certificado de veintisiete de septiembre de dos mil diez y que reiteró en resúmenes clínicos posteriores).

Entre las documentales ofrecidas por la demandada, inclusive obra en original el aludido certificado de veintisiete de abril de dos mil diez, suscrito por el neurólogo Dr. *, en el que refiere que el señor * presenta “*”, que lo incapacita total y permanentemente; la cual también se aprecia por adquisición procesal probatoria.

Por su parte, entre otros medios de convicción ofrecidos por la institución de seguros enjuiciada, destaca mencionar las siguientes: **1)** estudio y valoración médica del actor *; realizado el siete de febrero de dos mil once, por el doctor *, especialista en medicina legal y en medicina del trabajo, a solicitud de la *, **2)** copia certificada del oficio de dos de mayo de dos mil once, dirigido por *, a la CONDUSEF, mediante el cual refiere la causa del rechazo de la reclamación efectuada por el demandante del seguro de invalidez total y permanente.

De la primera documental antes mencionada, se observa que el médico que la suscribió hizo una relación de antecedentes personales, laborales, patológicos, exploración física y neuropsicológica del reclamante, así como estudios que le fueron practicados y los documentos en que los mismos se basaron, al igual que declaraciones hechas por el actor respecto del accidente. Asimismo, importa



resaltar las siguientes consideraciones y conclusiones que emitió dicho médico; se transcriben:

[...]

En forma evidente no aprecié trastornos de la memoria, ni lentitud del pensamiento, no encontré evidencia de limitación de las capacidades de ideación, ni de cálculo, ni de deterioro de las funciones mentales superiores.

[...]

*Respecto a su aspecto afectivo, el asegurado manifestó que está casado desde hace tres años con la señora *, de * años de edad, quien al parecer es su segunda esposa; mencionó que es psicóloga, sin embargo no trabaja porque tienen que cuidar a su esposo y a su hijo. (...)*

*Se recabaron acuses de parte de accidente del Departamento de Tránsito, de carta declaratoria firmada por la esposa del asegurado, currículo vitae, de hoja "Resumen de Historia Clínica" de Emergencias Médicas del 30 de enero de 2010, notas de internamiento del 30 de enero al 1° de febrero de 2010, del ** del 30 de enero al 1° de febrero de 2010, de reporte de TAC del 30 de enero de 2010.*

DIAGNÓSTICOS NOSOLÓGICOS:

1) PROBABLE *** DE CAUSA DESCONOCIDA.

DIAGNOSTICOS ANATOMOFUNCIONALES:

1) APARENTES TRASTORNOS DE LA MEMORIA, PERDIDA DE LA INICIATIVA, DIFICULTAD PARA LA CONCENTRACIÓN.

PRONOSTICOS:

1) PARA LA VIDA: BUENO
2) PARA LA FUNCIÓN: INCIERTO PARA LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES.
3) PARA EL TRABAJO: INCIERTO PARA EL DESEMPEÑO DE TRABAJO DE ACTIVIDADES INTELECTUALES CON ALTOS REQUERIMIENTOS MENTALES.

En este caso se deben tomar en cuenta los siguientes hechos:

El asegurado tiene la formación de ingeniería en sistemas electrónicos, y carrera de ciencias computacionales.

De acuerdo al curriculum proporcionado, su último trabajo durante los años 2007 y 2008, fue como gerente de un restaurante, actividad sin relación con su formación profesional. Mencionó que posteriormente y hasta que sufrió accidente, trabajó como consultor de sistemas y se dedicó a negocios e inversiones no precisados, y sin aportar evidencia documentales de estas actividades.

(...)

No se cuenta con expediente clínico que revele los antecedentes patológicos del asegurado, ni el inicio y la evolución de su padecimiento.

De acuerdo a copias del parte de accidente del Departamento de Tránsito, se demuestra que sufrió accidente por choque de vehículo el 25 de enero de 2010; sin embargo el documento antes mencionado no demuestra que como consecuencia del accidente, el asegurado haya sufrido lesiones graves que hayan ameritado atención médica.

De acuerdo a las copias de hojas de hospitalización del *****, se demuestra que el asegurado fue hospitalizado el 30 de enero de 2010, se refirió como sintomatología “amnesia y parestesias” y establecieron como diagnósticos “Amnesia” y “Policontundido” en ninguna de las notas menciona lesiones o signos derivados de traumatismo craneoencefálico.

El 30 de enero en el hospital le tomaron TAC de cráneo que reportó: “Asimetría ventricular como variante, resto sin alteraciones aparentes”, es decir se identificó una alteración anatómica en los ventrículos laterales del cerebro, la que no es una enfermedad, ni corresponde a lesión craneoencefálica postraumáticas.

Durante su hospitalización al asegurado le dieron tratamiento únicamente a base de analgésicos y oxigenoterapia; y fue dado de alta el 1° de febrero de 2010 se refiere “asintomático” sin “datos clínicos aparentes” y sin mencionar que presentara evidencia de alteraciones neurológicas postraumáticas.



CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Refirió la esposa que por parte del seguro del automóvil (*) el asegurado fue valorado por el Dr**, neurocirujano al parecer en dos ocasiones; y es muy importante tomar en cuenta su comentario de que el neurocirujano le comentó que: “Su esposo tiene algo pero no tiene que ver con el accidente” por lo que ya no continuó atendiéndolo.

Le realizaron electroencefalogramas que reportó lesión frontal bilateral que deberá correlacionarse clínicamente; además fue valorado por psicóloga, quien le realizó Evaluación Neuropsicológica que reportó: disfunción de los circuitos córtico- subcorticales prefrontales.

En certificado del 27 de septiembre de 2010 el neurólogo estableció diagnóstico de “*a traumatismo craneal que lo incapacita total y permanentemente”; el médico no fundamenta médicamente, ni precisa porque relaciona el Daño cortical subcortical prefrontal como secundario de traumatismo craneal.

En el mismo documento anotó: “Amerita neuro rehabilitación psicológica por tiempo indeterminado, que dependerá de su evolución clínica”.

Respecto al ** de causa desconocida; se acuerdo la Bibliografía médica: Un Síndrome es el cuadro o conjunto de síntomas y signos que definen a un cuadro patológico, y puede tener múltiples causas.

[...]

Por lo anterior **considero que el asegurado presenta un probable ****, que se manifiesta por trastornos de la memoria, con dificultad para la concentración con fatiga mental fácil; lesión de causa desconocida, que pudo haber estado presente desde tiempo no precisado, que puede tener múltiples causas; y que de acuerdo a las evidencias documentales existentes, no guarda relación con el accidente sufrido el 25 de enero de 2010.

[..]

CONCLUSIONES:

Como resultado de valoración médica practicada al asegurado *, y de la revisión de los documentos médicos aportados, se emiten las siguientes conclusiones:

I.- El asegurado refiere tener escolaridad de ingeniería en sistemas electrónicos, y carrera de ciencias computacionales; manifestó como ocupaciones: consultor externo en sistemas de computación, gerente de restaurante, sin que haya aportado documentos que demuestren las actividades laborales que realizaba.

II.- no se cuenta con expediente clínico que rebele los antecedentes patológicos del asegurado, ni el inicio y la evolución de su padecimiento.

III.- El asegurado sufrió accidente automovilístico por choque el 25 de enero de 2010 sin que existan evidencias que objetivamente demuestren que este accidente ocasionó lesiones craneoencefálicas postraumáticas inmediatas o tardías.

IV.- El asegurado presenta probable **, de causa desconocida.

V.- El padecimiento antes mencionado le ocasiona trastornos de la memoria, con dificultad para la concentración, fatiga mental fácil; sin embargo no existen evidencias objetivas que demuestren su magnitud desde el punto de vista neuropsiquiátrico, ni el grado de afectación de las funciones mentales superiores.

VI.- Por lo anterior, con los datos con que actualmente se cuenta, no hay elementos que sustenten que el asegurado presente incapacidad total y permanente para el desempeño de las actividades de gerente de restaurante, actividad que refiere realizó durante los años 2007 y 2008, ni para las actividades de consultor externo de sistemas computación, que refiere realizó hasta el año 2009; porque no encuentro elementos que objetivamente fundamenten desde el punto de vista médico legal la existencia de estado de invalidez.[...]"

Por su parte, del documento mencionado en segundo término se desprende que el motivo de rechazo de ** en relación con la reclamación del seguro de invalidez total y permanente, se debió a que de la valoración médica del asegurado, se

advirtió que padece “*”, consistente en trastornos de la memoria, dificultad para la concentración y fatiga mental, de lo cual no se acreditó su causa ni menos que dicho síndrome haya sido consecuencia del accidente relacionado con la reclamación.

Para evidenciar lo antes dicho, a continuación se transcribe la parte conducente del documento en mención:

*“[...] Se informa que respecto de la póliza *9, el reclamo correspondiente por invalidez total y permanente, fue rechazado, ya que de la valorización médica se desprende que presenta *, consistente en trastornos de la memoria, con dificultad para la concentración, fatiga mental fácil, lo cual no se ha acreditado la causa del mismo, mucho menos que este síndrome se haya presentado a consecuencia del accidente que reclama, por lo cual se ratifica el rechazo de la presente reclamación [...].”*

En suma, de los dos documentos antes referidos se desprende, por un lado, que para la aseguradora demandada no es un hecho controvertido que el actor presente “*”, pero, por otro lado, niega que tal padecimiento sea consecuencia del accidente que sufrió el actor y del que éste hace derivar el estado de invalidez total y permanente cuya cobertura reclama.

En este punto cabe señalar que, con la finalidad de acreditar los extremos de su acción, el

demandante también ofreció las pruebas periciales en materia de neurología y neuropsicología, las cuales se desahogaron por su parte a cargo del doctor ** (neurólogo) y ** (neuropsicóloga), respectivamente.

Y por parte de la demandada, dichas periciales corrieron a cargo del doctor ** (neurólogo) y ** (psicóloga), en lo que respecta a cada una de las materias antes mencionadas.

Al considerar contrarios los dictámenes emitidos por los citados especialistas nombrados por cada una de las partes, el juzgador ordenó la designación de peritos terceros en discordia; sin embargo, en la secuela procesal únicamente se nombró como perito tercero en discordia en materia de neuropsicología a * (neuropsicóloga), sin haberse designado un perito tercero en materia de neurología, dada la imposibilidad material que aconteció para su designación.

Antes de entrar al estudio de los dictámenes periciales de referencia, conviene hacer algunas anotaciones respecto a la prueba pericial y su valoración por el juzgador.

La prueba pericial tiene por objeto que personas con conocimientos especiales en alguna ciencia, arte, técnica, oficio o industria de que se trate, ilustren al juez sobre cuestiones técnicas que escapan de su

conocimiento, es decir, a los peritos sólo les corresponde exponer los elementos necesarios para esclarecer los hechos controvertidos, lo cual harán mediante consideraciones razonadas y sustentadas en circunstancias objetivas, a fin de que el juzgador se forme convicción sobre el tema a debate, quien para ello deberá determinar si esos elementos cumplen o no con las exigencias necesarias a fin de que los dictámenes pueden ser atendidos, conforme a las reglas de la lógica y a la experiencia, debiendo exponer los fundamentos de la valoración jurídica y su decisión.

El valor probatorio del peritaje radica en una presunción concreta, para el caso particular, de que el perito es sincero, veraz y razonablemente acertado, cuando es una persona honesta, imparcial, capaz, experta en la materia de que forma parte el hecho sobre el cual dictamina, que además ha estudiado cuidadosamente el problema sometido a su consideración, ha realizado sus percepciones de los hechos o del material probatorio del proceso con eficacia y ha emitido su concepto sobre tales percepciones y las deducciones que de ellas se concluyen, en virtud de las reglas técnicas, científicas o artísticas de la experiencia que conoce y aplica para esos fines, en forma explicada, motivada y fundada.

De tal manera, la eficacia de la prueba pericial

depende de que a través de los dictámenes rendidos se cumpla con la finalidad ya precisada, y por ende, el juzgador debe atender los fundamentos de cada dictamen y apreciarlos en relación con las constancias de autos, según su prudente arbitrio y atendiendo a las reglas de valoración previstas por la ley.

De modo que salvo en aquellos casos en que la ley otorga el valor probatorio a una prueba, el Juez debe decidir con arreglo a la sana crítica, esto es, sin razonar a voluntad, discrecionalmente o arbitrariamente.

De esta forma, cuando se asume un juicio sobre un hecho específico con base en la sana crítica, es necesario establecer el conocimiento general que sobre una conducta determinada se tiene, y que conlleva a una específica calificación, lo que debe ser plasmado motivadamente en una resolución judicial, por ser precisamente eso lo que viene a justificar objetivamente la conclusión a la que se arribó, evitando con ello la subjetividad y arbitrariedad en las decisiones jurisdiccionales.

Por ello, en la materia, el valor probatorio del peritaje radica en una presunción concreta, esto es, el valor probatorio de un peritaje depende de si está debidamente fundado; la claridad en las conclusiones es indispensable para que aparezcan exactas y el

Juez pueda adoptarlas; su firmeza o la ausencia de vacilaciones es necesaria para que sean convincentes; la lógica relación entre ellas y los fundamentos que las respaldan debe existir siempre, para que merezcan absoluta credibilidad.

En ese orden, al juez le corresponde apreciar estos aspectos intrínsecos de la prueba, pero si considera que las conclusiones de los peritos contrarían normas generales de la experiencia o hechos notorios o una presunción de derecho o una cosa juzgada o reglas elementales de lógica, o que son contradictorias o evidentemente exageradas o inverosímiles, o que no encuentran respaldo suficiente en los fundamentos del dictamen o que están desvirtuadas por otras pruebas de mayor credibilidad, puede rechazarlo, aunque emane de dos o más peritos en perfecto acuerdo.

Por lo tanto, la valoración de la prueba requiere de un ejercicio racional, que con independencia de su resultado, establezca argumentos justificativos basados en el estudio conjunto de la prueba, que no puede descalificarse en su totalidad, a partir de la falta de ilustración de algún concepto.

Los apuntes anteriores se contienen en la jurisprudencia I.3o.C. J/33¹⁶, cuyo texto dice:

¹⁶ Novena Época, Registro: 181056, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XX, Julio de 2004, Materia(s):

PRUEBA PERICIAL, VALORACIÓN DE LA. SISTEMAS. En la valoración de las pruebas existen los sistemas tasados o legales y pruebas libres, o de libre convicción. Las pruebas legales son aquellas a las que la ley señala por anticipado la eficacia probatoria que el juzgador debe atribuirles. Así, el Código de Comercio en sus artículos 1287, 1291 a 1294, 1296, 1298 a 1300, 1304 y 1305, dispone que la confesión judicial y extrajudicial, los instrumentos públicos, el reconocimiento o inspección judicial y el testimonio singular, hacen prueba plena satisfechos diversos requisitos; que las actuaciones judiciales, los avalúos y las presunciones legales hacen prueba plena, y que el documento que un litigante presenta, prueba plenamente en su contra. Por otra parte, las pruebas de libre convicción son las que se fundan en la sana crítica, y que constituyen las reglas del correcto entendimiento humano. En éstas interfieren las reglas de la lógica con las reglas de la experiencia del Juez, que contribuyen a que pueda analizar la prueba con arreglo a la sana razón y a un conocimiento experimental de las cosas. Esos principios se encuentran previstos en el artículo 402 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, al establecer que los medios de prueba aportados y admitidos serán valorados en su conjunto por el juzgador, atendiendo a las reglas de la lógica y de la experiencia, exponiendo cuidadosamente los fundamentos de la valoración jurídica y de su decisión. De modo que salvo en aquellos casos en que la ley otorga el valor probatorio a una prueba, el Juez debe decidir con arreglo a la sana crítica, esto es, sin razonar a voluntad, discrecionalmente o arbitrariamente. Las reglas de la sana crítica consisten en su sentido formal en una operación lógica. Las máximas de experiencia contribuyen tanto como los principios lógicos a la valoración de la prueba. En efecto, el Juez es quien toma conocimiento del mundo que le rodea y le conoce a través de sus procesos sensibles e intelectuales. La sana crítica es, además de la aplicación de la lógica, la correcta apreciación de ciertas proposiciones de experiencia de que todo hombre se sirve en la vida. Luego, es



necesario considerar en la valoración de la prueba el carácter forzosamente variable de la experiencia humana, tanto como la necesidad de mantener con el rigor posible los principios de la lógica en que el derecho se apoya. Por otra parte, el peritaje es una actividad humana de carácter procesal, desarrollada en virtud de encargo judicial por personas distintas de las partes del proceso, especialmente calificadas por su experiencia o conocimientos técnicos, artísticos o científicos y mediante la cual se suministran al Juez argumentos y razones para la formación de su convencimiento respecto de ciertos hechos, también especiales, cuya percepción o cuyo entendimiento escapa a las aptitudes del común de la gente y requieren esa capacidad particular para su adecuada percepción y la correcta verificación de sus relaciones con otros hechos, de sus causas y de sus efectos o, simplemente, para su apreciación e interpretación. Luego, la peritación cumple con una doble función, que es, por una parte, verificar hechos que requieren conocimientos técnicos, artísticos o científicos que escapen a la cultura común del Juez y de la gente, sus causas y sus efectos y, por otra, suministrar reglas técnicas o científicas de la experiencia especializada de los peritos, para formar la convicción del Juez sobre tales hechos y para ilustrarlo con el fin de que los entienda mejor y pueda apreciarlos correctamente. Por otra parte, en materia civil o mercantil el valor probatorio del peritaje radica en una presunción concreta, para el caso particular de que el perito es sincero, veraz y posiblemente acertado, cuando es una persona honesta, imparcial, capaz, experta en la materia de que forma parte el hecho sobre el cual dictamina que, además, ha estudiado cuidadosamente el problema sometido a su consideración, ha realizado sus percepciones de los hechos o del material probatorio del proceso con eficacia y ha emitido su concepto sobre tales percepciones y las deducciones que de ellas se concluyen, gracias a las reglas técnicas, científicas o artísticas de la experiencia que conoce y aplica para esos fines, en forma explicada, motivada, fundada y conveniente. Esto es, el valor probatorio de un peritaje depende de si está debidamente fundado. La claridad en las conclusiones es

indispensable para que aparezcan exactas y el Juez pueda adoptarlas; su firmeza o la ausencia de vacilaciones es necesaria para que sean convincentes; la lógica relación entre ellas y los fundamentos que las respaldan debe existir siempre, para que merezcan absoluta credibilidad. Si unos buenos fundamentos van acompañados de unas malas conclusiones o si no existe armonía entre aquéllos y éstas o si el perito no parece seguro de sus conceptos, el dictamen no puede tener eficacia probatoria. Al Juez le corresponde apreciar estos aspectos intrínsecos de la prueba. No obstante ser una crítica menos difícil que la de sus fundamentos, puede ocurrir también que el Juez no se encuentre en condiciones de apreciar sus defectos, en cuyo caso tendrá que aceptarla, pero si considera que las conclusiones de los peritos contrarían normas generales de la experiencia o hechos notorios o una presunción de derecho o una cosa juzgada o reglas elementales de lógica, o que son contradictorias o evidentemente exageradas o inverosímiles, o que no encuentran respaldo suficiente en los fundamentos del dictamen o que están desvirtuadas por otras pruebas de mayor credibilidad, puede rechazarlo, aunque emane de dos peritos en perfecto acuerdo. Por otra parte, no basta que las conclusiones de los peritos sean claras y firmes, como consecuencia lógica de sus fundamentos o motivaciones, porque el perito puede exponer con claridad, firmeza y lógica tesis equivocadas. Si a pesar de esta apariencia el Juez considera que los hechos afirmados en las conclusiones son improbables, de acuerdo con las reglas generales de la experiencia y con la crítica lógica del dictamen, éste no será conveniente, ni podrá otorgarle la certeza indispensable para que lo adopte como fundamento exclusivo de su decisión, pero si existen en el proceso otros medios de prueba que lo corroboren, en conjunto podrán darle esa certeza. Cuando el Juez considere que esos hechos son absurdos o imposibles, debe negarse a aceptar las conclusiones del dictamen.

Ahora bien, en el caso concreto las opiniones

Juzgado 10° de Distrito en Materia Civil en el Distrito Federal.

Asimismo, es importante establecer que algunos de los documentos exhibidos consisten en un Electroencefalograma que REALICÉ Y LO INTERPRETÉ, también realice Dictamen Previo, y con la necesidad de realizar pruebas neuropsicológicas, ya que la lesión del paciente se presentó en la región prefrontal predominantemente, remití al señor * con la neuropsicóloga Lic. ** para que conjuntamente trabajáramos en un tratamiento que pudiera recuperar en medida de lo posible su calidad de vida. Por lo que también tengo amplio conocimiento sobre los reportes de la neuropsicóloga y en que consiste cada uno.

XI. Que diga el perito, de acuerdo al análisis de los documentos mencionados en la pregunta que antecede si a partir del 25 de enero de 2010 el señor ** sufre alteraciones en la salud.

El paciente sufrió Traumatismo craneal el 25 de enero del 2010 y le produjo severos daños neurológicos en su capacidad cognitiva que lo dejan con invalidez total y permanente. Este accidente lo pude comprobar a través del reporte de tránsito que se exhibió en autos por la demandada y por lo cual se que su padecimiento fue causa del mismo accidente.

El traumatismo craneal que padece el señor ** produce cambios en los vectores de fuerza por aceleración lineal y rotacional que dañan el tejido cerebral SIN producir hemorragia ya que solo estiran las fibras y las destruyen. Los estudios de electroencefalograma corroboran la lesión topográfica (prefrontal) y los estudios de pruebas neuropsicológicas corroboran los daños en la cognición del paciente (La cognición involucra las funciones de atención, memoria, orientación visoespacial, habilidades motoras ya aprendidas llamadas praxias, habilidades sensitivas ya aprendidas llamadas dnosias, juicio), que son la causa del SEVERO daño del paciente.

En otras palabras, la actividad del cerebro consiste en procesar miles de millones de impulsos eléctricos (impulsos nerviosos) que viajan a través de las neuronas a una velocidad que alcanzan los 300 kilómetros sobre hora (Km/h), cuya frecuencia o número de pulsaciones constituye el elemento variable del mensaje codificado. Pero el impulso nervioso, no puede saltar de una neurona a otra. Para salvar la distancia, la neurona libera un auténtico “mensajero químico”,



llamado neurotransmisor. Se llama neurotransmisor a toda sustancia química liberada por cualquier terminación nerviosa que transmite un impulso de una neurona a otra a un músculo o a una glándula. El lugar donde dos neuronas se unen (no físicamente) se llama sinapsis. Los impulsos nerviosos pasan por donde la sinapsis en una sola dirección, del axón de una neurona a la dendrita de la otra neurona.

De esa manera nuestra salud mental depende en gran medida de lo que ocurra al neurotransmisor en el camino. Si es destruido por enzimas perjudiciales antes de llegar a su destino, o al llegar al axón vecino no encuentra destinatario del mensaje, la comunicación se corta y puede suceder que las neuronas del cerebro por alguna lesión exterior (como el traumatismo craneal que le sucedió al paciente), no forman suficiente cantidad de cierto neurohumor químico y provoque trastornos conductuales volitivos.

Por esa razón, al descubrir el traumatismo craneal del paciente, mandé al señor ** con la neuropsicóloga ya que noté daños ocasionados en su cerebro por un traumatismo y necesitaba saber cómo los mismos han afectado su conducta neuropsicológica para proponerle un tratamiento. Hoy en día al paciente se le han recetado medicamentos para que volviera a tener una conducta normal, así como recuperar sus habilidades de su profesión ya que el trastorno que padece no fue detectado sino cuando fue remitido conmigo.

CON EL RESULTADO DE LAS PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS SE CORROBORÓ EL CAMBIO EN LA CONDUCTA Y TRASTORNO SERIO EN LA MEMORIA QUE INCAPACITAN TOTAL E IRREVERSIBLE AL PACIENTE, YA QUE SE REALIZÓ REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA CON POBRES RESULTADOS Y SE REALIZÓ EL DICTÁMEN DEFINITIVO. LA NEUROPSICÓLOGA TIENE UNA RELACIÓN PROFESIONAL CON UN SERVIDO Y ES NECESARIO SU PARTICIPACIÓN CUANDO LA LESIÓN ES PPREFRONTAL O TEMPORAL YA QUE SE AFECTA LA COGNICIÓN DEL PACIENTE (LAS FUNCIONES QUE TIENE QUE VER CON LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN, ORIENTACIÓN, JUICIO, MEMORIA, PRAXIAS Y GNOSIAS) Y SOLO LAS PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS DETERMINARAN DICHAS ANORMALIDADES.

La razón de que ésta invalidez no haya sido detectada con anterioridad es debido a que cuando lo revisaron los otros médicos solo vieron que estaba despierto y se movían las cuatro extremidades con buena coordinación de movimientos y PENSARON que no había problema cerebral ya que la TAC de cráneo descartó hemorragia.

[...]

XIII. Que diga el perito, si en caso de que el señor * hubiere sufrido alteraciones a su salud a partir del 25 de enero de 2010, éstas le provocan un estado de Invalidez Total y Permanente.**

Con los anteriores incisos queda en claro que el paciente perdió toda la capacidad de desarrollar su actividad profesional de alto rendimiento y que el tratamiento actual de neuromoduladores solamente le ayudaran para un mejor rendimiento a nivel familiar.

En conclusión no podrá general ingresos EN EL FUTURO iguales o inclusive alguno al que venía percibiendo con anterioridad al año anterior al siniestro por lo que lo declaré con INVALIDEZ TOTAL E IRREVERSIBLE.

Asimismo, debo señalar que como médico del señor * y en colaboración de la neuropsicóloga * se le sugirió como tratamiento que buscara un trabajo sencillo y de poca complejidad para conocer su desempeño laboral, pero desgraciadamente el paciente no duró en ninguno. Algunos de sus trabajos fueron de mesero, cajero de banco, etc. Pero su duración fue de días ya que olvidaba las indicaciones, habían lagunas de tiempo, entre otras causas derivadas de su padecimiento.

Por lo cual definitivamente sufre una invalidez total y permanente que no le permite generar sus ingresos anuales anteriores al 2010, que según informes de su esposa y documentos de estado de cuenta y cheques, eran muy altos.

XIV. Que diga el perito si el médico con especialidad en medicina forense o el especialista en neurología clínica, pueden llegar a determinar los mismos resultados.

Para valorar al paciente * es necesario presentar cédulas profesionales de Medicina general, cédulas de especialidad en Neurología Clínica y el CERTIFICADO



vigente de Neurología clínica emitido por el Consejo Mexicano de NEUROLOGÍA.

Si bien la demandada presentó un informe del Dr. * (médico forense y legal) en su contestación de demanda, como se apreció al estudiar los módulos o bloques de especialidad y subespecialidad, el médico forense o legal, cursa estudios de tres años sobre cadáveres y sus enfermedades o causas de muerte (Autopsias). El neurólogo estudia durante muchos años más el estudio del cerebro y sus enfermedades. Por lo que si el médico forense no trata con pacientes vivos o mejor dicho con cerebros vivos, no puede determinar el daño que sufre el señor **.

Para practicar la medicina primero se realiza el pregrado de Médico cirujano partero (puede cambiar el nombre de acuerdo a la Universidad), es decir, todos los médicos tienen cédula profesional de médico general y después se realiza el Posgrado (Especialidades). Para realizar la Neurología es necesario 4 años de Medicina Interna (Clínico) y después la subespecialidad de Neurología por 3 años con materias y experiencia CLÍNICO en patologías del cerebro No operables sino solo patologías que se tratan con medicamentos. La medicina forense es una especialidad de 3 años con entrenamiento de todo lo relacionado con Cadáveres solamente. Es decir, el médico forense no tiene el conocimiento ni experiencia clínico de enfermedades neurológicas como la que tiene el señor *.

Además de que para estudiar subespecialidades no se requiere previamente el estudio de posgrado de medicina legal, ya que sus conocimientos son insuficientes y se necesita realizar otro tipo de posgrado (medicina interna, pediatría, ginecología, etc. Para cursar una subespecialidad.

De esa manera, el Dr. **NO tiene los conocimientos y habilidades clínicas para detectar la invalidez del caso. Porque en su especialidad (NO SUBESPECIALIDAD) de médico forense no se cursan ni tiene las materias y práctica clínica de estos problemas neurológicos.

El Dr. *NO puede valorar los estudios que se realizaron porque no tiene entrenamiento en eso. Porque su especialidad no tiene habilidades de realizar ni interpretar Electroencefalogramas ni valoración clínica neurológica.

El especialista capaz de interpretar los estudios hechos al señor *, así como del grado de invalidez que sufre es únicamente el NEURÓLOGO CLÍNICO, que apoyado con pruebas neuropsicológicas realizadas por Neuropsicóloga calificada, ayudan al paciente a recuperar en lo posible su nivel de vida normal.

Todo lo anterior solo puede determinar el neurólogo porque el problema del paciente es una enfermedad CLÍNICA y de ALTA ESPECIALIDAD NEUROLÓGICA, por lo que el médico forense no podrá llegar a conclusiones diagnósticas correctas ya que solo ha estudiado cadáveres y no seres vivos, por lo que a menos que realice un estudio del cerebro muerto del señor * (autopsia) podría encontrar su invalidez.

POR TANTO PUEDO DECIR SIN ERROR A EQUIVOCARME QUE EL DICTAMEN QUE PRESENTÓ LA DEMANDADA DEL DR. GERARDO MANUEL VÁZQUEZ GALINDO, NO TIENE VALIDEZ MÉDICA PARA NEGAR LA ENFERMEDAD QUE PADECE EL ACTOR, YA QUE SÓLO EL ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA CLÍNICA PUEDE DIAGNOSTICARLA.

XV. Que diga el perito por qué se le declaró (De acuerdo a los documentos evaluados) una invalidez total y permanente al señor *.

Se declaró la INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE al sr ** por la pérdida de sus funciones cognitivas que NO le permiten hacer juicios de su profesión en forma irreversible.

El tratamiento con neuromoduladores solo se permitirán mejorar las funciones básicas de vida para una calidad familiar pero NUNCA mejorara su vida profesional.

En otras palabras su cerebro ya no puede ejercer las mismas funciones que normalmente hace, por lo que debe recetársele medicamento que le permita tener una vida normal, pero aún el mismo medicamento, no es la solución, ya que sus efectos no son prolongados, unas horas quizás, también existen secuelas, es decir, la memoria a corto plazo atrofia la memoria a largo plazo y viceversa, también a veces le causa confusión, mareos, entre otras cosas.

Por ello es que la invalidez se determina por el daño causado que al ser irreversible, no puede ser curado sólo tratarse. Y aunque se reitera que puede

tratarse, es una solución temporal que no permite el desarrollo pleno del paciente ya que no puede trabajar bajo estés ni en condiciones de jornadas mayores a una hora, pues podrá mantener una pequeña conversación, hacer sumas y restas sencillas, pero no ejecutar las labores de una jornada normal de trabajo como mesero, cajero y mucho menos de alguna cuestión profesional.

[...]

XVIII. Que diga el perito la razón y fundamento de su dictamen.

La razón de este dictamen es determinar que el señor *, presentó traumatismo craneal que le daño el lóbulo frontal (Parte anterior del cerebro) y que los daños son MUY GRAVES porque no le permiten hacer juicios con pérdida de sus habilidades profesional en forma PERMANENTE E IRREVERSIBLES.

Lo anterior se fundamenta en los documentos exhibidos que realice y del cual concluí que existe una lesión prefrontal bilateral (la cual no es un diagnóstico nosológico solo TOPOGRÁFICO de la región frontal bilateral) pero posteriormente se le indicaron las pruebas neuropsicológicas para ver las funciones cognitivas dañadas.

Así el reporte neuropsicológico corrobora problemas serios en las pruebas ejecutivas de la cognición (las cuales se realizan en la región prefrontal y con lo anterior se integra el DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO de *).

CONCLUSIONES.

Que el paciente sufrió Traumatismo Craneal el 25 de Enero del 2010 y le produjo severos daños neurológicos en su capacidad cognitiva que lo dejen con invalidez total y permanente.

Que los documentos que se analizan fueron emitidos por el suscrito en colaboración de la neuropsicóloga Lic*.

Que los documentos prueban el estudio de un Electroencefalograma que REALICE Y LO INTERPRETE, también la realización de un Dictamen Previo y con la necesidad de realizar pruebas neuropsicológicas ya que la lesión del paciente se presentó en la región prefrontal predominante, remití al

señor ** con la neuropsicóloga Lic. * para que conjuntamente trabajáramos en un tratamiento con medicamentos neuromoduladores para mejorar la calidad de vida del señor **. Por lo que fueron elaborados para el diagnóstico de la conducta volitiva del paciente y saber sus secuelas.

Que la invalidez consistente en un problema de neurotransmisores en el cerebro del señor * que no permite que su conducta sea normal y necesita tratamiento por medicamentos.

Que la razón de que ésta invalidez no haya sido detectada con anterioridad es debido a que cuando lo revisaron los otros médicos solo vieron que estaba despierto y se movían las cuatro extremidades con buena coordinación de movimientos y PENSARON que no había problema cerebral ya que la TAC de cráneo descarto hemorragia.

Que los médicos sin especialización en medicina interna y subespecialidad en neurología, NO tienen los conocimientos y habilidades clínicas para detectar la invalidez del caso. Porque en todas las especialidades de medicina no se cursan ni tiene las materias y práctica clínica de estos problemas neurológicos.

Que los médicos sin especialización en medicina interna y subespecialidad en neurología, NO pueden valorar los estudios que se realizaron (Electroencefalograma, etc.) porque no tiene entrenamiento en eso. Porque su especialidad no tiene habilidad es de realizar ni interpretar Electroencefalogramas ni valoración clínica neurológica.

Que el especialista capaz de interpretar los estudios hechos al señor **, así como del grado de invalidez que sufre es únicamente el NEURÓLOGO CLÍNICO, que apoyado con pruebas neuropsicológicas realizadas por Neuropsicóloga calificada, ayudan al paciente a recuperar en lo posible su nivel de vida normal.

Que el problema del paciente ** es una enfermedad Clínica y de ALTA ESPECIALIDAD NEUROLÓGICA, invalida al señor **total y permanentemente para trabajar en actividades sencillas y más aun profesionalmente.

Que el señor * sufrió una lesión prefrontal bilateral (la cual no es un diagnóstico nosológico solo TOPOGRÁFICO de la región frontal bilateral), pero

posteriormente se le indicaron unas pruebas neuropsicológicas para ver las funciones cognitivas dañadas y luego de las mismas, se corroboró problemas serios en las pruebas ejecutivas de la cognición (las cuales se realizan en la región prefrontal) y con lo anterior se integró el DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO de **.

[...]

De la anterior opinión técnica, se desprende que el especialista en neurología doctor ** analizó la documentación exhibida por las partes, en la que encontró un encefalograma, un dictamen previo realizado por el propio médico, así como reportes de neuropsicología, y de ese análisis refirió y concluyó lo siguiente:

- Que el veinticinco de enero del dos mil diez, el actor sufrió un traumatismo craneal y le produjo daños neurológicos en su capacidad cognitiva.

- Que el traumatismo craneal referido produce cambios en los vectores de fuerza por aceleración lineal y rotacional que dañan el tejido cerebral sin producir hemorragia, ya que sólo estiran las fibras y las destruyen. Asimismo, que los estudios de encefalografía corroboran la lesión topográfica (prefrontal) y los estudios de pruebas psicológicas corroboran los daños en la cognición del paciente, la cual involucra las funciones de atención, memoria, orientación viso-espacial,

habilidades motoras y habilidades sensitivas.

- Que la actividad del cerebro consiste en procesar miles de millones de impulsos eléctricos (impulsos nerviosos) que viajan a través de las neuronas y cuya frecuencia o número de pulsaciones constituye el elemento variable del mensaje codificado. Asimismo, que el impulso nervioso entre una neurona y otra requiere de un “mensajero químico” llamado neurotransmisor, el cual permite la transmisión de un impulso de una neurona a otra a un músculo o a una glándula.

- Que por ello, la salud mental depende en gran medida de esos neurotransmisores, en el entendido que si son destruidos antes de llegar a su destino, la comunicación neuronal se corta, lo que puede suceder a causa de una lesión como lo es el traumatismo craneal sufrido por el paciente, al no permitir la formación suficiente de neurotransmisores, que provoca trastornos conductuales y volitivos en la persona.

- Que la neuropsicología guarda relación con la neurología, pues es necesaria cuando el paciente presenta una lesión prefrontal ya que afecta sus facultades de cognición, y sólo las pruebas neuropsicológicas determinan dichas



anormalidades y el grado de afectación.

- Que los daños presentados por el paciente son severos y a pesar de recibir neurorehabilitación cognitiva no hubo mejoría, pues la alta especialidad de las funciones cerebrales dañadas en el actor impiden su recuperación.

- Que con motivo de su padecimiento, el actor perdió la capacidad de desarrollar su actividad profesional y que el tratamiento actual que recibe solamente le ayuda para un mejor rendimiento a nivel familiar.

- Que el daño causado al actor es irreversible, porque el cerebro ya no puede ejercer las mismas funciones que normalmente hace, y que el suministro de medicamento no cura el padecimiento pues su efecto sólo es temporal, lo que no puede contrarrestar las secuelas de dicho padecimiento, que presenta en la memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, por mencionar algunas, las cuales no permiten el desarrollo pleno del paciente en el ámbito laboral.

- Que el diagnóstico nosológico del actor consiste en síndrome frontal postraumático, derivado del traumatismo

craneal que sufrió el veinticinco de enero del dos mil diez.

- Que la razón por la que la invalidez que sufre el paciente no haya sido detectada con anterioridad obedece a que las revisiones médicas que se le efectuaron con anterioridad sólo consideraron que presentaba buena coordinación de movimientos y que no existía ningún problema cerebral ya que fue descartada hemorragia en el cráneo.

- Que los médicos sin especialización en neurología carecen de los conocimientos y habilidades clínicas para detectar la invalidez que presenta el actor.

- Que el especialista capaz de interpretar los estudios de encefalograma y neurológicos únicamente es el neurólogo clínico, con apoyo además en pruebas neuropsicológicas realizadas por un neuropsicólogo calificado.

- Que el padecimiento del actor se trata de una enfermedad clínica y de alta especialidad neurológica, que le genera un estado de invalidez total y permanente para trabajar en actividades sencillas y más aun de carácter profesional.

Pues bien, en atención a los términos en que el **perito en materia de neurología** designado por la actora rindió su dictamen, este tribunal considera que el mismo es apto para otorgarle valor probatorio, respecto al padecimiento que sufre el actor y en el cual basa su reclamo del seguro de invalidez total y permanente a causa de accidente.

Lo anterior es así, pues el perito señaló la documentación y estudios médicos en que se apoyó para emitir su opinión técnica, tales como electroencefalogramas, estudios neurológicos y pruebas neuropsicológicas realizadas al actor; asimismo, refirió el método clínico empleado para la interpretación de dichos estudios clínicos, basado en la experiencia y en el entrenamiento adquirido en la materia de su especialidad. Por otra parte, en general, el citado experto desarrolló el dictamen tomando en consideración bases científicas que refirió pertenecientes a la materia, al precisar el diagnóstico del demandante (síndrome frontal postraumático), la causa del mismo (traumatismo craneal sufrido el 25 de enero de 2010), sus efectos y consecuencias (alteraciones cognitivas que afectan las funciones relacionadas con la capacidad de atención, orientación, memoria, entre otras), que le llevaron a determinar que el actor se encuentra en un estado de invalidez total y permanente derivado de dicho padecimiento.

De esta manera, a juicio del que suscribe el dictamen en comento fue desarrollado sobre bases propias de la especialidad requerida (neurología), y conforme a las cuales el experto procuró explicar y sustentar la razón de su dicho, y arribar a la conclusión antes señalada; motivo por el cual genera convencimiento a este juzgador en la medida que dicho dictamen aporta elementos técnicos necesarios para dirimir aspectos de la controversia planteada, como lo es la existencia y el tipo de padecimiento que sufre el actor, la causa que lo originó, sus consecuencias y el nexo que existe entre el accidente aludido y el estado de invalidez total y permanente, alegado por el asegurado.

Además, se puede observar que el contenido del dictamen guarda congruencia con las bases que lo justifican y las conclusiones que en el mismo se sustentan, de lo que es posible deducir que el perito demostró honestidad en cuanto a su opinión, y que ésta la formuló razonablemente y acorde a su leal saber y entender.

Por el contrario, la opinión técnica en materia de neurología, rendida por el perito nombrado por la parte demandada no es jurídicamente apta para conferirle valor probatorio en cuanto a los puntos cuestionados sobre los cuales versó el desahogo de la prueba.



Para demostrar esta afirmación, enseguida se transcribe el dictamen de referencia:

Perito ** (nombrado por la demandada)

CUESTIONARIO.

[...]

10.- Que diga el perito si tuvo a la vista y estudió desde el punto de vista médico los siguientes documentos.

Escritos de demanda y su contestación que obran en el expediente tramitado ante el Juzgado Décimo de Distrito en Materia civil en el Distrito Federal.

La totalidad de los documentos exhibidos por las partes en el juicio tramitado bajo el expediente tramitado ante el juzgado Décimo de Distrito en Materia Civil en el Distrito Federal.

Sí.

11.- Que diga el perito, de acuerdo al análisis de los documentos mencionados en la pregunta que antecede, si a partir del 25 de enero de 2010 el Señor * sufre alteraciones en la salud y en caso de que así sea, cuales son.

*No, toda vez que no existe constancia que a partir del 25 de enero de 2010 el Sr. **, sufriera alguna alteración, lo púnico que nos refiere a dicha fecha como probable de su presunto padecimiento, es el propio dicho del paciente, y en su caso no tiene validez pues las causas para sufrir alteraciones son diversas; y toda vez que existe un reporte de tránsito en el que señala que no hubo lesionados; existe una valoración del médico de la aseguradora que no cuenta con traumatismo craneal aparente, y valoración del Dr. **, el cual señala que no cuenta con alteraciones, no se puede asegurar que el presunto padecimiento provenga del 25 de enero de 2010.*

*Por lo que aventurarse a afirmar que el padecimiento del Sr. *, proviene del 25 de enero de 2010, es impreciso y falso, pues nafa indica que en dicha fecha haya sufrido alguna alteración, más que su propio dicho el cual pierde validez cuando intenta obtener un lucro.*

12.- Que diga el perito de acuerdo a los documentos mencionados en la pregunta 10. Y en caso de que los mismos se desprenda que el señor **sufre alteraciones en la salud, si estas son susceptibles de ser curadas o subsanadas utilizando los conocimientos y avances científicos existentes al 25 de enero de 2010.

Las presuntas alteraciones que padece, pueden ser tratadas pues incluso según constancias, se le ha dado tratamiento; y se insiste nada puede asegurarse que sus presuntas alteraciones provengan del 25 de enero de 2010.

13.- Que diga el perito si en caso de que el señor **, hubiere sufrido alteraciones a su salud a partir del 25 de enero de 2010, estas le provocan un estado de invalidez total y permanente.

No, toda vez que insiste no se puede asegurar que su presunta alteraciones provengan del 25 de enero de 2010; pues de las constancias solo su dicho refiere a dicha situación, ya que la Neuropsicóloga que lo atendió tomo como referencia la fecha que el paciente le dio y después el Neurólogo, tomo como referencia la fecha obtenida por la Neuropsicóloga, por lo que el Sr. *, es el único que asegura que es de dicha fecha; pero en dicha fecha y próximas se refirió que no había alteración alguna tanto por el reporte de tránsito como por diversos doctores.

14. Que diga el perito si el médico con especialidad en medicina forense o el especialista en neurología clínica pueden llegar a los mismos resultados.

Dependiendo de la valoración que realizan, ya que si es en medicina general ambos tienen las bases, pero si es un padecimiento propio de su especialidad solo quien tenga la especialidad puede determinarlo, pero por ejemplo y traumatismo cerebral ambos pueden determinarlo.

15. Que diga el perito por que se le declaró (de acuerdo a los documentos evaluados) una invalidez total y permanente al Señor *.

Porque el Neurólogo se basó en la prueba en Neuropsicología realizada al Señor **, ordenada por el propio especialista, la cual tomo como base la fecha proporcionada por el paciente, sin poder asegurar que el padecimiento provenga de dicha fecha, salvo por el dicho del paciente, el cual pierde su validez cuando en

su momento se marcó que no hubo lesionados; y además entre el accidente y la prueba de Neuropsicología transcurrieron más de tres meses, por lo que la causa de su presunto padecimiento pudo haberse generado sin tomar en consideración el ocurrido de 25 de enero de 2010.

16. Que diga el perito si de acuerdo al encefalograma el señor ** debe recibir medicamento neuromoduladores para tratar de reconectar los circuitos dañados con el traumatismo craneal que recibió.

El electroencefalograma en diversos puntos es ilegible por lo cual es imposible determinarlo, y en ningún documento viene referido que el señor **, haya padecido un traumatismo craneal.

17. Que diga el perito si entre los documentos exhibidos viene alguna evaluación de la aseguradora donde se aprecie que la misma le hizo estudios correspondientes para detectar su estado de salud físico, psicológico, etc.

Si, en cuanto a lo físico la valoración del Dr. * y en lo psicológico el ofrecimiento de la prueba en Neuropsicología por la MTRA. *.

18. Que diga el perito la razón y fundamento de su dictamen.

La razón del dictamen deviene del ofrecimiento realizado para determinar si el ocurrido del 25 de enero de 2010, es la causa de los presuntos padecimientos, la cual se puede llegar a la conclusión que no lo es, ya que el dicho señor ** es el único que refiere que así fue, y en las valoraciones que en su momento específico se hicieron no tuvo ninguna lesión ni traumatismo; por lo que el ocurrido de 25 de enero de 2010, no puede ser tomado como la fecha o causa que originara su presunto padecimiento.[...]"

Del dictamen antes transcrito, se desprende que el especialista en neurología doctor ** tuvo a la vista los escritos de demanda, contestación y anexos, así como la totalidad de los documentos exhibidos por las partes, y de cuyo análisis consideró y concluyó lo

siguiente:

- Que en el caso no existe constancia de que a partir del veinticinco de enero de dos mil diez el actor sufra del presunto padecimiento que alega, toda vez que del reporte de tránsito de esa misma fecha se advierte que no hubo lesionados; asimismo, porque no existe una valoración del médico de la aseguradora que haya referido que el actor presentaba un traumatismo craneal aparente.

- Que las presuntas alteraciones que padece el demandante pueden tratarse, pues incluso de constancias se advierte que ha recibido tratamiento médico.

- Que en el caso no se pudo asegurar que las presuntas alteraciones que presenta el actor derivan del accidente acaecido el veinticinco de enero del dos mil diez, pues al respecto únicamente existe el dicho del actor.

- Que la declaración de invalidez total y permanente realizada por el neurólogo del actor se basó en que el padecimiento que presenta proviene del accidente ocurrido el veinticinco de enero del dos mil diez, lo cual sólo es el dicho del paciente.

- Que existen documentos provenientes de la aseguradora, relativos a la valoración

médica practicada al actor, por el doctor **, los cuales demuestran que le fue realizada una evaluación para detectar su estado de salud.

- Que el actor es el único que refiere que a causa del accidente de veinticinco de enero de dos mil diez sufre de los presuntos padecimientos, sin que en las valoraciones médicas que en su momento se le realizaron se advierta la existencia de alguna lesión o traumatismo craneal.

Así pues, aun cuando el dictamen en cuestión fue rendido por un especialista en la materia (neurología), de su contenido no se aprecia que haya sido emitido sobre alguna base científica, menos de su especialidad, pues únicamente se circunscribe a realizar manifestaciones de carácter subjetivo, cuando se refiere a hechos alegados por el actor en que funda sus pretensiones. Asimismo, las consideraciones expresadas por el perito las plantea como si fueran meras suposiciones, pues no explica razones ciertas que justifiquen su dicho, lo cual es inadmisibles tratándose de la formulación de un dictamen técnico, respecto al cual el perito acredita ser experto en la materia y, por ende, se presume que cuenta con los conocimientos relativos al problema y cuestionario propuestos para el desahogo de la prueba.

En este mismo sentido, es que no puede

admitirse que el perito pretenda sustentar la inexistencia de un padecimiento que sufre el actor a causa del accidente ocurrido el veinticinco de enero de dos mil diez, al aducir que del reporte de tránsito de esa misma fecha se advierte que “no hubo lesionados”, en el entendido que dicho documento no es formulado por un perito de la materia, a diferencia de la opinión técnica que atendiendo a la naturaleza de una prueba de experticia debió rendir el especialista nombrado por la enjuiciada -lo que no hizo- .

Así también, no puede otorgarse valor probatorio al dictamen de que se trata, toda vez que el perito pretende justificar que en la valoración médica practicada al actor [estudio y valoración médica de siete de febrero de dos mil once, realizada a solicitud de la **], por el médico de la aseguradora, *especialista en medicina legal y medicina de trabajo, no quedó demostrado que el demandante haya sufrido alguna lesión o traumatismo que le provocara el padecimiento en el que basa la invalidez total y permanente que reclama.

Se afirma lo anterior, por un lado, pues el citado médico de la aseguradora no es especialista en neurología –sino médico legal–, y por otro lado, porque en la referida valoración médica se concluyó que si bien se desconoce la causa, el actor presenta probable “**”, sin que se haya explicado de manera razonada la negativa de por qué dicho padecimiento

no deriva del accidente que le ocurrió al accionante el veinticinco de enero de dos mil diez, que le provocó un traumatismo craneal.

En estas condiciones, el citado dictamen formulado por el perito en neurología nombrado por la demandada, no aporta elementos técnicos ciertos, fundados y motivados, para dirimir la *litis* planteada en lo relativo a la existencia y tipo de padecimiento que sufre el actor, la causa que lo originó y sus consecuencias, tales como el estado de invalidez total y permanente cuya cobertura del seguro reclama. De ahí que no sea susceptible de otorgarle valor probatorio.

Pericial en materia de neuropsicología

Dictamen de la neuropsicóloga **
(nombrada por el actor).

“[...] 1.- Que diga la perito su escolaridad, grado de estudios y especialidad que tiene.

Licenciada en Psicología, grado Master en Neurociencias y Especialista en Neuropsicología Pediátrica.

[...]

4.- Que diga la perito qué padecimientos trata la neuropsicología.

La neuropsicología estudia las relaciones entre la conducta y el cerebro. Como ciencia aplicada trata

alteraciones cognitivas y del comportamiento como consecuencia de lesiones cerebrales: trastornos del pensamiento, síndrome disejecutivo, afasias, amnesias, agnosias, apraxias y alteraciones neuroconductuales. También trata alteraciones cognitivas, de conducta o emocionales debidas a condiciones neurológicas, médicas, de desarrollo o psiquiátricas.

5.- Que diga la perito si tiene conocimientos en medicina con especialidad en neurología clínica.

Si, dentro de mis estudios de especialidad y máster se incluyeron temas de neurología clínica, a través de la asistencia a congresos de neurología, y del trabajo interdisciplinario con neurólogos. No obstante, no soy médico y mis conocimientos van encaminados a coadyuvar con el neurólogo clínico, quien es el único capacitado para determinar daños neurológicos.

6.- Que diga la perito si puede dar el diagnóstico médico nosológico del actor.

Si, con apoyo de los resultados de gabinete y de los informes que me allegue el neurólogo clínico, quien previamente ha evaluado al paciente y determinado su invalidez.

A través de la especialidad en neuropsicología he adquirido conocimiento en neurología para el tratamiento de personas con lesiones cerebrales causadas por un accidente, pero al no ser médico y menos tener los estudios específicos que adquiere el Neurólogo Clínico, debo basar y soportar mis diagnóstico en el de él.

7.- Que diga la perito en que consiste el Síndrome Frontal Postraumático.

En cambios en la personalidad como secuela de traumatismo craneoencefálico con consecuente lesión en los lóbulos frontales, que implica alteraciones de la función ejecutiva, cognitivas, conductuales, afectivo-emocionales y comportamentales las cuales van a condicionar la adaptación socio-personal y profesional de quien lo padece. Representa una de las secuelas neuropsiquiátricas postraumáticas más frecuentes y persistentes en el tiempo, que genera frecuentemente un importante deterioro social e incapacidad para reintegrarse laboralmente en el afectado, así como sobrecarga y desequilibrio emocional familiar.

La sintomatología cognitiva es variada y puede incluir trastornos en el razonamiento, en la capacidad

de generar estrategias que permitan solucionar problemas, la planificación, la formación de conceptos, el ordenamiento temporal de los estímulos, el lenguaje, el control motor, la motivación, la afectividad, la personalidad, la atención, la memoria y en concreto en la memoria de trabajo, la meta cognición y cognición social, el aprendizaje asociativo, la generación de imágenes, la manipulación de las propiedades especiales de un estímulo, o incluso, la percepción.

Es importante dejar en claro que el Síndrome Frontal Postraumático si bien es una padecimiento aparentemente de carácter psicológico, el trastorno en sí es un padecimiento médico del actor causado por un accidente cuyas secuelas son psicológicas. Por lo cual la causa médica psicológica van unidas, ya que el daño cerebral provoca trastornos psicológicos pero el daño es un trastorno médico.

Ejemplifico lo anterior diciendo que los enfermos de cáncer, lupus, sida u otros padecimientos pueden causar trastornos depresivos, causar ideas paranoides u otra enfermedad mental, pero su causa es un padecimiento médico y los trastornos mentales una secuela.

8.- Que diga la perito en que se relaciona la neurología y la neuropsicología.

Son disciplinas científicas insertas en as neurociencias y que se retroalimentan de ellas y entre sí. La neurología estudia y trata los trastornos del sistema nervioso, y la neuropsicología estudia las relaciones entre el cerebro y la actividad mental superior, aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. En la atención del daño cerebral, contribuyen en conjunto a perfeccionar el diagnóstico, el tratamiento y la orientación que se brinda con respecto al mismo, facilitando la mejora en la calidad de vida de las personas que lo sufren.

Como se expuso antes, el trastorno médico causado por el accidente trae como secuelas trastornos psicológicos, por lo que ambas especialidades tanto médica como psicológica, van de la mano para determinar el diagnóstico del paciente.

Mas la causa en sí es un daño médico y no al revés.

[...]

10.- Que diga la perito si la neuropsicología trata padecimientos que afectan la conducta derivados de accidentes

Sí.

[...]

12.- Que diga la perito que son las enfermedades mentales y cuáles son sus causas.

Se definen como síndromes caracterizados por una alteración individual en la cognición, en la regulación emocional o en la conducta, que reflejan una disfunción psicológica, biológica o de procesos de desarrollo, subyacentes a las funciones mentales. Se asocian usualmente a dificultades o dishabilidades en actividades importantes como las sociales ocupacionales, debido a que interrumpen el pensamiento, los sentimientos, o el humor, y por lo tanto el funcionamiento diario de una persona.

Entre las enfermedades mentales serias se encuentran la depresión, la esquizofrenia el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, el estrés post-traumático y el trastorno de la personalidad.

[...]

Haciendo hincapié en que el actor padece una enfermedad mental que es secuela de un daño neurológico, pues la depresión y las ideas paranoides (Síntoma psicológico con el cual pretende excluir del pago al actor por ser una enajenación mental), es característico de pacientes con lesiones cerebrales y a la fecha se ha demostrado que los síntomas del actor son causados por la lesión cerebral cuya secuela es un trastorno de enajenación mental.

Pero el padecimiento es una causa médica más que psicológica, pues si bien van unidas, el daño cerebral provoca trastornos psicológicos pero el daño en sí es médico.

[...]

13.- Que diga la perito en qué consiste el trastorno de enajenación mental.

En la perturbación o falta de salud mental que afecta el intelecto: capacidad de entender el acto que realiza, o la voluntad: la capacidad de querer e impide la realización libre de los actos.

Haciendo hincapié en que el actor padece una enfermedad mental que es secuela de un daño neurológico, pues la depresión y las ideas paranoides (Síntoma psicológico con el cual pretende excluir del pago al actor por ser una enajenación mental), es característico de pacientes con lesiones cerebrales y a la fecha se ha demostrado que los síntomas del actor son causados por la lesión cerebral cuya secuela es un trastorno de enajenación mental.

14.- Que diga la perito si el señor * padece alguna enfermedad mental, trastorno de enajenación mental o problema derivado de un accidente.

Padece un problema cerebral derivado de un accidente. Con secuelas de alteraciones cognitivas comportamentales y anímicas. Pero estas secuelas tienen su origen en la lesión cerebral que sufrió.

15.- Que diga la perito si el Síndrome Frontal Postraumático es una enfermedad mental.

Es una enfermedad tanto médica como psicológica, ya que la lesión cerebral produce sus secuelas de tipo mental: cognitivas, comportamentales y anímicas.

Se encuentra descrito en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud CIE-10, en el capítulo V Trastornos mentales y de comportamiento,. Dentro de los Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales, Puntualizando que estas tres causas que se describen y que originan el síndrome Frontal Postraumático son de tipo médico.

Por ello no se trata de es una enfermedad mental cuyo origen sea patológica psíquica del sujeto, sino su causa es una lesión o disfunción cerebral provocada en este caso por un accidente.

[...]

18.- Que diga la perito si el SÍNDROME FRONTAL POSTRAUMÁTICO es una patología mental.

Es una enfermedad tanto médica como psicológica, ya que la lesión cerebral produce sus secuelas de tipo mental: cognitivas, comportamentales y anímicas.

Pero no es una enfermedad mental cuyo origen sea la patología del sujeto, sino su causa es una lesión cerebral provocada por un accidente.

19.- Que diga la perito por qué se le diagnosticó (De acuerdo a los documentos evaluados) una invalidez total y permanente al señor.

Porque las consecuencias de lesiones cerebrales en adultos de la naturaleza que presenta, son permanentes debido a que el tejido neuronal dañado no se regenera y por lo tanto las funciones cognitivas afectadas no se podrán recuperar a los niveles premórbidos, lo mismo que la regulación comportamental y emocional.

Esta disfuncionalidad importante y permanente le impedirá retomar la carga y responsabilidades que requiere su profesión y actividad laboral previa, ya que perdió la habilidad de tomar decisiones y de reducción de problemas; así mismo requiere de apoyos adecuaciones para su readaptación e interacción social.

20.- Que diga la perito si tiene los estudios de medicina necesarios para determinar el diagnóstico de Síndrome Frontal Postraumático o sólo analiza las consecuencias, secuelas y efectos que tuvo el accidente en los pacientes.

No tengo estudios en medicina. La valoración neuropsicológica que realizo abarca además de examinar las consecuencias, secuelas y efectos, la historia clínica y el análisis de los datos obtenidos por el dictamen neurológico y los estudios de gabinete, correlacionando la información para llegar al diagnóstico de Síndrome Frontal Postraumático.

21.- Que diga la perito si la neuropsicología se encarga de estudiar y tratar los efectos psicológicos de las personas que tienen un accidente que provoca daños en su cerebro.

Si.

22.- Que diga la perito qué originó el SÍNDROME FRONTAL POSTRAUMÁTICO que le dejó una invalidez total y permanente al señor *.

Una lesión cerebral producida por un traumatismo craneoencefálico.

23.- Que diga la perito que especialista o área de la medicina puede diagnosticar la enfermedad de SÍNDROME FRONTAL POSTRAUMÁTICO.

Neurólogo Clínico únicamente.

24.- Que diga la perito en qué consiste el SÍNDROME FRONTAL POSTRAUMÁTICO.

En cambios en la personalidad como secuela de traumatismo craneoencefálico con consecuente lesión en los lóbulos frontales, que implica alteraciones de la función ejecutiva, cognitivas, conductuales, afectivo-emocionales y comportamentales, las cuales van a condicionar la adaptación socio-personal y profesional de quien lo padece. Representa una de las secuelas neuropsiquiátricas postraumáticas más frecuentes y persistentes en el tiempo, que genera frecuentemente un importante deterioro social e incapacidad para reintegrarse laboralmente en el afectado, así como sobrecarga y desequilibrio emocional familiar.

La sintomatología cognitiva es variada y puede incluir trastornos en el razonamiento, en la capacidad de generar estrategias que permitan solucionar problemas, la planificación, la formación de conceptos, el ordenamiento temporal de los estímulos, el lenguaje, el control motor, la motivación, la afectividad, la personalidad, la atención, la memoria y en concreto la memoria de trabajo, la meta cognición y cognición social, el aprendizaje asociativo, la generación de imágenes, la manipulación de las propiedades espaciales de un estímulo o incluso la percepción.

25.- Que diga la perito que en qué consiste el tratamiento en un padecimiento de SÍNDROME FRONTAL POSTRAUMÁTICO a cargo de un neuropsicólogo.

En la rehabilitación de las funciones cognitivas pérdidas o disimuladas estimulando para promover algún nivel de recuperación.

En el entrenamiento para modificar pensamientos y emociones desadaptativas.

En la implementación de estrategias compensatorias a sus dificultades, para lograr su inclusión y adaptación en diferentes ambientes.

En la integración de terapia ocupacional y habilidades de la vida diaria.

En la adaptación de los diferentes ambientes y actividades donde se desenvuelve, en conjunto con la familia con quienes también se trabajan los aspectos de información y formación respecto al padecimiento.

Así también, en la participación activa y comunicación con el equipo multidisciplinario.

26.- Que diga la perito los efectos del tratamiento neuropsicológico que le es practicado al señor *.

Mejoría en habilidades ejecutivas y cognitivas, disminución en rigidez de pensamiento, mayor adaptación familiar, disminución de ansiedad y mejoría anímica.

[...]

29.-Que diga la perito la importancia de que el señor * deba ser tratado tanto por un neurólogo como por un neuropsicólogo.

Requiere seguimiento neurológico para el monitoreo del funcionamiento de su cerebro por medio de estudios encefalográficos otros que determine su médico neurólogo, así como la continuación del tratamiento farmacológico y determinación del tipo y dosis que requiere, y la valoración de signos neurológicos.

El tratamiento neuropsicológico es a largo plazo ya que los avances cognitivos, comportamiento y anímicos son de lenta evolución lo mismo que los logros adaptativos, requiriendo revaloraciones de estos cada dos años.

30.- Que diga la perito si entre los documentos exhibidos se encuentra alguna evaluación de la aseguradora donde se aprecie que la misma le practico los estudios correspondientes para detectar su estado de salud físico y psicológico, del señor **.

No. Si bien pude observar un estudio del Dr. ** en el expediente, médico de la aseguradora, el mismo no es un dictamen médico objetivo ya que carece de estudios médicos que indiquen si el actor tuvo o no una lesión cerebral y tampoco presenta un dictamen psicológico, ya que hace apreciaciones subjetivas de su estilo de vida, su capacidad económica, etc., pero no atiende a las disfunciones que presente el actor y que al parecer eran evidentes desde esa fecha.

Por lo que no tiene trascendencia médica ni psicológica dicho documento.

CUESTIONARIO DE LA PARTE DEMANDADA (ASEGURADORA)

a) Que explique el perito que es la Neuropsicología.

La Neuropsicología es una rama de la Psicología, inscrita a su vez en las Neurociencias, que estudia las relaciones entre el cerebro y la conducta tanto en sujetos sanos como en los que han sufrido algún tipo de daño cerebral. Se centra de modo específico en las bases neurales de los fenómenos mentales complejo: pensamiento, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas y formas complejas de motricidad y percepción.

b) Que explique el perito que es una alteración cognitiva.

Es la pérdida o disminución de funciones cognitivas, tales como memoria, orientación lenguaje, atención, aprendizaje, conducta o razonamiento, que afecta a la actividad y a las relaciones sociales de quien lo padece.+

c) Que explique el perito cuales son alteraciones cognitivas de un accidente en el que no hubo lesionadas.

Las alteraciones cognitivas como resultado de daño cerebral por golpe y sacudida violenta en un accidente sin lesiones observables, pueden ser en la capacidad de concentración, en la memoria de corto plazo, lentitud para pensar, confusión, disminución de la capacidad de juicio y de toma de decisiones rápidas eficaces, así como déficit en los procesos de abstracción y razonamiento.

Ese tipo de alteraciones surgen y no son apreciables al momento del accidente, porque el trastorno mental y la lesión cerebral que sufre el actor, sólo pueden ser determinadas por profesionistas con un alto grado de especialidad en su carrera. En el caso de la medicina, sólo lo podría determinar el Neurólogo Clínico, en el caso del Psicólogo Neuropsicólogo.

Por ello las alteraciones cognitivas y lesiones cerebrales si existen aunque se haya dicho en el reporte de tránsito que no había lesionados, porque posteriormente se pudo lograr su detección y determinar como causa probable el accidente de 25 de enero de 2010.

d) Que explique el perito cuales son los síntomas de una alteración cognitiva crónica.

Afectación de la capacidad de pensamiento, la toma de decisiones y control consiente de la conducta; dificultades en la atención sostenida, el incremento en los tiempos de reacción, mayor distractibilidad y vulnerabilidad a incorporar interferencias en una tarea, incapacidad de inhibición de respuesta compatibles con la tarea asignada, problemas en la simultaneidad de tareas y dificultades para desplazar la atención de un acto a otro; dificultades para memorizar, anomia, desorganización y pérdida de la posibilidad de planificar, impulsividad, dificultad para adaptar la conducta al entorno; aparición de ansiedad, depresión y reducción de autoestima, y con lo anterior la disminución del rendimiento de la vida laboral y social.

e) Que explique el parito cuales son los síntomas de una alteración cognitiva crónica.

Las alteraciones cognitivas más habituales son déficits de aprendizaje y memoria, déficits atencionales, alteraciones del lenguaje (comprensión y expresión) alteraciones del pensamiento formal (razonamiento lógico-deductivo, resolución de problemas, abstracción) alteraciones en la regulación de la conducta propositiva o dirigida a una meta (planificación, iniciación, autorregulación conductual) y alteraciones de visconstrucción y visoespacialidad.

Ese tipo de alteraciones surgen y no son apreciables al momento del accidente, porque el trastorno mental y la lesión cerebral que sufre el actor, sólo pueden ser determinadas por profesionistas con un alto grado de especialidad en su carrera. En el caso de la medicina, sólo lo podría determinar el Neurólogo clínico, en el caso del Psicólogo el Neuropsicólogo, (Además puede suceder que algunas alteraciones aparezcan días después del trauma, debido a procesos y fenómenos derivados del mismo como inflamación o falta de irrigación, y oxigenación en áreas del cerebro afectadas. O que refuerza la necesidad de ser atendido por especialistas clínicos).

Por ello, las alteraciones cognitivas y lesiones cerebrales si existen aunque se haya dicho en el reporte de tránsito que no había lesionados, porque posteriormente se pudo lograr su detención y determinar como causa probable el accidente de 25 de enero de 2010.

f) Que explique el perito si a pesar no haber existido lesionados en el accidente; si dentro de los 90 días de cobertura se pudiera haber presentado una alteración cognitiva crónica, a consecuencia del mismo.

Si, existen secuelas a largo plazo, que no son evidenciables a corto plazo, pero que igualmente conllevan serias limitaciones en la vida del afectado de traumatismo craneoencefálico.

No obstante, se aprecia de los documentos y de los hechos que me relata el propio actor, que presentó señales de alteraciones cognitivas luego del accidente pero que las mismas no se evidenciaron sino semanas después cuando el mismo ya no pudo desempeñarse en su trabajo y su trastorno comenzó a ser apreciable al sentirse confundido, mareado, etc.

Cabe agregar que para infortunio del actor los médicos de la aseguradora no le dieron un seguimiento a su caso de forma real (Con especialistas) y fue hasta que el acudió con el Neurólogo Clínico que se determinó su padecimiento y comenzó a tomar rehabilitación neuropsicológica.

Por lo cual la pregunta está mal formulada ya que no se necesitaron 90 días para determinar alteraciones cognitivas causadas por una lesión cerebral que padece el actor, aino que debió dársele atención médica especializada cuando dio aviso del accidente y que nunca ocurrió por parte de grupo médicos de la aseguradora.

[...]

i) Que indique el perito si es posible la rehabilitación de una alteración cognitiva crónica.

Es posible pero generalmente es muy limitada la recuperación de las funciones alteradas. El grado de recuperación depende de la gravedad de la lesión, del perfil de afectación, de las variables de su personalidad y del entorno, y del tipo de rehabilitación.

En alteraciones cognitivas crónicas la intervención terapéutica se basa principalmente en la instauración de mecanismos compensatorios, es decir en el uso de dispositivos o estrategias que compensan un déficit, y hacen posible que el paciente realice una tarea determinada, a pesar de la dificultad inicial.

j) Que indique el perito atendiendo el dictamen neuropsicológico de fecha 11 de septiembre de 2010, prueba con el numeral 12 del presente oculto, si del estado que presuntamente guardaba el actor, si a la fecha ya se pudo haber rehabilitado.

No es posible una rehabilitación cognitiva completa, ya que la recuperación de las funciones alteradas por lesión cerebral, se obtiene con una intervención terapéutica intensiva y temprana, principalmente en la fase subaguda.

k) Que indique el perito si existe relación entre la depresión señalada en la Evaluación de funciones corticales cerebrales, de fecha 25 de enero, 1 y 8 de febrero de 2013, prueba con el numeral 13 del presente oculto una alteración cognitiva.

Si, en su etiología ya que ambas condiciones forman parte de la sintomatología del Síndrome Frontal Postraumático.

Además hay una interrelación directa entre los pensamientos en este caso alterados en cuestiones como juicio y razonamiento, y el estado anímico depresivo que es alimentado por dichas cogniciones y al mismo tiempo las refuerza.

Haciendo hincapié en que el actor padece una enfermedad mental que es secuela de un daño neurológico, pues la depresión y las ideas paranoides (Síntoma psicológico con el cual pretende excluir el pago al actor por ser una enajenación mental) es característico de pacientes con lesiones cerebrales y a la fecha se ha demostrado que los síntomas del actor son causados por la lesión cerebral cuya secuela es un trastorno de enajenación mental.

Pero el padecimiento es una causa médica más que psicológica, pues si bien van unidas el daño cerebral provoca trastornos psicológicos pero el daño en si es médico.

[...]

l) Que indique el perito si existe relación entre las ideas paranoides y señalada en la Evaluación de funciones corticales cerebrales, de fecha 25 de enero, 1 y 8 de febrero de 2013, prueba marcada con el numeral 13 del presente ocurso y una alteración cognitiva.

Si, las ideas paranoides forman parte de los trastornos cognoscitivos o de pensamiento presentes en el Síndrome Frontal Postraumático lo mismo que las fallas en juicio y razonamiento, las alteraciones de memoria, en atención, lenguaje receptivo, preceptuales y e función ejecutiva, dificultades que contribuyen a preservar las ideas paranoides.

Haciendo hincapié en que el actor padece una enfermedad mental que es secuela de un daño neurológico, pues la depresión y las ideas paranoides (Síntoma psicológico con el cual pretende excluir el pago al actor por ser una enajenación mental) es característico de pacientes con lesiones cerebrales y a la fecha se ha demostrado que los síntomas del actor son causados por la lesión cerebral cuya secuela es un trastorno de enajenación mental.

Pero el padecimiento es una causa médica más que psicológica, pues si bien van unidas el daño cerebral provoca trastornos psicológicos pero el daño en si es médico.

[...]

m) Que indique el perito si es suficiente con una evaluación neuropsicológica correlacionar el accidente de 25 de enero de 2010 con la presunta alteración cognitiva.

La evaluación neuropsicológica es indispensable para analizar cuantitativa y cualitativamente y de forma exhaustiva la sintomatología y definir la alteración cognitiva, sin embargo para correlacionar con el accidente, este procesos debe ir acompañado de los datos de la exploración clínica neurológica, y de la historia clínica que incluya el funcionamiento premórbido y la información relacionada con el accidente.

[...]

o) Que indique el perito cuales podrían ser las causas de una alteración cognitiva crónica.

Lesión cerebral focalizada o difusa, consecuencia de un traumatismo craneoencefálico, tumor cerebral, infección o intoxicación del sistema nervioso central, o enfermedad vascular cerebral.

p) Que indique el perito si el actor tiene un daño cognitivo crónico.

Si.

q) Que indique el perito si el actor tiene daño cognitivo crónico y si tiene dicho daño el mismo proviene del accidente de fecha 25 de enero de 2010.

Sí, y proviene del accidente con fecha 25 de enero de 2010.

r) Que indique el perito si del resultado de la prueba el hoy actor pose una alteración cognitiva y/o crónica, el hoy actor puede desarrollar actividades propias de su profesión.

Si, se corrobora el diagnóstico y la permanencia de las alteraciones cognitivas en forma crónica, que le continuarán impidiendo retomar y desarrollar las actividades propias de su profesión.

s) Que indique el perito si del resultado de la prueba el hoy actor pose una alteración cognitiva y/o crónica, y si con la misma se puede integrar a un ambiente laboral cotidiano.

Si posee alteraciones cognitivas crónicas, que le impiden integrarse a un ambiente labora, ya que le dificultan el manejo de dinero, la responsabilidad, toma de decisiones rápidas y adecuadas y las relaciones interpersonales así como la conducción de maquinaria, entre otras actividades.

[...]

u) Que indique el perito cual es la causa de que en su caso el hoy actor tenga una alteración cognitiva y/o crónica.

Daño cerebral adquirido.

v) Que indique el perito si del resultado de la prueba de hoy el actor pose una alteración cognitiva y/o crónica, y si la misma se puede presuponer que fue a consecuencia del accidente de fecha 25 de enero de 2010.

Si, y si se presupone que es consecuencia del trauma producido en el accidente de fecha 25 de enero de 2010.

[...]

Conclusiones.

De lo expuesto se puede concluir que el actor padece una invalidez para trabajar ya que presenta una lesión cerebral cuyas secuelas neuropsicológicas afectan su esfera familiar, de trabajo y más aún la personal.[...]"

Según lo expuesto en el dictamen antes copiado, la especialista en neuropsicología ** analizó los documentos exhibidos por la partes, y conforme a las observaciones y estudios que la citada perito realizó personalmente al actor, consideró y concluyó lo siguiente:

- La neuropsicología estudia las relaciones entre la conducta y el cerebro; como ciencia aplicada trata las alteraciones cognitivas y del comportamiento que son consecuencia de lesiones cerebrales: trastornos del pensamiento, síndrome disejecutivo, afasias, amnesias, agnosias, apraxias y alteraciones neuroconductuales; también trata alteraciones de conducta cognitivas y emocionales derivadas de condiciones neurológicas, médicas o psiquiátricas.

- Que a través de la especialidad en neuropsicología adquirió conocimientos en

neurología para el tratamiento de personas con lesiones cerebrales causadas por accidentes, mas debe apoyarse en los estudios neurológicos clínicos que realice el médico.

- Que el síndrome frontal postraumático consiste en cambios en la personalidad como secuela de un traumatismo craneoencefálico, en la que se lesionan los glóbulos frontales y provocan la alteración de las funciones ejecutivas, cognitivas, conductuales, afectivas y emocionales, las cuales condicionan la adaptación social y profesional de la persona afectada. Asimismo, tal padecimiento frecuentemente genera al paciente un importante deterioro social para integrarse laboralmente y un desequilibrio emocional en su entorno familiar.

- Los síntomas del mencionado síndrome son variados, puede incluir trastornos en el razonamiento, en la capacidad para generar estrategias de solución de problemas, en la planificación y formación de conceptos, en el lenguaje, en el control motor, en la atención y la memoria, entre otras.

- El síndrome frontal postraumático es un padecimiento médico ocasionado por un accidente y con secuelas psicológicas; por

tanto es el daño cerebral que provoca los trastornos psicológicos, pero dicho daño es un trastorno médico.

- La neurología y la neuropsicología son disciplinas científicas que se relacionan debido a la retroalimentación que existe entre sí al comprender el campo de las neurociencias. La neurología estudia y trata los trastornos del sistema nervioso, mientras que la neuropsicología estudia las relaciones entre el cerebro y la actividad mental superior: aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. Así, en la atención del daño cerebral ambas disciplinas contribuyen a perfeccionar el diagnóstico y el tratamiento del paciente.

- Que el actor padece de un problema cerebral derivado de un accidente, con secuelas consistentes en alteraciones cognitivas, comportamentales y anímicas, las cuales tienen su origen precisamente en la lesión cerebral que sufrió.

- Que el síndrome frontal postraumático se encuentra descrito en la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud CIE-10, capítulo V Trastornos mentales y del comportamiento, dentro de los trastornos de la

personalidad y del comportamiento derivados de enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales, precisándose que estas tres últimas causas que originan el síndrome mencionado son de tipo médico. Por tanto el padecimiento del actor no se trata de una enfermedad mental que tenga origen en una patología psíquica del sujeto, sino que deriva de una lesión o disfunción cerebral que en el caso fue provocada a causa de un accidente.

- Que la invalidez total y permanente diagnosticada al actor obedece a las consecuencias de la lesión cerebral que sufrió, y que son permanentes ya que el tejido neuronal dañado no se regenera y por tanto las funciones cognitivas afectadas no podrán recuperarse, lo cual impedirá al actor retomar la carga de responsabilidades de su profesión y actividad laboral previa al padecimiento que sufre.

- Que en el caso no es posible una rehabilitación cognitiva completa del actor.

- Que la depresión, las alteraciones cognitivas y las ideas paranoides son condiciones que forman parte de la sintomatología del síndrome frontal postraumático.

- La evaluación neuropsicológica es indispensable para analizar cuantitativa y cualitativamente, así como de forma exhaustiva, la sintomatología y definir la alteración cognitiva que presenta el paciente; lo cual debe acompañarse con la exploración clínica neurológica.

- Que el actor padece de alteraciones cognitivas crónicas que le impiden integrarse a un ambiente laboral y a las actividades de su vida diaria.

Dictamen de la perito tercero en discordia en materia de neuropsicología, **.

“[...] 1. Que diga la perito su escolaridad, grado de estudios y especialidad que tiene.

Licenciada en Psicología, con Máster en Neurociencias, Máster internacional en Neuropsicología Clínica, especialidad en Investigación Clínica y Certificación en Técnicas de Neurorretroalimentación.

2. Que diga en que consiste el grado de especialidad que cursó y en qué consiste la misma (De que trata su especialidad).

Las Neurociencias es un área de especialidad de la medicina; dado que consiste en el estudio interdisciplinario del cerebro, la neuropsicología es una de dichas disciplinas. La Neuropsicología Clínica es un área de especialidad en psicología, que implica un entrenamiento en la evaluación del funcionamiento cognitivo y de su relación con las emociones y la conducta, que permite establecer la integridad o alteración funcional cerebral. Esta especialidad clínica permite establecer el tipo y la severidad de deficiencias cognitivas (comparando el desempeño de un individuo a una norma que toma en cuenta la edad y

escolaridad), e inferir las áreas cerebrales que subyacen dichas alteraciones. El análisis neuropsicológico tiene un valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico, siendo que al evaluar el funcionamiento cognitivo se contribuye en esclarecer las causas y factores que determinan el perfil cognitivo, así como su probable evolución (en función de la severidad de los déficits cognitivos) y en planear e implementar estrategias cognitivas reeducativas (y de ser necesario otros tratamientos).

3. Que diga la perito qué padecimientos trata la psicología.

La psicología es una rama de conocimiento muy amplia que se define como el estudio de los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el entorno que lo rodea. La psicología Clínica se enfoca en la investigación, evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención basados en la comprensión del comportamiento de las personas para favorecer su salud mental, misma que abarca aspectos cognitivos, emocionales y conductuales.

La psicología clínica trata todo padecimiento en el cual hay una alteración de tipo emocional, cognitiva, conductual o de personalidad, preferentemente como parte de un abordaje interdisciplinario.

4. Que diga la perito qué padecimientos trata la neuropsicología.

La neuropsicología trata los padecimientos que se asocian a alteraciones cognitivas y del comportamiento. Dichos padecimientos pueden ser neuropsiquiátricos (siendo que las alteraciones cognitivas y conductuales se relacionan con un trastorno mental) o neurológicos (siendo que dichas alteraciones son secundarias a una alteración funcional cerebral propia de una enfermedad neurológica y que puede estar asociada a un daño estructural).

5. Que diga la perito si tiene conocimientos en medicina con especialidad en neurología clínica.

Sí, los conocimientos en neurología clínica (que no equivalen a los de un neurólogo clínico) se delimitan al estudio del sistema nervioso central y de ciertos padecimientos (enfermedad vascular cerebral, traumatismo craneoencefálico, demencias, alteraciones del neurodesarrollo, envejecimiento cerebral normal y

patológico). Dichos conocimientos derivan de los másters cursados en neurociencias y en neuropsicología clínica así como de haber asistido a más de doce congresos nacionales de neurología (reuniones anuales de la Academia Americana de Neurología).

6. Que diga la perito si puede dar el diagnóstico médico nosológico del actor.

Sí, basada en una evaluación interdisciplinaria (médica, neuropsicológica y de neuroimagen). El diagnóstico médico nosológico del actor debe de fundamentarse en la corrección de datos clínicos, estudios de neuroimagen y la evaluación neuropsicológica. A la fecha, de acuerdo con los datos clínicos y los resultados de la evaluación neuropsicológica, el actor presenta secuelas de un traumatismo craneoencefálico. En el expediente, se ha referencia a una tomografía axial computarizada de cráneo (estudio de menor resolución espacial) que dada su escasa sensibilidad para detectar daños propios de una lesión traumática, solamente mostró una asimetría ventricular. Sin embargo, un secuencia de resonancia magnética de susceptibilidad magnética es un estudio que permite detectar con mucho mayor sensibilidad alteraciones de tipo hemorrágico y no hemorrágico de la sustancia blanca (daño axonal difuso). Por tanto, si bien las alteraciones funcionales del actor son consecuencia de un daño cerebral (y no de un cuadro neuropsiquiátrico), dicho estudio aportaría la evidencia estructural de los observado a nivel funcional.

7. Que diga la perito en qué consiste el Síndrome Frontal Postraumático.

El Síndrome Frontal Postraumático se refiere al conjunto de cambios conductuales, emocionales y de la personalidad asó como alteraciones cognitivas (particularmente atencionales, amnésicas y ejecutivas) secundarios a una alteración funcional de áreas prefrontales. Este síndrome discapacita en forma significativa al individuo que lo padece, limitando considerablemente la posibilidad de una reintegración laboral, que conlleva un significado deterioro en los ámbitos social y familiar.

8. Que diga la perito en que se relacionan la neurología y la neuropsicología.

La neurología y la neuropsicología son especialidades neurocientíficas cuyo denominador común es el estudio del sistema nervioso central. La neurología como rama médica trata los trastornos del sistema nervioso mientras que la neuropsicología se enfoca en establecer como dichos trastornos repercuten en el comportamiento (funcionamiento cognitivo, emocional y conductual). La neuropsicología contribuye al diagnóstico diferencial de los trastornos neurológicos dado que, por ejemplo, las alteraciones cognitivas son diferentes en adultos mayores que tienen alteraciones cognitivas a consecuencia de un proceso depresivo (reversibles) que las alteraciones cognitivas observada en el Deterioro Cognitivo Leve o en un proceso neurodegenerativo (irreversibles). De la misma manera, el perfil neuropsicológico difiere en pacientes que cursan con secuelas de daño neurológico con respecto al de paciente que padecen un trastorno neuropsiquiátrico.

9. Que diga la perito que tipo de padecimiento trata.

Le brindo atención neuropsicológica (diagnóstico y tratamiento) a pacientes que cursan con Trastorno por déficit de atención, Deterioro cognitivo (leve y trastornos neurodegenerativos), Secuelas cognitivas de lesiones cerebrales (Enfermedad Vascular Cerebral, Traumatismo Craneoencefálico) o trastornos cognitivos asociados a Trastornos neuropsiquiátricos (Trastornos depresivos y ansiosos, Trastornos de personalidad).

10. que diga la perito si la neuropsicología trata los padecimientos que afectan la conducta derivados de accidentes.

La neuropsicología implementa estrategias reeducativas para disminuir la severidad de los déficits cognitivos y compensar el impacto de estas deficiencias mismas que derivan de una concusión o un traumatismo craneoencefálico ocurridos el momento de un accidente en el cual se produce una golpe de la cabeza (siendo que el mismo genere o no déficits neurológicos focales).

[...]

14. Que diga la perito si el señor * padece alguna enfermedad mental, trastorno de enajenación mental o problema cerebral derivado de un accidente.

Las alteraciones neuropsicológicas del paciente no son el refreno de un trastorno de enajenación mental u otra enfermedad mental y reflejan una alteración del funcionamiento cerebral de origen traumático.

15. Que diga la perito si el Síndrome Frontal Postraumático es una enfermedad mental.

El Síndrome Frontal Postraumático es un síndrome neuropsicológico el cual por definición tiene una etiología o causa orgánica siendo que las manifestaciones del mismo se observan a nivel cognitivo, emocional y conductual. Existe una relación causa-efecto entre el área neuroanatómica afectada dentro de las áreas prefrontales y consecuencias neuroconductuales específicas. Ello significa que la causa es orgánica y el efecto es “mental”.

[...]

17. Que diga la perito que conocimientos académicos y/o experiencia tiene para tratar el síndrome frontal postraumático diagnosticado al señor ***

La formación académica y de la experiencia clínica avalan el manejo terapéutico o de pacientes con daño cerebral mismo que se evalúan y atienden mediante herramientas neuropsicológicas y neurofisiológicas.

[...]

19. Que diga la perito por qué se le diagnosticó (De acuerdo a los documentos evaluados) una invalidez total y permanente al señor.

*La invalidez total y permanente se dictaminó dado que el señor *** presentaba determinadas secuelas cognitivas, emocionales y conductuales considerándose no apto para reintegrarse laboralmente. Si bien el cerebro tiene cierta plasticidad neuronal y puede tener un grado relativo de recuperación después de una lesión (considerando que se trata de distintos mecanismos lesionales) al observas alteraciones significativas (moderadas o severas) es poco probable se dé la recuperación funcional suficiente para que se pueda desempeñar una responsabilidad laboral. Si bien ciertos trabajos se adaptan a las discapacidades físicas, la posibilidad de tener y conservar un trabajo presentando importantes limitaciones cognitivas es prácticamente nula.*

[...]

20. Que diga la perito si tiene los estudios de medicina necesarios para determinar el diagnóstico de Síndrome Frontal Postraumático o sólo analiza las consecuencias, secuelas y efectos que tuvo el accidente en los pacientes.

No estudié la carrera de medicina, pero las neurociencias son transdisciplinarias y el diagnóstico no se basa en una sola área de especialidad. El perfil neuropsicológico permite definir la repercusión funcional de un daño cerebral que puede visualizarse mediante técnicas de neuroimagen apropiadas.

[...]

22. Que diga la perito qué originó el SÍNDROME FRONTAL POSTRAUMÁTICO que le dejó una invalidez total y permanente al señor *

El origen del síndrome postraumático es una lesión cerebral (considerando que se producen múltiples mecanismos lesionales) a consecuencia de un traumatismo craneoencefálico.

23. Que diga la perito que especialista o área de la medicina puede diagnosticar la enfermedad de SÍNDROME FRONTAL POSTRAUMÁTICO.

El área de especialidad médica a cargo del diagnóstico de un síndrome frontal postraumático es la neurología clínica, sin embargo, el neurólogo requiere de un estudio neuropsicológico para definir el tipo de severidad de los déficits cognitivos emocionales y conductuales que caracterizan dicho síndrome.

[...]

25. Que diga la perito que en qué consiste el tratamiento de un padecimiento de SÍNDROME FRONTAL POSTRAUMÁTICO a cargo de un neuropsicólogo.

El neuropsicólogo le brinda una reeducación neuropsicológica al paciente; ello implica diseñar y llevar a cabo un plan de actividades que favorezca la recuperación de las funciones alteradas e implementar estrategias que compensen parcialmente las deficiencias. Los neuropsicólogos que tienen una formación en técnicas de neuro-retroalimentación, adicionalmente pueden utilizar este tipo de terapia para mejorar la atención y otras habilidades cognitivas.

26. Que diga la perito los efectos del tratamiento neuropsicológico que le es practicado al señor *.



CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

Con base en la comparación entre las evaluaciones neropsicológicas previas y la evaluación neuropsicológica realizada en el mes de septiembre de presente año, se observa persisten dificultades cognitivas severas, lo cual refleja que el tratamiento neuropsicológico solamente le ha permitido recuperar el funcionamiento de algunos proceso cognitivos mientras que otro siguen siendo muy deficientes.

[...]

29. Que diga la perito la importancia de que el señor * deba ser tratado tanto por un nerólogo como por un neuropsicólogo.

El señor * debe ser tratado por un neurólogo dado que su sintomatología se origina en una alteración cerebral y los tratamientos farmacológicos pueden aminorar ciertos síntomas. El neuropsicólogo evalúa las deficiencias cognitivas e implementa el plan de reeducación.

30. Que diga la perito si entre los documentos exhibidos se encuentra alguna evaluación de la aseguradora donde se aprecie que la misma le practicó los estudios correspondientes para detectar su estado de salud físico y psicológico, del señor ****

** realizó un informe médico muy completo, sin embargo, dado que es especialista en medicina legal y en medicina del trabajo y no en neurología y/o neuropsicología, menciona que no se conoce la causa del síndrome frontal cortico-subcortical del actor sin determinar la necesidad de realizar estudios adicionales para determinar dicha causa. Si dada su especialidad médica no es apto para inferir la causalidad de alteraciones neuropsicológicas, se debió de apoyar en especialistas y estudios que puedan determinar dicha causa. Al referir que no hay prueba objetiva de un daño cerebral al momento del accidente, tampoco hace mención de que no es posible descartar dicho daño hasta realizar los estudios neuropsicológicos y de neuroimagen correspondientes, dado que, como explicado previamente las lesiones cerebrales con frecuencia n tienen impacto visible (déficit neurológico evidente).

31. Que diga el perito la razón y fundamento de su dictamen.

Se solicitó el presente dictamen dado que el actor refiere tener secuelas post-traumáticas que le impiden laborar a consecuencia del accidente y la aseguradora reporta que las alteraciones del paciente tienen su origen en un trastorno mental.

El dictamen se fundamenta en los estudios presentados por ambas partes y en la evaluación neuropsicológica y electroencefalografica del paciente. Ello con el fin de verificar lo referido por cada una de las partes y establecer si la actual funcionalidad (o carencia de funcionalidad) del paciente le impide laborar y si requerirá un apoyo neurológico y neuropsicológico a largo plazo.

El fundamento del proceso de evaluación que deriva en el presente dictamen es basado en conocimientos neurocientíficos, basados en evidencia de acuerdo con lineamientos clínicos intencionales que obedecen a consensos de expertos.

Cuestionario de la parte demandada (Aseguradora)

[...]

b) Que explique el perito que es una alteración cognitiva.

Una alteración cognitiva es una deficiencia de un proceso como la orientación, el lenguaje, la memoria, la capacidad viso-espacial, la función ejecutiva (misma que abarca la capacidad de razonar y de tomar decisiones) la velocidad de procesamiento. Estos procesos cognitivos son los que permiten aprender a desempeñar un trabajo o una actividad siendo que algunos procesos son más importantes para la comunicación como el lenguaje por ejemplo y otros son esenciales para la ejecución eficiente de tareas desde simples hasta complejas como la atención.

d) Que explique el perito cuales son los síntomas de una alteración cognitiva crónica.

Una alteración cognitiva crónica, se refiere a que una función dañada o proceso afectado a consecuencia de un daño cerebral, como la atención o la memoria por ejemplo, podrá tener cierto grado de recuperación pero dada la severidad de dicha alteración se pronostica, con base en estudios científicos, que no volverá a funcionar como funcionaba antes de tener en daño cerebral. Ello significa que una alteración en la memoria crónica implica tal grado de alteración en la memoria que aunque la retención mejore a consecuencia de la

reducción neuropsicológica la deficiencia persistirá e incapacitará a quien la padece de por vida.

[...]

f) Que explique el perito si a pesar no haber existido lesionados en el accidente, si dentro de los 90 días de cobertura se pudiera haber presentado una alteración cognitiva crónica, a consecuencia del mismo.

Si, a pesar de que nadie haya sido visiblemente lesionado, del momento que ocurre un traumatismo craneoencefálico (impacto dentro de la masa encefálica que no es visible externamente) el mismo tiene importantes repercusiones en la funcionalidad del paciente. La lesión cerebral se manifiesta a través de alteraciones cognitivas persistentes. Dicha cronicidad se da dado que la recuperación del cerebro después de una lesión es muy lenta y parcial; aunque las alteraciones cognitivas pueden ser menos severas un año después del traumatismo, siguen siendo considerablemente discapacitantes. En algunos casos, tras sufrir una leve contusión o un traumatismo craneoencefálico leve puede llegarse a dar una buena recuperación funcional.

g) Que explique el perito su a pesar de no haber existido lesionados en el accidente, si dentro de los 229 días después del mismo se pudiera haber presentado una alteración cognitiva crónica, a consecuencia del mismo.

Si, como referido en la respuesta previa, las alteraciones cognitivas persisten a lo largo de días, meses y años, siendo que en función del tipo de lesión, la recuperación no es satisfactoria. El que se pueda establecer objetivamente el tipo y severidad de las alteraciones cognitivas, no depende de su pasan 90 o 229 días, sino de que los especialistas utilicen los instrumentos de medición neuropsicológica adecuados. Después del accidente, al observarse cambios cognitivos y síntomas que afectaron significativamente el desempeño en el trabajo, el actor, acudió con un especialista que le diagnosticó su padecimiento ya que hasta ese momento no se habían establecido objetivamente las consecuencias del daño aun cuando el actor y los familiares habían notado dificultades severas en la cognición que no se habían manifestado en forma anterior al accidente siendo el traumatismo craneoencefálico el origen de las mismas.

h) Que indique el perito cual es la probabilidad que de un accidente sin lesionados 229 días después se pueda generar una alteración cognitiva.

No se puede generar una alteración cognitiva 229 días después del accidente, se puede generar a consecuencia del accidente y objetivar mediante una evaluación neuropsicológica (229 días después del accidente).

[...]

k) Que indique la perito si existe relación entre la depresión señalada en la Evolución de funciones coricales cerebrales, de fecha 25 de enero, 1 y 8 de febrero de 2013, prueba con el numeral 13 del presente ocurso y una alteración cognitiva.

El que se señale la presencia de un cuadro depresivo en dicha evolución es compatible con un Síndrome Frontal Postraumático, consecuencia de un daño cerebral. Sin embargo, llama la atención que en dicha evaluación se refiera que la depresión y otras características neuropsiquiátricas sean responsables de las alteraciones cognitivas del paciente. Si bien la depresión y otros trastornos neuropsiquiátricos pueden relacionarse con alteraciones cognitivas leves moderadas, el perfil cognitivo del Sr. **no corresponde al esperado en relación con una alteración puramente emocional, conductual o de personalidad. Es inverosímil que un cuadro depresivo origine sus alteraciones cognitivas aunado a que, a la fecha, no presenta sintomatología depresiva y sí persisten deficiencias cognitivas.

[...]

o) Que indique el perito cuales podrían ser las causas de una alteración cognitiva crónica.

Las alteraciones cognitivas crónicas derivan de un trastorno del desarrollo cerebral congénito (de nacimiento) o adquirido en la infancia (a consecuencia de una lesión cerebral) pero en ese caso se considera se trata de un retraso en el desarrollo intelectual. Las alteraciones cognitivas crónicas que se presentan en el adulto son consecuencia de un daño cerebral (enfermedad vascular cerebral, traumatismo craneoencefálico, tumor cerebral, infección o intoxicación del sistema nervioso central) o de un trastorno neuropsiquiátrico. Cuando se trata de un daño cerebral, las alteraciones cognitivas varían dependiendo

CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

del tipo de lesión mientras que en los trastornos neuropsiquiátricos, las diferencias den la cognición varían en función del cuadro clínico y su etiología (causa).

p) Que diga el perito si el actor tiene daño cognitivo crónico.

Si, el actor tiene un daño cognitivo y neuroconductual crónico.

q) Que indique el perito si el actor tiene un daño cognitivo crónico y si tiene dicho daño el mismo proviene del accidente de fecha 25 de enero de 2010.

Dado que el actor sufrió un accidente el 25 de enero de 2010, y siendo que el que se informara que no hubo lesionados no demuestra que el encéfalo (cerebro) no haya sufrido lesiones y que a partir de esa fecha el actor y su entorno notaran cambios cognitivos y conductuales acudiendo con un especialista, posteriormente, si se puede determinar una relación causa-efecto entre el daño cerebral producto del accidente y el daño cognitivo crónico.

s) Que indique el perito si del resultado de la prueba el hoy actor pose una alteración cognitiva y/o crónica y si con la misma se puede integrar a un ambiente laboral cotidiano.

Si el actor presenta una alteración cognitiva crónica, cuya rehabilitación está comprometida por los cambios de conducta y la personalidad que tuvo a consecuencia del traumatismo craneoencefálico. Su evolución a lo largo de 5 años muestra que los cambios conductuales a consecuencia del daño cerebral han inferido con la recuperación cognitiva, presentando alteraciones cognitivas que persisten a pesar de la terapia neuropsicológica y rasgos neuropsiquiátricos que lo limitan permanentemente no pudiendo reintegrarse o desempeñar una actividad laboral.

u) Que indique el perito cual es la causa de que en su caso el hoy actor tenga una alteración cognitiva y/o crónica.

Con base en la evidencia, un traumatismo craneoencefálico.

v) Que indique el perito si del resultado de la prueba de hoy el actor pose una alteración cognitiva y/o crónica, y si la misma se puede presuponer que fue

a consecuencia del accidente de fecha 25 de enero de 2010.

Sí se puede presuponer que la alteración cognitiva y crónica es consecuencia de la lesión cerebral traumática producida en el accidente de fecha 25 de enero de 2010.

w) Que indique el perito del resultado de las pruebas el hoy actor pose una alteración cognitiva y/o crónica, y desde cuando la posee.

A menos de que hubiere datos de una lesión cerebral adquirida antes de 25 de enero de 2010, lo cual es improbable dados los datos referidos, los cambios cognitivos crónicos se dieron a partir de esa fecha, aun cuando se establecieron objetivamente en forma posterior.

Conclusiones.

Ser concluye que el actor presenta alteraciones cognitivas y conductuales, asociadas a un síndrome frontal postraumático. Ello significa que tiene un daño cerebral que afecta el funcionamiento de áreas prefrontales (sin limitarse a las mismas). Este síndrome difiere de los síndromes neuropsicológicos (conjunto de déficits cognitivos) observados en trastornos neuropsiquiátricos y aunque el actor si presenta una repercusión neuropsiquiátrica las misma no origina las alteraciones observadas, sino que, por el contrario, forma parte de las secuelas a la lesión cerebral. Si bien se argumenta que no hay evidencia de una lesión ocurrida al momento del accidente, tampoco hay evidencia que permita descartar un daño cerebral que no necesariamente tiene repercusiones visibles a menos de que se realicen estudios específicos de alta especialidad.

[...]"

De la opinión técnica antes referida, se desprende que el análisis de los documentos exhibidos por las partes, la evaluación neuropsicológica y el electroencefalograma realizados al actor, llevaron a la citada perito tercero en discordia

a considerar y concluir lo siguiente:

- La neuropsicología es un área de especialidad en psicología que implica un entrenamiento en la evaluación del funcionamiento cognitivo y de su relación con las emociones y la conducta de la persona, que permite establecer la integridad o alteración funcional cerebral; por lo mismo dicha especialidad ayuda a definir el tipo y la severidad de deficiencias cognitivas, lo cual permite hacer un diagnóstico y pronóstico terapéutico.

- Los padecimientos que trata la neuropsicología pueden ser neuropsiquiátricos (alteraciones cognitivas y conductuales relacionadas con un trastorno mental) o neurológicos (alteraciones secundarias a una disfunción cerebral propia de una enfermedad neurológica y que puede estar asociada a un daño estructural).

- Que derivado de la evaluación interdisciplinaria practicada al actor, con datos clínicos y pruebas neuropsicológicas, se advierte que el actor presenta secuelas de un traumatismo craneoencefálico.

- El síndrome frontal postraumático se refiere al conjunto de cambios conductuales,

emocionales y de la personalidad, así como alteraciones cognitivas derivados de una alteración funcional de las áreas prefrontales; este síndrome discapacita en forma significativa al individuo que lo padece, limitando su reintegración laboral y repercutiendo en los ámbitos social y familiar.

- La neurología y la neuropsicología se relacionan porque ambas son especialidades cuyo denominador común es el estudio del sistema nervioso central. La neurología como rama médica trata los trastornos del sistema nervioso, mientras que la neuropsicología como rama de la psicología se enfoca a estudiar como repercuten esos trastornos en el comportamiento. Así, la neuropsicología contribuye al diagnóstico de los trastornos neurológicos.

- Que las alteraciones psicológicas que padece el actor no son el reflejo de un trastorno de enajenación mental, sino que reflejan una alteración del funcionamiento cerebral de origen traumático.

- El síndrome frontal postraumático es un síndrome neuropsicológico cuya causa es orgánica y el efecto es mental, por tanto no puede considerarse una patología mental en estricto sentido.

- La invalidez total y permanente dictaminada al actor obedece a las secuelas cognitivas, emocionales y conductuales que presenta y que no le permiten reintegrarse laboralmente.

- Que el origen del síndrome frontal postraumático que padece el actor es una lesión cerebral a consecuencia de un traumatismo craneoencefálico (impacto dentro de la masa encefálica que no es visible externamente).

- La especialidad encargada del diagnóstico del síndrome frontal postraumático es la neurología clínica, sin embargo, el neurólogo requiere de un estudio neuropsicológico para definir el tipo y la severidad de las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales de la persona.

- A pesar del tratamiento que ha recibido el actor, se observa que persisten las dificultades cognitivas.

- Una alteración cognitiva es una deficiencia de un proceso como la orientación, el lenguaje, la memoria, la capacidad viso-espacial, la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento, todo lo cual permite aprender y desempeñar un trabajo o actividad.

- Una alteración cognitiva crónica se refiere al daño de una función o proceso a consecuencia de un daño cerebral, que dada la severidad no volverá a funcionar como lo hacía con anterioridad al mismo daño.

- Que la alteración cognitiva de una persona puede generarse a consecuencia de un accidente pero no a partir de determinado número de días.

- Que es inverosímil que un cuadro depresivo en el paciente origine alteraciones cognitivas. Así mismo el actor no manifiesta ideas paranoides consideradas neuropsiquiátricas.

- Las alteraciones cognitivas crónicas son consecuencia de un daño cerebral, por ejemplo, a causa un traumatismo craneoencefálico; cuando se trata de este caso, las alteraciones cognitivas varían dependiendo del tipo de lesión.

- Dado que el actor sufrió un accidente el veinticinco de enero de dos mil diez, y que a partir de esa fecha presentó cambios cognitivos y conductuales, por lo cual acudió a un especialista posteriormente, se puede determinar una relación de causa efecto entre el daño cerebral producido por el accidente y



el daño cognitivo crónico.

- El actor presenta una alteración cognitiva crónica que persiste a pesar de la terapia neuropsicológica que ha recibido, lo que le impide reintegrarse en el desempeño de una actividad laboral.

- La causa de tal alteración cognitiva crónica es un traumatismo craneo encefálico.

- Es posible presuponer que dicha alteración cognitiva crónica es consecuencia de la lesión cerebral traumática que el actor sufrió en el accidente de veinticinco de enero de dos mil diez.

- A menos que hubiere datos de una lesión cerebral adquirida previamente al veinticinco de enero de dos mil diez, es improbable que la alteración cognitiva crónica mencionada no se hubiere dado a partir de la citada fecha, aun cuando objetivamente se diagnosticó con posterioridad.

- El actor presenta alteraciones cognitivas y conductuales asociadas a un síndrome frontal postraumático, lo cual significa que sufre de un daño cerebral que afecta el funcionamiento de áreas prefrontales.

- Dicho síndrome difiere de los que se observan en trastornos neuropsiquiátricos y aunque el actor presenta una repercusión neuropsiquiátrica las alteraciones que padece son secuelas de la lesión cerebral.

- La severidad y persistencia de las deficiencias cognitivas y el tipo de alteraciones conductuales permiten concluir que el actor no es apto para desempeñar un trabajo.

De los dos dictámenes en materia de neuropsicología, anteriormente descritos, se desprende que en lo general son coincidentes en las consideraciones y conclusiones que sustentaron ambas peritos; asimismo, se encuentran razonablemente fundadas y motivadas de acuerdo a conocimientos especiales de la neuropsicología, y explican de manera congruente la justificación propiamente dicha de la opinión técnica que contienen.

De esta suerte, este tribunal estima que ambos dictámenes merecen valor probatorio en relación con las siguientes cuestiones:

- La neurología y la neuropsicología se relacionan porque ambas son especialidades que estudian el sistema nervioso central. La neurología se ocupa de los trastornos del

sistema nervioso, mientras que la neuropsicología estudia la forma en que esos trastornos repercuten en el cerebro y la actividad mental superior (aspectos cognitivos, conductuales y emocionales).

- El actor padece del * que consiste en cambios conductuales emocionales y de la personalidad, así como en alteraciones cognitivas (deficiencia en la función ejecutiva, el lenguaje, la orientación, la memoria, la capacidad viso-espacial, la velocidad de procesamiento, entre otras) derivadas de una alteración funcional de las áreas prefrontales del cerebro. Dicho síndrome discapacita al individuo, lo limita para reintegrarse en lo laboral y repercute en su entorno social y familiar.

- Tal padecimiento del actor, es consecuencia de un traumatismo craneoencefálico.

- El síndrome frontal postraumático tiene una causa médica (daño cerebral, en el caso traumatismo craneoencefálico), pero, provoca trastornos psicológicos; por tanto, el padecimiento que sufre el actor no es ni una patología ni enajenación mental.

- La depresión y las alteraciones cognitivas del actor son condiciones que

integran la sintomatología del síndrome frontal postraumático.

- El estado de invalidez total y permanente dictaminada al demandante obedece a las consecuencias del mencionado traumatismo o lesión cerebral, consistente en alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales que le impiden reintegrarse en el ámbito laboral.

- El daño cerebral que sufrió el actor (a consecuencia del traumatismo craneoencefálico derivado de un accidente), es severo e irreversible, pues no es posible una rehabilitación cognitiva completa.

Así las cosas, la valoración de los dictámenes periciales en materia de neurología y neuropsicología, respectivamente rendidos por los peritos designados por la parte actora y la perito tercero en discordia, permiten válida y razonablemente sustentar las siguientes premisas:

- El actor sufrió un traumatismo craneoencefálico **a causa de un accidente** (ocurrido el veinticinco de enero de dos mil diez).
- La lesión cerebral anterior provocó que el accionante padezca ******.

- Dicho padecimiento tiene origen en una **causa médica** (lesión cerebral) y no se trata de una enfermedad, patología o trastorno mental en estricto sentido.

- El síndrome frontal postraumático ocasiona al actor alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales, tales como déficit en la función ejecutiva, atención, memoria, capacidad viso-espacial, en el lenguaje y otras, que le impiden desarrollarse en el ámbito laboral, tanto en actividades sencillas como a nivel profesional, lo cual provoca que se encuentre en **estado de invalidez total y permanente**.

Las circunstancias antes apuntadas evidencian que, efectivamente, el actor ****** se encuentra en estado de invalidez total y permanente a causa de accidente.

Al respecto, si bien es verdad que dentro de las pruebas aportadas por las partes no existe una prueba directa que acredite fehacientemente que el padecimiento que sufre el actor y que lo coloca en un estado de invalidez total y permanente sea consecuencia del accidente de veinticinco de enero de dos mil diez; también es cierto que la serie de elementos probatorios que se han venido relacionando y valorando son suficientes para demostrar **presuntivamente** que dicha invalidez es

consecuencia de ese accidente, el cual ocurrió durante la vigencia de la póliza del seguro base de la acción.

Sin que la institución de seguros demandada hubiere aportado prueba alguna que tuviera el alcance de desvirtuar tal presunción.

No es óbice a lo anterior, que respecto a la prueba pericial en materia de neuropsicología a cargo de la “experta” nombrada por la accionada (**), se haya hecho efectivo al demandante un apercibimiento consistente en la presunción de certeza de los hechos que su oferente pretendió probar; esto porque si bien en el procedimiento se tuvo a la citada perito como experta en materia de neuropsicología, lo cierto es, que al corresponderle la valoración probatoria a quien suscribe, no es jurídicamente posible conferirle tal valor, en tanto que dicha persona sólo acreditó contar con la licenciatura en psicología, mas no demostró que era experta en neuropsicología; de ahí que la referida presunción de certeza de hechos no puede surtir efectos en perjuicio del actor.

Por otra parte, las circunstancias antes relatadas llevan a sostener que adversamente a lo alegado por la enjuiciada, el padecimiento que presenta el actor **no está excluido** de la cobertura de invalidez total y permanente contratada al amparo del seguro reclamado.

Es así, pues, ya quedó acreditado —a través de las periciales a las que se otorgó valor probatorio— que el padecimiento consistente en **** no** constituye una enfermedad o trastorno mental, sino una consecuencia que tiene un origen médico, que en el caso es una lesión cerebral (traumatismo craneoencefálico); de ahí que la excepción opuesta por la accionada, relativa a la existencia de las aludidas causas de exclusión para el pago de la mencionada cobertura contratada (y que funda en el apartado de “exclusiones” de la póliza base, que en lo conducente refiere: *“Este contrato no cubre: ---...3. Los siguientes eventos: --- m) trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nervios, neurosis o psicosis, cuales quiera que fuese sus manifestaciones clínicas.--- n) enfermedad corporal o mental”*), debe desestimarse.

En este orden de ideas, es dable concluir que el tercero y último de los elementos de la acción también se encuentra acreditado.

En consecuencia, al estar acreditados los elementos constitutivos de la acción deducida en el juicio, **se condena a **** al cumplimiento del contrato de seguro reclamado, específicamente, al **pago** de la cobertura de invalidez total y permanente a causa de accidente, cuya suma asegurada —según los términos de la póliza contratada— asciende a la cantidad de ***(*)**.

Cantidad que deberá pagarse en moneda

nacional y al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación vigente en el momento en que se efectúe el pago; lo anterior, en los términos pactados en la póliza del seguro base y acorde con lo previsto en el artículo 8 de la Ley Monetaria.

Ciertamente, a ese respecto, en la póliza de que se habla se convino lo siguiente:

“[...] Cláusulas Generales

(...)

Moneda. *Todos los pagos relativos a este contrato por parte del asegurado a la compañía o de ésta al asegurado, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago. En caso de pólizas contratadas en moneda extranjera se conviene que los pagos que el asegurado tenga que hacer a la Compañía o los que ésta haga a aquel por cualquier concepto con motivo de este contrato se deberán efectuar en moneda nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de efectuar dicho pago.*

Por su parte, el citado numeral de la Ley Monetaria, en la porción que interesa, dice:

ARTÍCULO 8º. *La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en*

moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago.

Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica.

(...)

En esas condiciones, no es procedente que la cantidad a que asciende la suma asegurada y que fue pactada en moneda extranjera (dólares americanos), una vez convertida a su equivalente en moneda nacional deba convertirse en unidades de inversión al valor que dicha unidad tenga en la fecha en que fue exigible la obligación reclamada.

Esto además, se explica pues la ley aplicable no prevé disposición alguna en el sentido que pretende el actor; en cambio, es expresa al establecer que las obligaciones contraídas en moneda extranjera deberán pagarse en su equivalente a moneda nacional, conforme al tipo de cambio vigente en el momento en que deba efectuarse el pago.

Ahora bien, respecto al pago de **intereses moratorios** sobre la cantidad relativa a la mencionada suma asegurada y a la indemnización por mora que el actor reclama en los términos del artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, procede condenar a la demanda en los términos siguientes.

El artículo citado en su fracción II prevé la forma en que se pagarán los réditos derivados de una reclamación de seguro, cuya obligación principal se haya pactado en moneda extranjera; a saber:

ARTÍCULO 135 Bis. *Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:*

(...)

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, *adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un **interés moratorio** que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;*

Como se ve, tal disposición normativa establece que tratándose de obligaciones denominadas en moneda extranjera que no hubiera cubierto la empresa de seguros al haber sido legalmente exigibles, ésta deberá pagar un interés moratorio que será calculado aplicando al monto de la obligación el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por

el Banco de México, en el Diario Oficial de la Federación, que corresponda a cada uno de los meses en que exista mora.

Disposición que resulta aplicable en la especie, pues la obligación principal a cargo de la aseguradora demandada se denominó en dólares americanos, la cual se hizo legalmente exigible a los treinta días posteriores en que el asegurado formuló su respectiva reclamación a la compañía de seguros (trece de enero de dos mil once, según constancias de autos), quien en la misma fecha recibió los documentos e información base de la propia reclamación; en el caso, ello ocurrió el **trece de febrero de dos mil once**. Esto último con fundamento en el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que dice:

ARTÍCULO 71. *El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.*

En ese sentido, aun cuando el actor reclamó los intereses moratorios en los términos de la fracción I del artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (que refiere a los réditos devengados de las obligaciones en moneda nacional a cargo de las compañías de seguros, y que son legalmente exigibles –y no a los de las obligaciones denominadas en

moneda extranjera, como lo es en la especie—), ello no obsta para condenar a la enjuiciada al pago de intereses moratorios sobre la obligación principal, conforme a lo previsto en la citada fracción II del mismo precepto legal.

Es así, en virtud de que la propia fracción VII del artículo en comento refiere que el juez **deberá** dictar condena al respecto en los términos de las fracciones aplicables, independientemente de que. Dicha porción normativa establece:

*VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, **deberá condenar** al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes, y*

En consecuencia, se **condena a *** al pago de intereses moratorios sobre la obligación principal reclamada, en los términos antes precisados (artículo 135 bis, fracción II, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros), a partir de la fecha en que aquella obligación se hizo legalmente exigible, los cuales deberán liquidarse en ejecución de sentencia.

Lo anterior, tomando en consideración que dichos intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que la obligación principal se hizo legalmente exigible y hasta el día inmediato anterior a

aquél en que se realice el pago; como lo dispone la fracción IV¹⁷ del invocado artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

DÉCIMO. Costas. En el caso no se actualiza ninguno de los supuestos establecidos por el artículo 1084 del Código de Comercio, para condenar en costas; por tanto, no se dicta especial condena al respecto.

DECIMOPRIMERO. Parte dispositiva de la sentencia de primera instancia. Corolario de todo lo anterior, los resolutivos del fallo de primer grado deben quedar al tenor siguiente:

PRIMERO. *Ha sido procedente la vía ordinaria mercantil, en la que **, demandó a **, y acreditó los elementos constitutivos de su acción.*

SEGUNDO. *Se condena a ** al cumplimiento del contrato de seguro base, número de póliza *, en específico al pago de la suma asegurada de la cobertura de invalidez total y permanente a causa de accidente, que asciende a * *****, la cual deberá pagarse en su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio vigente en que se efectúe el pago.*

TERCERO. *Se condena a ** al pago de intereses moratorios sobre la obligación principal, en los términos precisados en el considerando noveno de la resolución de veinticuatro de julio del año en curso, dictada en el Toca Civil y sus relacionados, por el Segundo Tribunal Unitario*

¹⁷ IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

en Materias Civil y Administrativa del Primer Circuito.

CUARTO. *No se dicta especial condena en costas.*

DECIMOSEGUNDO. **Costas en segunda instancia.** Toda vez que el caso no se encuentra en ninguno de los supuestos establecidos por el artículo 1084 del Código de Comercio, para condenar en costas; no ha lugar a dictar condena al respecto en esta segunda instancia.

Por lo expuesto, y con fundamento en los artículos 29, fracción II, y 53, ambos de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación; así como el 1336 y demás relativos y aplicables del Código de Comercio, se,

R E S U E L V E

PRIMERO. En cumplimiento a la ejecutoria de ocho de junio de dos mil diecisiete, dictada en el juicio de amparo directo D.C. [REDACTED], por el Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, se **reitera** la insubsistencia de la sentencia de veintitrés de marzo de dos mil diecisiete, pronunciada en el presente toca.

SEGUNDO. Se **confirman** los autos de dieciséis



CUMPLIMIENTO A EJECUTORIA DE AMPARO DEL T.C.

y veintidós de julio de dos mil catorce, dictados por el Juez Décimo de Distrito en Materia Civil en la Ciudad de México, dentro del juicio ordinario mercantil, promovido por **contra *

TERCERO. Se **revoca** la sentencia de veintiséis de septiembre de dos mil dieciséis, emitida en el juicio antes citado; para quedar en los términos precisados en el considerando decimoprimer de la presente resolución.

CUARTO. No se hace especial condena en costas en esta segunda instancia.

Notifíquese a las partes como proceda conforme a la ley; remítase copia certificada de esta resolución al Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, para acreditar el debido cumplimiento de la ejecutoria de ocho de junio de dos mil diecisiete, emitida en el amparo directo D.C. de su índice; comuníquese al juzgado de origen, a través de oficio y con copia autorizada de la presente resolución, solicitándole tenga a bien acusar el recibo de estilo correspondiente; háganse las anotaciones en el libro de gobierno y, en su oportunidad, archívese el presente tomo como asunto concluido.

Así lo resolvió y firma **Benjamín Soto Sánchez**, magistrado del Segundo Tribunal Unitario en Materias Civil y Administrativa del Primer Circuito, asistido de Sofía Regalado Espinosa, secretaria que autoriza y da fe.

BSS/SRE/VMSR

El licenciado(a) Sofía Regalado Espinosa, hago constar y certifico que en términos de lo previsto en los artículos 8, 13, 14, 18 y demás conducentes en lo relativo de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, en esta versión pública se suprime la información considerada legalmente como reservada o confidencial que encuadra en el ordenamiento mencionado. Conste.