

SENTENCIA DEFINITIVA

HERMOSILLO, SONORA, A XX DE XX DE DOS MIL XX

V I S T O S para resolver en definitiva los autos originales de expediente número **XX/XX**, relativo al **JUICIO ORAL MERCANTIL**, promovido por **XXX** en contra de **XXX**.

R E S U L T A N D O S :

I.- Que por escrito presentado el día XX de XX de dos mil XX, ante la Oficialía de Partes Común a los Juzgados Civiles, Familiares y Mercantiles del Distrito Judicial de Hermosillo, Sonora, que se remitió a este Juzgado Primero Oral Mercantil, compareció XXX demandando en la VIA ORAL MERCANTIL y en ejercicio de la acción de cumplimiento forzoso de contrato de seguro a XXXX, las siguientes prestaciones:

A) El pago de la cantidad de 23,647.56 UDIS (VEINTITRÉS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE PUNTO CINCUENTA Y SEIS UNIDADES DE INVERSIÓN) por concepto de indemnización derivada de la actualización del riesgo amparado en el Contrato de Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual o Familiar denominado XX, documentado en la póliza número XXX expedida por la demandada. Cantidad que deberá ser liquidada en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan en la fecha de pago de la prestación reclamada, de conformidad con el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

De conformidad con el citado precepto legal, la indemnización reclamada equivale a la suma de \$121,706.19 (ciento veintiún mil setecientos seis pesos 19/100 moneda nacional), y se ha expresado en (UDIS) a razón de XXX pesos por Unidad de Inversión, valor que éstas tenían al XX de XX de XX, fecha en que el pago se hizo exigible al haberse emitido el rechazo por parte de la demandada.

B) El pago de intereses moratorios generados hasta la total liquidación de la prestación principal demandada, en términos del

artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Esta prestación será liquidada en la vía incidental en el momento procesal oportuno.

C) El pago de gastos y costas que el presente juicio genere, la cual será regulada en la vía incidental en el momento procesal oportuno.

La parte actora sustenta su demanda en la relación de hechos y preceptos de derecho que señala en su escrito inicial, los cuales se tienen por reproducidos en este apartado por economía procesal.

Cumplida la prevención impuesta, por auto de XX de XX de dos mil XX, se radicó la demanda admitiéndose en la vía y forma propuesta, ordenándose emplazar a la parte demandada.

Mediante diligencia de fecha XX de XX de dos mil XX, se emplazó a la parte demandada XXX, en esta ciudad de Hermosillo, Sonora.

Por escrito presentado el XX de XX de dos mil XX, la demandada dio contestación a la demanda interpuesta en su contra, la cual fue admitida por auto dictado el XX de XX de dos mil XX, con vista a la contraria.

Por escrito de fecha XX de XX de dos mil XX, la parte actora contestó la vista otorgada con motivo de la contestación de demanda, la cual fue admitida por auto dictado el XX de XX de dos mil XX, procediéndose a señalar fecha para la audiencia preliminar.

El XX de XX de dos mil XX, se realizó la audiencia preliminar en la que se hizo contar la inasistencia de la parte actora XXX y que la moral demandada XXX, compareció por conducto de su apoderado. Audiencia en la cual se depuró el procedimiento, se declaró acreditada la legitimación procesal de los contendientes. Sin que se hubiese logrado conciliar, ni mediar; asimismo no se fijaron hechos no controvertidos, ni acuerdos probatorios, ante la incomparecencia de la accionante.

Por otra parte, en la propia audiencia preliminar se admitieron las siguientes pruebas ofrecidas por la actora conforme a derecho:

1.- Documental privada consistente en póliza de seguro número XXX base de la acción, la cual fue exhibida por la demandada a petición de la parte actora, con los siguientes anexos:

a) Copia de cláusula adicional de cobertura en la franja fronteriza de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

b) Copia de cláusula de restricción hospitalaria de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

c) Copia de cláusula de cobertura dental de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

d) Copia de endoso de modificación de condiciones generales de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

2.- Documental privada consistente en copia simple de las Condiciones Generales, la cual fue exhibida en original por la demandada a petición de la parte actora.

3.- Documental privada consistente en Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad.

4.- Documental privada consistente en Formato de Informe Médico de fecha XX de XX de XX.

5.- Documental privada consistente en Constancia Médica suscrita por el Doctor XXX, de fecha XX de XX de XX.

6.- Documental privada consistente en impresión de carta de rechazo de fecha XX de XX de XX.

7.- Documentales privadas consistentes en:

- Copia simple de dos recibos de pago bancario a favor de Hospital XX.
- Factura electrónica número XX, expedida por Hospital XXX, con folio fiscal número XXX.
- Copia simple de estado de cuenta constante de seis páginas, expedido por Hospital XXX.
- Análisis de laboratorio: Biometría Hemática Completa, elaborado por el Químico XXX, de fecha XX de XX de XX.
- Análisis de laboratorio: Tiempo de Protrombina, elaborado por el Químico Biólogo XXX, de fecha XX de XX de XX.

- Recibo de honorarios con número de folio XX, con número de folio fiscal: XXX, expedido por el Doctor XXX.
- Recibo de honorarios número XX, con número de folio fiscal XXX, expedida por el Doctor XXX, el XX de XX de XX.
- Factura electrónica número XXX, con folio fiscal número XXX, expedida por el Doctor XXX, el XX de XX de XX.
- Factura electrónica con número de folio interno XX y folio fiscal número XXX, expedida por XXX el XX de XX de XX.
- Factura electrónica con número de folio interno XXX y folio fiscal número XXX, expedida por XXX el XX de XX de XX.
- Factura electrónica con número de folio interno XX y folio fiscal número XXX, expedida por XXX el XX de XX de XX.
- Factura electrónica con número de folio interno XX y folio fiscal número XXX, expedida por XXX el XX de XX de XX.
- Factura electrónica con número de folio interno XX y folio fiscal número XXX, expedida por XXX el XX de XX de XX.
- Factura electrónica con número de folio interno XX y folio fiscal número XXX, expedida por XXX el XX de XX de XX.
- Factura electrónica con número de folio interno XXX y folio fiscal número XXX, expedida por XXX el XX de XX de XX.
- Factura electrónica con número de folio interno XXX y folio fiscal número XXX, expedida por XXX el XX de XX de XX.
- Factura electrónica con número de folio interno XXX y folio fiscal número XXX, expedida por XXX el XX de XX de XX.
- Factura electrónica con número de folio y serie XX y folio fiscal número XXX, expedida por XXX el XX de XX de XX.
- Recibo de honorarios número X, con folio fiscal número XXX, expedido por XXX de fecha XX de XX de XX.
- Recibo de honorarios número XX y folio fiscal número XXX, expedido por XXX el XX de XX de XX.
- Recibo de honorarios número XX y folio fiscal número XXX, expedido por XXX el XX de XX de XX.
- Factura electrónica con serie y folio XXX, con folio fiscal número XX, expedida por XXX el XX de XX de XX.

- Copia simple de recetario médico de fecha XX de XX de XX.

8.- Documentales consistentes en las siguientes actuaciones ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), dentro del expediente XX/XX/XX:

a) Copia de declaración de hechos suscrita por XXX, con sello de recibido por la CONDUSEF el XX de XX de X.

b) Escrito de fecha XX de XX de XX dirigido a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, mediante el cual la aseguradora demandada informa los motivos por los que rechazó el pago de los gastos médicos que se le reclaman, mismo que no contiene firma alguna.

c) Escrito con sello de recibido el XX de XX de XX, por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financiero (CONDUSEF), mediante el cual la parte actora expresa su inconformidad con el informe rendido por la empresa de seguros demandada.

d) Notificación dirigida a XXX, con sello de despachado el XX de XX de dos mil XX.

e) Escrito con sello de recibido el XX de XX de XX por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), mediante el cual la empresa de seguros rinde informe.

f) Audiencia de Conciliación celebrada el XX de XX de XX, ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), dentro del expediente XX/XX/XX.

g) Escrito con sello de recibido el XX de XX de XX por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), mediante el cual la empresa de seguros demandada rinde informe.

h) Audiencia de Conciliación celebrada el XX de XX de XX, ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), dentro del expediente XX/XX/XX

9.- Confesional a cargo de la moral demandada.

10.- Testimonial a cargo de XXX.

11.- Instrumental de actuaciones.

A la parte demandada le fueron admitidas las siguientes pruebas:

1.- Documental privada consistente en caratula de la póliza número XXX, con los siguientes anexos:

a) Copia de cláusula adicional de cobertura en la franja fronteriza de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

b) Copia de cláusula de restricción hospitalaria de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

c) Copia de cláusula de cobertura dental de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

d) Copia de endoso de modificación de condiciones generales de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

2.- Documental privada consistente en las condiciones generales aplicables a la póliza de seguro base de la acción.

3.- Documental privada consistente en copia simple de expediente clínico correspondiente al paciente XXX, elaborado por XXX, el cual fue exhibido durante el proceso por dicho nosocomio.

4.- Pericial en medicina con especialidad en cirugía ortopédica.

5.- Instrumental de actuaciones.

6.- Presuncional.

7.- Confesional por posiciones a cargo de la parte actora XXX.

8.- Testimonial a cargo de XXX.

9.- Documental pública consistente en copia certificada de testimonio de escritura pública número XX volumen XX, pasada ante fe del notario público XX con ejercicio y residencia en XX.

10.- Documental privada consistente en acuse con firma de recibo de fecha XX de XX de XX, por el Archivo Clínico de XXX, suscrito por el apoderado de la empresa de seguros demandada, mediante el cual solicita se le proporcione original o copia certificada del expediente clínico de XXX.

Seguidamente, se señaló fecha para la audiencia de juicio.

Por auto dictado el XX de XX de dos mil XX, se recibió copia simple de expediente clínico del paciente XXX, remitido por el apoderado de HOSPITAL XXX.

Mediante auto de XX de XX de dos mil XX, se tuvo al perito XXX designado por la demandada, manifestando que acepta y protesta el cargo conferido y por auto dictado el XX de XX del dos mil XX, se tuvo al citado perito por exhibido el dictamen, por lo que en ambos autos se precisó que al respecto se pronunciaría esta juzgadora en la audiencia de juicio.

El XX de XX de dos mil XX tuvo verificativo la audiencia de juicio, en donde compareció la actora XXX, así como la demandada XXX, por conducto de su apoderado.

Respecto a las pruebas admitidas por la parte actora, se tuvieron por desahogadas por su propia naturaleza las pruebas documentales y la instrumental de actuaciones. Asimismo se desahogaron las pruebas confesional a cargo de la demandada y las testimoniales a cargo de XXX.

Respecto a las pruebas admitidas a la parte demandada, se tuvieron por desahogadas por su propia naturaleza las pruebas documentales, instrumental de actuaciones y presuncional y se desahogaron las pruebas pericial en medicina con especialidad en cirugía ortopédica, la confesional a cargo de la parte actora, así como la testimonial a cargo de XXX.

Seguidamente se desahogó la etapa de alegatos, expresando ambas partes los alegatos correspondientes.

Se declaró visto el presente asunto y se citó a las partes para la CONTINUACIÓN DE LA AUDIENCIA DE JUICIO, a fin de exponer oralmente y de forma breve, los fundamentos de hecho y de derecho que motivaron la sentencia y, en su caso, dar lectura a los puntos resolutivos, la cual a continuación se dicta al tenor de los siguientes:

C O N S I D E R A N D O S

I.- Esta Juzgadora es competente para conocer y resolver el presente juicio, con fundamento en los artículos 1090, 1091, 1092, 1094 y 1104 fracción II del Código de Comercio, en relación con el diverso artículo 1390 Bis del Título Especial del Juicio Oral Mercantil del ordenamiento legal invocado y al Acuerdo General número 01/2013 del Pleno del Supremo Tribunal de Justicia del Estado, relativo a la creación de este Juzgado Oral Mercantil, a la declaratoria del inicio de su vigencia así como a su competencia, jurisdicción territorial y fecha de inicio de funciones, tomando en cuenta que el artículo 62 de la Ley Orgánica del Poder Judicial establece que los Juzgados de lo Mercantil conocerán de los asuntos mercantiles, cuando se actualice el supuesto previsto en el artículo 104 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además que en la especie la cuantía del presente juicio es inferior a la que establece el artículo 1339 del Código de Comercio para que un juicio sea apelable, en términos del citado artículo 1390 Bis del propio Código.

De manera que, conforme a las consideraciones vertidas, esta juzgadora es competente para conocer y resolver la presente controversia.

II.- La VIA ORAL MERCANTIL elegida por la parte actora para el trámite del presente juicio, es la adecuada con fundamento en los artículos 1390 Bis y 1390 Bis 1 del Código de Comercio, al tratarse de un juicio que tiene señalada su tramitación en el referido ordenamiento comercial.

III.- Al desahogarse la audiencia preliminar prevista en el artículo 1390 Bis 32 fracción I del Código de Comercio, se declaró la legitimación procesal de los contendientes y que pueden constituirse como partes en el proceso, en términos de los artículos 1056 del Código de Comercio y 1 del Código Federal de Procedimientos Civiles, aplicado supletoriamente a la materia oral mercantil, al determinarse que la parte actora XXX se legitimó en el proceso al ser persona física, sin que se desprenda del proceso que carezca del ejercicio de sus derechos civiles.

La parte demandada XXX, se legitima al ser una persona moral que comparece a juicio por conducto de su Apoderado General para

Pleitos y Cobranzas XXX, quien demostró tal carácter con copia certificada de la Escritura Pública número XXX pasada ante la fe del Notario Público número XX, con ejercicio y residencia en XX. Documental a la que se le concedió valor probatorio pleno, de conformidad con los artículos 1237 y 1292 del Código de Comercio.

Cabe precisar que, la moral demandada al contestar la demanda opuso bajo el número 5 la excepción que denominó falta de legitimación en la causa, para lo cual aduce que en términos del artículo 177 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, XXX como asegurado es beneficiario directo del contrato de seguro base de la acción, por lo que afirma que dicha persona es quien estaría legitimado para ejercitar la acción en contra de la demandada y no la actora, tomando en consideración que dicho asegurado es mayor de edad y no requiere de representación, resaltando que la actora actúa en nombre propio.

Excepción que es infundada.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro regula lo siguiente:

Artículo 162.- El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital.

Artículo 163.- En lo conducente prevé que el seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro. En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud. El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

Conforme a los preceptos legales invocados, quien puede reclamar la indemnización correspondiente al seguro de gastos médicos, es el asegurado.

Sin embargo, la parte actora no comparece reclamando el pago de las prestaciones precisadas en la demanda en su carácter de beneficiaria, sino como subrogataria de los derechos correspondientes a XXX asegurado por la póliza de seguro base de la acción.

La accionante como contratante y asegurada titular de la citada póliza, al erogar los gastos médicos generados en una de las personas que aparece como asegurado, se subrogó por ministerio de ley, en los derechos correspondientes a dicho asegurado, toda vez que la actora al haber contratado un seguro de gastos médicos, tiene interés jurídico en el cumplimiento de las obligaciones contraídas, ante la realización de algunos de los eventos amparados.

En términos del artículo 2058 del Código Civil Federal, la subrogación se verifica por ministerio de la ley y sin necesidad de declaración alguna de los interesados: I.- Cuando el que es acreedor paga a otro acreedor preferente; II.- Cuando el que paga tiene interés jurídico en el cumplimiento de la obligación; III.- Cuando un heredero paga con sus bienes propios alguna deuda de la herencia; IV.- Cuando el que adquiere un inmueble paga a un acreedor que tiene sobre él un crédito hipotecario anterior a la adquisición.

Asimismo, encuentra sustento lo anterior, en la siguiente tesis:

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES. EL DERECHO A REEMBOLSO DE GASTOS EROGADOS POR UN SINIESTRO SUFRIDO POR UN ASEGURADO, NO CONDUCE AL LITISCONSORCIO NECESARIO CON LOS DEMÁS ASEGURADOS. La aplicación de las reglas generales previstas en la Ley sobre el Contrato de Seguro, en concordancia con las específicas, establecidas en la póliza y sus condiciones generales del contrato de seguro de gastos médicos mayores, sin estipulación en contrario, determinan que en este contrato de seguro, las relaciones obligacionales surgidas entre la compañía aseguradora y cada asegurado, son de carácter individual, sin distinguir, inclusive, entre el asegurado denominado "titular" y los asegurados dependientes o ascendientes, que cumplan con los requisitos de aceptación y que se protejan mediante el contrato, salvo en lo tocante a la decisión de dar de alta o baja a los asegurados adicionales, que es facultad exclusiva, pero también individual, del asegurado "titular", de tal manera que no se advierte la generación de derechos u obligaciones mancomunadas e indivisibles, de las que sean titulares el asegurado titular y alguno o todos los demás asegurados, como los ascendientes. Por tanto, cada asegurado tiene el derecho individual de exigir el cumplimiento de las obligaciones de la aseguradora, que se actualicen respecto a su propia persona, pero

carece del derecho de exigir tales obligaciones, en cuanto a los siniestros que ocurran a los demás asegurados. Lo anterior impide que se presente el elemento sine qua non para que la relación sustantiva, objeto del juicio natural, se proyecte al proceso como la necesidad de un litisconsorcio activo necesario, dado que las relaciones sustanciales planteadas en la controversia se pueden decidir por la judicatura con efectos exclusivos para las partes litigantes, y la eficacia del fallo que se dicte produce entre ellos la cosa juzgada, sin afectar a nadie más, ni producir incertidumbre alguna en cualquier relación en que esté involucrado alguien más. Así, la relación que se da entre la compañía aseguradora y cada asegurado, respecto de los gastos que ocasiona un siniestro, atinente a ese asegurado, no es mancomunada con el resto de los asegurados, sino de cada asegurado en lo individual, de tal manera que entre éstos no surge una relación sustantiva que, llevada a juicio, sea común e inescindible. Aunque existe posibilidad de confundir esta situación fáctica, con la subrogación, regulada en los artículos 2058 y siguientes del Código Civil Federal, que es el ejercicio de los derechos de otro, por reemplazo del titular o la adquisición de ajenas obligaciones en idéntica situación, en lugar del obligado anterior; la actualización de alguno de esos supuestos, tampoco daría lugar a un litisconsorcio activo necesario, sino a la sustitución del que hubiera hecho el pago por el que debía hacerlo en principio, con lo cual éste saldría de la relación jurídica sustancial y sólo quedaría en ella el primero, que al ejercer una acción jurisdiccional, no requeriría de un proceso litisconsorcial necesario. Décima Época; Registro: 2005996; Tribunales Colegiados de Circuito; Tipo de Tesis: Aislada; Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; Libro 4, Marzo de 2014, Tomo II; Materia(s): Civil; Tesis: I.4o.C.30 C (10a.); Página: 1943.

En consecuencia, se declara infundada la excepción opuesta y se determina que en la causa se legitiman los contendientes, porque la acción se ejercita por la persona física a quien la Ley concede facultad para ello, frente a la persona moral contra quien debe ser ejercitada; lo que se concluye de los documentos exhibidos por las partes.

Lo anterior sin que implique que se prejuzgue de antemano sobre el fondo del presente juicio.

IV.- La relación jurídica procesal se integró debidamente, al emplazarse a la parte demandada con las formalidades que prevé los artículos 1390 Bis 14 y 1390 Bis 15 del Código de Comercio.

V.- Las partes gozaron de la igualdad y oportunidad probatoria que les concede el artículo 1390 Bis 13 del Código de Comercio, por lo que estuvieron en aptitud de ofrecer los medios de convicción que consideraron pertinentes e idóneos al caso que se resuelve.

VI.- El debate en el presente juicio se fijó con los ocurso de demanda y contestación de demandada, en términos de los artículos 1390 Bis 11 y 1390 Bis 17 del Código de Comercio, así como con los acuerdos sobre hechos no controvertidos que las partes realizaron en la audiencia preliminar, de conformidad con el diverso artículo 1390 Bis 36 del propio Código.

VII.- Independientemente de las excepciones opuestas por la parte demandada, es obligación del juzgador analizar de manera oficiosa los elementos que constituyen la acción planteada en esta vía, para determinar si se actualiza o no el derecho subjetivo privado invocado por la parte actora.

De conformidad con los artículos 1390 Bis 8 y 1194 del Código de Comercio, es carga de las partes demostrar en forma fehaciente sus pretensiones, para la parte actora XXX acreditar su acción ya que en el caso se demanda la acción de cumplimiento forzoso de contrato de seguro. En consecuencia, la parte actora deberá demostrar los elementos que integran su acción, consistentes en la celebración del contrato de seguro y la verificación de la eventualidad amparada durante la vigencia de la póliza.

Por su parte, la aseguradora demandada debe acreditar que cumplió con la obligación de pago a su cargo, derivada del referido contrato o en su caso los motivos por los cuales incumplió, en términos del artículo 1 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el cual establece que mediante una prima, la empresa aseguradora se obliga a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero, al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

En este contexto, cabe precisar que la parte actora XXX, en la demanda manifiesta que tiene el carácter de asegurada titular en el contrato de seguro de gastos médicos mayores individual o familiar, denominado XX con número de póliza XXX, y que su hijo XXX tiene el carácter de asegurado dependiente.

Señala que dicho contrato base de la acción ampara las siguientes coberturas:

Cobertura	Suma Asegurada
Básica	\$100,000.00
Cobertura Dental	Cubierto
Cobertura de Asistencia en el Extranjero(CAE)	USD \$50,000.00
Cobertura de Enfermedades Catastróficas en el extranjero (CEC)	Sin límite
Cobertura de eliminación de deducible por accidente (CEDA)	Sin límite

Asimismo, menciona que en las condiciones generales aplicables al contrato de seguro base de la acción, se define qué se entenderá por: Objeto del seguro, accidente amparado y gastos médicos amparados.

La parte actora, a efecto de acreditar el primer elemento de la acción ejercitada, la celebración del contrato de seguro, le fueron admitidas las pruebas documentales privadas consistentes en la póliza de seguro número XXX base de la acción y sus condiciones generales, las cuales fueron exhibidas por la demandada a petición de la parte actora, desprendiéndose de la citada póliza los siguientes anexos:

a) Copia de cláusula adicional de cobertura en la franja fronteriza de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

b) Copia de cláusula de restricción hospitalaria de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

c) Copia de cláusula de cobertura dental de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

d) Copia de endoso de modificación de condiciones generales de fecha XX de XX de XX, misma que coincide con la exhibida por la actora también en copia simple.

Documentales que, en términos del artículo 1390 Bis 45 del Código de Comercio, fueron objetadas por la demanda, siendo que la objeción es el medio otorgado por la ley para evitar que se produzca el reconocimiento tácito de un documento privado y para conseguir de esa manera que el valor probatorio del propio instrumento permanezca incompleto. Objetándolas la demandada bajo el argumento de que no son suficientes para acreditar los extremos de la acción; sin embargo, también ofrece dichos medios de convicción como prueba de su parte, al aseverar que con

la póliza de seguro se acreditan las coberturas del seguro contratado, las cantidades que amparan, el número de póliza.

Cabe precisar que, la demandada al contestar la demanda aceptó lo siguiente:

Respecto al hecho 1, acepta la celebración del contrato de seguro base de la acción, su vigencia y que XXX se encuentra asegurado por la misma.

Respecto al hecho 2, acepta que la póliza de seguro base de la acción tiene una cobertura adicional denominada Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente (CEDA).

Respecto al hecho 3, la demandada acepta el contenido de las condiciones generales exhibidas por la actora, conforme a lo descrito en la demanda.

Respecto al hecho 4, acepta la definición de gastos amparados conforme a las condiciones generales que describe la actora en la demanda.

Respecto al hecho 6, acepta que recibió el formato de aviso de accidente o enfermedad, donde se le informó del siniestro, precisando que se le asignó el número de atención XX.

Respecto al hecho 9, acepta que emitió la carta de rechazo el XX de XX de XX, de acuerdo a lo establecido en el punto 6 denominado Hernias, en las condiciones generales aplicables al contrato de seguro base de la acción.

Respecto al hecho 13, acepta la reclamación interpuesta ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Respecto al hecho 14, acepta que el XX de XX de XX, rindió informe ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), reiterando el rechazo de la reclamación.

Por lo que, en términos de los artículos 1241 y 1296 del Código de Comercio, y 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se declara infundada la objeción planteada por la demandada, y se le otorga pleno valor probatorio a la póliza de seguro y condiciones generales base de la acción en favor de la actora, toda vez que con las mismas se acredita el

primer elemento de la acción ejercitada, es decir, que el XX de XX de XX, la actora XXX contrató la póliza de seguro de gastos médicos mayores individual o familiar número XXX base de la acción, con una vigencia del XX de XX de XX al XX de XX de XX, en donde aparece como asegurado XXX y que las condiciones generales exhibidas por la actora son las aplicables a dicho contrato.

En consecuencia, se declara demostrado el primer elemento de la acción ejercitada: la celebración del contrato de seguro base de la acción.

En cuanto el segundo de los elementos de la acción, la realización del siniestro amparado durante la vigencia de la póliza, la actora en la demanda señala que el XX de XX de XX, dentro de la vigencia de la póliza, el asegurado XXX estaba presenciando una actividad de pesaje de ganado, cuando de manera imprevista un animal se impactó con la cerca donde el citado asegurado estaba sentado y propició que cayera de una altura de 1.5 metros, sobre el filo de la canaleta de concreto, golpeándose la parte baja de la columna y que como consecuencia, presentó dolor intenso y agudo.

Cabe precisar que en el hecho 5 de la demanda, la actora asentó que el accidente del asegurado XXX fue el XX de XX de XX; sin embargo, la demanda un escrito cuyo contenido debe apreciarse de forma conjunta, desprendiéndose de la propia demanda que la actora al ofrecer las pruebas descritas bajo los números 3, 4, 5 y 10, refiere que con dichos medios de convicción, entre otros hechos, demostrarán que el citado asegurado sufrió el accidente el XX de XX de XX. Por lo que, destaca ésta última fecha como en la que el asegurado XXX tuvo el accidente cuyos gastos médicos se reclaman en el presente juicio.

Por otra parte, la actora precisa en la demanda que el citado asegurado fue trasladado al Hospital XXX. en donde se le practicaron estudios para determinar las consecuencias del trauma, y que el Doctor XXX le diagnosticó traumatismo severo con dolor intenso a la altura de las cervicales 4 y 5, y falta de sensibilidad de la pierna izquierda de la rodilla hacia abajo hasta la planta del pie.

Aduce que dio aviso a la aseguradora del accidente y de la hospitalización del asegurado y que el XX de XX de XX llenó el “formato

de Aviso de Accidente o enfermedad”, informándoles del siniestro, al cual aduce que se le asignó el número XX.

Agrega que el Doctor XXX, dio al asegurado tratamiento para disminuir el dolor y que el XX de XX de XX se le realizó un procedimiento quirúrgico consistente en XX, porque el dolor no cedía, por lo que los gastos médicos erogados como consecuencia de la cirugía y del accidente ascienden a \$121,706.19 (ciento veintiún mil setecientos seis pesos 19/100 moneda nacional). Gastos que afirma no fueron cubiertos por la aseguradora demandada, quien aduce el XX de XX de XX emitió una carta de rechazo.

Afirma la actora que las lesiones del asegurado XXX fueron originadas por un accidente, por lo que constituyen un riesgo cubierto por la póliza, conforme a la definición “Gastos Médicos Amparados”, la cual incluye todos aquellos gastos necesarios medicamente originados por la atención de un accidente, lo que asevera ocurrió al caer el asegurado de una altura de 1.5 metros sobre el filo de una canaleta de concreto.

Añade que, con base a lo establecido en el endoso de modificación de condiciones generales que forma parte integral de la póliza de seguro base de la acción, la aseguradora demandada se equivoca en su determinación de rechazar los gastos médicos erogados, en virtud de que los accidentes amparados se encuentran cubiertos desde el primer día de vigencia de la póliza.

Además, aduce que a los gastos médicos erogados no le es aplicable el deducible, porque en términos de la caratula de la póliza, se contrató la cobertura de eliminación de deducible por accidente (CEDA), definida en el punto 4, cláusula VII, denominada Coberturas Opcionales, de las Condiciones Generales de la Póliza.

Por lo que, con base en lo anterior, afirma la accionante que la aseguradora se encuentra obligada a responder, pagando los gastos médicos originados por el accidente del asegurado, de conformidad con el objeto del contrato de seguro, en concordancia con el artículo 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Por su parte, la aseguradora demandada al contestar la demanda opuso las siguientes defensas y excepciones:

Bajo el número 1, la excepción que denominó falta de acción y derecho, bajo el argumento de que la demandada no tiene obligación de cubrir la indemnización de los gastos médicos que se le reclaman, porque derivado del análisis y valoración de las notas quirúrgicas y de evolución del caso, la aseguradora determinó que el siniestro que se reclama, se trata de un proceso degenerativo del disco, por lo que no puede ser considerada una hernia derivada de un accidente, ni puede ser cubierto como enfermedad, porque a la fecha del siniestro no se cumplía el periodo de espera necesario para la cobertura, al precisar que los tratamientos para hernias de disco tienen un periodo de espera de dos años, sin que en el presente caso se haya acreditado que la cirugía practicada al asegurado XXX fuera consecuencia de un accidente amparado por la póliza de seguro base de la acción, al afirmar que la cirugía XX practicada, no fue a consecuencia de una causa externa, súbita, fortuita y violenta como aduce la actora.

Precisa que los gastos médicos reclamados tienen su origen en una etiología crónica y no en un accidente, por lo que conforme al contrato base de la acción, no se desprende derecho alguno a favor de la actora.

Bajo el número 2, opuso la excepción que se desprende de las condiciones generales de la póliza de seguro base de la acción, porque en el contrato se estableció la cobertura: Hernias, en donde los gastos médicos que se reclaman derivan de un padecimiento de hernia de disco, misma que tiene un periodo de espera de dos años a partir de la fecha de inicio del contrato, periodo que afirma la demandada no había transcurrido cuando se causaron dichos gastos médicos, por lo que asegura que no existe obligación de la aseguradora de cubrir la indemnización reclamada.

Bajo el número 3, opuso la excepción que denominó falta de cumplimiento de la condición a que se encuentra sujeta la obligación, bajo el argumento de que se estableció en el contrato base de la acción que para el caso de hernias de disco, hubiera transcurrido un periodo de dos años a partir de la fecha de inicio de vigencia del contrato, la cual afirma inició el XX de XX de XX y los gastos médicos que se reclaman inician a partir del XX de XX de XX, por lo que asevera que no se había cumplido con dicho periodo de espera, para que se pudiera generar alguna obligación a cargo de la aseguradora demandada.

Bajo el número 4, opuso la excepción cobro de lo indebido, al no existir obligación de la demandada de cubrir la indemnización reclamada, por no haberse cumplido con el periodo de espera establecido en el contrato base de la acción para el padecimiento generador de los gastos médicos que se reclaman. Por lo que aduce que la actora pretende obtener un lucro que no le corresponde.

Al respecto cabe precisar que las condiciones generales aplicables al contrato de seguro base de la acción, las cuales fueron exhibidas por la demandada, define lo siguiente:

Accidente Amparado: Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produzca la muerte o enfermedades amparadas al asegurado o a cualquiera de sus dependientes previamente dados de alta en la póliza, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en ella.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente amparado que les dio origen. En caso de que el asegurado reciba la primera atención médica 30 días después del accidente, dicho acontecimiento no se considerará como un accidente amparado.

Enfermedad amparada o padecimiento amparado: Toda alteración en la salud, diagnosticada por un médico legalmente autorizado, que sufra el asegurado o cualquiera de sus dependientes previamente dados de alta en esta póliza, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor y se trate de una alteración que haya cumplido con los periodos de espera y que no esté excluida expresamente en ella.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad amparada que les dio origen.

Gastos médicos amparados: Se cubren los insumos médicos de cualquier especie, servicios hospitalarios, honorarios profesionales (médicos, anestesiólogos, terapeutas y enfermeras) y otro tipo de gastos, tales como medicamentos, estudios e insumos de laboratorio y gabinete, que sean necesarios e indispensables para el establecimiento del diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, accidentes y maternidad amparados y que sean prescritos por un médico con base a las normas y protocolos médicos establecidos por las autoridades sanitarias, los colegios médicos y/o instituciones académicas.

Padecimientos preexistentes: Lesiones o enfermedades que, con anterioridad a la fecha de alta del asegurado o dependiente afectado,

hayan sido diagnosticadas por un médico o respecto de las cuales se haya efectuado un gasto comprobable.

Se consideran padecimientos preexistentes aquellos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se hayan declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Periodo de espera: Es el tiempo que debe transcurrir entre la fecha inicial de contratación de la póliza y la fecha en que se cubrirán ciertos padecimientos.

Endoso: Es un documento que forma parte del contrato de seguro que modifica los términos originales de la póliza, ampliando o limitando los beneficios de su cobertura.

En la cláusula III, relativas a las Coberturas, en el punto 6 denominado Hernias, se estableció que se cubrirán los tratamientos médicos o quirúrgicos: Hernias, incluidas las hernias de disco, siempre y cuando el asegurado tenga al menos dos años de cobertura continua en la póliza y no se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico médico previo, ni se hayan erogado gastos a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza. Las hernias abdominales incluyendo las inguinales, se cubrirán sujetas a Segunda Valoración Médica.

Ahora bien, la actora en términos del artículo 1194 del Código de Comercio, a efecto de demostrar que se verificó la eventualidad amparada por la póliza de seguro base de la acción durante la vigencia de la póliza, ofreció los siguientes medios de convicción:

-Documental privada consistente en Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad.

Instrumental que fue objetada por la parte demandada en cuanto contenido y valor probatorio, al precisar que la misma no es el medio idóneo para acreditar los extremos de la acción ejercitada, porque no acredita la forma en que ocurrió el siniestro, ni las circunstancias en que ocurrió el mismo, así como dicha documental, no fue debidamente ratificada por la persona quien la expidió.

Objeción que es infundada, toda vez que la demandada al contestar el hecho 6 de la demanda, acepto que recibió el formato de aviso de accidente o enfermedad, donde se le informó del siniestro, precisando que se le asignó el número de atención XX, pero que no procedió la reclamación de pago directo al hospital o reembolso, por falta de acreditación de accidente y por no haber transcurrido el periodo de espera requerido para el padecimiento de hernia, sin que exista preexistencia, estipulado en las condiciones generales.

Por lo tanto, el citado formato de aviso de accidente fue uno de los documentos que la aseguradora valoró, para emitir la carta de rechazo y determinar que no procede el pago de los gastos médicos que se le reclaman, por lo que en términos de los artículos 1241 y 1296 del Código de Comercio, se le otorga pleno valor probatorio, toda vez que con la misma se acredita que la parte actora XXX informó a la empresa de seguros demandada que el asegurado XXX por la póliza de seguro número XXX base de la acción, tuvo un accidente el XX de XX de XX al estar como observador en una sesión de pesaje de ganado, se cayó hacia atrás de una cerca de metro y medio de altura, presentando los siguientes síntomas: dolor intenso e inmovilidad en la cintura. Informó a su vez que fue atendido en el Hospital XX por el doctor XX con especialidad en ortopedia y que se le realizaron los siguientes estudios: rayos x, tomografía y resonancia magnética.

Cabe precisar que, aun cuando la citada documental no fue ratificada por la parte actora XXX y por XXX asegurado por la póliza de seguro base de la acción, quienes suscribieron la citada documental, la misma fue ofrecida por la propia actora y adminiculada con el testimonio de XXX ofrecido como testigo por la demandada, la misma adquiere pleno valor probatorio, en razón de que lo declarado por dicho testigo, coincide con lo informado en el citado Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad.

Lo anterior, toda vez que el testigo XXX, al desahogar la prueba testimonial a su cargo, respecto a sus generales manifestó llamarse como quedó escrito, tener XX años de edad, de estado civil XX, con domicilio actual XX en esta ciudad de Hermosillo, Sonora, ocupación

estudiante, grado máximo de estudios: XX, originario de XX, de nacionalidad XX.

En relación a las tachas de ley, el testigo manifestó que es hijo de la actora XXX, que no es dependiente o empleado de alguna de las partes, que no tiene sociedad o alguna relación de interés con alguna de las partes, pero que sí tiene intereses directo en que gane su mamá el presente juicio, manifestando que no es amigo íntimo, ni enemigo de alguna de las partes y respondió a las interrogantes que se calificaron de legales y procedentes, bajo los siguientes términos:

1.- Que diga el testigo la fecha y hora exacta en que le sucedió el supuesto accidente. Respondió: Fue el XX de XX aproximadamente a las cuatro de la tarde.

2.- Que diga el testigo qué actividad realizó en el transcurso del día XX de XX del XX. Respondió: El día XX de XX después del accidente no hice nada, porque ya sentía dolor e incomodidades.

Probanza que, con independencia de las tachas de ley, toda vez que el testigo es hijo de la parte actora y asegurado por la póliza de seguro base de la acción cuyos gastos médicos se reclaman en el presente juicio, circunstancias que eran perfectamente conocidas por la parte demandada oferente de dicho testigo, en términos de los artículos 1306 del Código de Comercio y 197 del Código Federal de Procedimientos Civiles, aplicado supletoriamente a la materia oral mercantil, dicho testimonio no aporta elementos a favor de la demandada. Por el contrario, con la misma se acredita que XXX declaró que el XX de XX de XX sufrió el accidente y que el XX de XX, después del citado accidente, no realizó alguna actividad porque ya sentía dolor e incomodidades. Declaraciones que coinciden con la información contenida en la referida documental denominada Formato de Aviso de Accidente o enfermedad.

Lo anterior, se sustenta en la siguiente tesis:

PRUEBA TESTIMONIAL EN MATERIA MERCANTIL. SU NATURALEZA JURÍDICA, OBJETO Y ALCANCE PROBATORIO QUEDAN A LA PRUDENTE DECISIÓN DEL JUZGADOR. La lectura del artículo 1205 del Código de Comercio evidencia que la testimonial es un medio permitido por la ley mercantil, que en la doctrina procesal, de

acuerdo a los sistemas de la valoración de la prueba, resultan para los Jueces tres posibilidades: una, la de que se vea en la necesidad de atribuir a la prueba el valor que la ley establece; la otra, de que libremente, según su arbitrio, atribuya a la prueba el valor que en conciencia y sano juicio deba tener; y finalmente, la de que dentro de ciertas limitaciones pueda libremente apreciarla en conciencia. Doctrinalmente, cada una de estas tres posiciones ha recibido los nombres de prueba legal o tasada, de libre apreciación de la prueba o de sistema mixto, por participar simultáneamente de las particularidades de los dos primeros. En el primer sistema, el legislador de antemano le fija al Juez reglas precisas y concretas para apreciar la prueba, que se traslucen en una verdadera tasa del pensar y del criterio judicial, es decir, existe una regulación legislativa que constriñe al Juez a reglas abstractas preestablecidas que le indican la conclusión a que debe llegar forzosamente ante la producción de determinados medios de probar. El segundo sistema, de la libre apreciación de las pruebas, está basado en la circunstancia de que el Juez forme su convicción acerca de la verdad de los hechos afirmados en el procedimiento libremente, por el resultado de las pruebas, es decir, empleando las reglas de la lógica, la experiencia y el conocimiento de la vida; se establece como requisito obligado en este sistema la necesidad de que al valorar la prueba el Juez motive el criterio en que basa su apreciación, consecuentemente, el sistema de que se trata no autoriza al Juez a valorar pruebas a su capricho, o a entregarse a la conjetura o a la sospecha, sino que supone una deducción racional partiendo de datos fijados con certeza. En ese orden de ideas, los medios probatorios tienen una importancia esencial dado que su función es formar el convencimiento del juzgador sobre la verdad de los hechos litigiosos, los cuales se rigen de acuerdo con los principios de pertinencia y de utilidad; el primero de ellos implica que la prueba debe ser idónea para llegar al conocimiento de la verdad, mientras que el segundo significa que su empleo se justifica en la medida que conduzca a lograr lo que se pretende. La prueba testimonial no persigue como finalidad allegar al juicio datos técnicos o especializados sobre la cuestión a debate, pues se basa en la declaración de una persona ajena a las partes sobre los hechos relacionados con la litis que hayan sido conocidos directamente y a través de sus sentidos, ya que el testigo es la persona que se encontraba presente en el momento en que el hecho tuvo lugar, teniendo el carácter de un tercero que informa al juzgador respecto a un acontecimiento percibido sensorialmente por él. El artículo 1302 del código citado deja la apreciación de la prueba testimonial al arbitrio del juzgador, quien no puede considerar probados los hechos sobre los que versó cuando no haya por lo menos dos testigos en los que por su edad, capacidad e instrucción, declaren de ciencia cierta, esto es, que hayan oído pronunciar las palabras, presenciado el acto o visto el hecho material sobre el que deponen; que sean uniformes no sólo en la sustancia sino en los accidentes del acto que refieren o aun cuando no convengan en éstos, que no modifiquen la esencia del hecho y den razón fundada de su dicho. Por su parte, el artículo 1303 del propio ordenamiento establece las circunstancias que deberá tener en cuenta el juzgador para la valoración de dicha probanza, entre las que aquí se destaca que no exista duda ni reticencia en la declaración del testigo. En consecuencia, la prueba testimonial en materia mercantil se rige por el sistema de valoración mixto, en tanto se establecen reglas para tasar una parte del testimonio y una vez satisfechos se deja al arbitrio del juzgador la determinación de su alcance

probatorio conforme al cúmulo probatorio del caso concreto existente en el procedimiento. Novena Época; Registro: 163039; Tribunales Colegiados de Circuito; Tipo de Tesis: Aislada; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Tomo XXXIII, Enero de 2011; Materia(s): Civil; Tesis: I.3o.C.869 C; Página: 3247.

A su vez la actora ofreció la prueba documental privada consistente en Formato de Informe Médico de fecha XX de XX de XX.

Instrumental que, en términos del artículo 1390 Bis 45 del Código de Comercio, fue objetada por la parte demandada en cuanto al contenido y valor probatorio que la actora pretende otorgarle, al considerar la demandada que dicha probanza no es el medio idóneo para acreditar los extremos de la acción, porque no acredita la forma y circunstancias en que ocurrió el siniestro. Asimismo, agrega la demandada que dicha documental no fue debidamente ratificada por la persona que lo expidió.

Objeción que es infundada, toda vez que aun cuando el citado formato no fue ratificado en su contenido y firma por quien lo expidió, la demandada al contestar el hecho 6 de la demanda, aceptó que recibió el formato de aviso de accidente o enfermedad, donde se le informó del siniestro, precisando que se le asignó el número de atención XX, pero que no procedió la reclamación de pago directo al hospital o reembolso, por falta de acreditación de accidente y por no haber transcurrido el periodo de espera requerido para el padecimiento de hernia, sin que exista preexistencia, estipulado en las condiciones generales.

Por lo que, aun cuando no se haya precisado por ambas partes qué documentación se entregó a la empresa de seguros, que previa valoración le llevó a determinar que no procede el pago de los gastos médicos que se reclaman; el rechazo de la demandada lo fundamenta en la falta de acreditación del accidente y por no haber transcurrido el periodo de espera previsto por las condiciones generales para el padecimiento de hernia, siendo la hernia discal por una caída el diagnóstico determinado por el médico tratante, tal y como se desprende de la citada documental Formato de Informe Médico.

Por lo que, se considera que el referido Formato de Informe Médico de fecha XX de XX de XX, es una documental que la

aseguradora demandada valoró para rechazar el pago de los gastos médicos reclamados con cargo a la póliza de seguro base de la acción.

En consecuencia, en términos de los artículos 1241 y 1296 del Código de Comercio, se le otorga pleno valor probatorio al referido Formato de Informe Médico, toda vez que con la misma se acredita que el XX de XX de XX, el Doctor XXX, con XXX, con cédula profesional número XX, con cédula de especialidad de ortopedia número XX, informó a la demandada que XXX, de XX años de edad, ingresó al Hospital XXX, con motivo de un accidente y que se le diagnosticó hernia X.

Asimismo, se le otorga pleno valor probatorio, toda vez que en la misma, el médico tratante hace constar los primeros síntomas, que se realizó la primera consulta y se diagnosticó el padecimiento; precisa respecto a la evolución y estado del mismo al XX de XX de XX, lo siguiente: caída de 1.5 metros de altura al caer de barda, indicando que el padecimiento era agudo y adquirido.

También en el apartado denominado exploración física y resultados de estudios relevantes realizados, el médico tratante hace constar que el paciente presenta dolor intenso lumbacítico irradiado de lado izquierdo por caída de 1.5 metros y que el tratamiento que se le realizó consistió en XX, YY, el cual se llevó a cabo en Hospital XXX. Hace constar a su vez el citado especialista en ortopedia que la fecha de ingreso de hospitalización fue el XX de XX de XX y la fecha de egreso el 16 del mismo mes y año, indicando que los médicos que participaron fueron el anesthesiólogo Doctor XXX y como primer ayudante Doctor XXX.

Ahora bien, no pasa desapercibido por esta juzgadora, que el médico tratante quien firmó el referido formato, no estuvo presente al momento en que el asegurado ADAXXX sufrió el accidente; sin embargo, el evento se demuestra con el propio formato de informe médico, en el cual el especialista en ortopedia diagnosticó al asegurado el padecimiento de hernia X y hernia X e hizo constar que conforme a la exploración física y a los resultados de estudios realizados que confirman dicho diagnóstico, el paciente presentó dolor intenso

lumbacitico irradiado de lado izquierdo por caída de 1.5 metros.

Asimismo, el accidente se confirma con la testimonial a cargo de XXX y XXX, quienes al desahogar las citadas pruebas declararon lo siguiente:

-Testimonial a cargo de XXX, quien por sus generales manifestó llamarse como quedó escrito, tener XX años de edad, de estado civil XX, con domicilio XXX en Hermosillo, Sonora, ocupación: estudiante, grado máximo de estudios: XX, originario de XX, nacionalidad XX.

En relación a las tachas de ley, el testigo manifestó que no es pariente por consanguinidad ni afinidad de alguna de las partes, ni es su dependiente ni empleado, que es amigo de XXX, que no tiene interés directo o indirecto en el presente juicio, y que no es amigo íntimo, ni enemigo de las partes.

A las interrogantes que se calificaron de legales y procedentes, respondió de la siguiente manera:

1.- Que diga el testigo si sabe y le consta de la caída del Señor XXX. Respondió: Si me consta, porque estuve ahí.

2.- Que diga el testigo si sabe y le consta, cuál es la fecha de la caída de XXX. Respondió: Si, jueves XX de XX del XX.

3.- Que diga el testigo si sabe y le consta, cuál fue la altura de la que cayó XXX. Respondió: 1.5 metros.

4.- Que diga el testigo si sabe y le consta de la condición física de XXX después de la caída sufrida. Respondió: Pues cuando cayó duró como cinco minutos en el piso y esperamos a que se levantara, a que se le pasara el dolor, ya cuando se levantó sintió un dolor ligero en la espalda baja y estuvo todo el transcurso del día con la molestia.

5.- Que diga el testigo si sabe y le consta cuándo o en qué fecha se ingresó al hospital a XXX. Respondió: Si, el sábado XX de XX.

A la razón de su dicho manifestó que sabe y le consta lo que testificó, porque estaba con XXX en el momento de los hechos.

La parte demandada realizó al testigo las siguientes repreguntas:

1.- Que diga el testigo en qué lugar se presentaron los hechos del supuesto accidente. Se desechó por no tener relación con las respuestas del testigo.

2.- Que diga el testigo la hora exacta del día XX de XX en que sucedió el accidente. Respondió: Las 16 horas.

3.- Que diga el testigo la hora exacta en que ingresó al hospital el señor XX. Respondió: La hora exacta la desconozco, pero sé que ingresó entre las 10 y 12 de la mañana.

4.- Que diga el testigo si estuvo presente en el hospital, el día que ingresó el señor XX. Respondió: El día que ingresó no estuve presente.

5.- Que diga el testigo como se enteró de que ingresó al hospital el señor XX. Respondió: Por qué le marque el sábado en la tarde y me contesto su hermano, y me dijo que estaba internado XX.

Testimonial a cargo de XXX, quien por sus generales manifestó llamarse como quedó escrito, tener XX años de edad, estado civil XX, domicilio actual XXX en Hermosillo, Sonora, ocupación estudiante, grado máximo de estudios: XX, originario de XXX, de nacionalidad XX.

En relación a las tachas de ley, el testigo manifestó que es hijo y dependiente de la actora XXX, que tiene interés de que el presente juicio lo ganara su mamá, porque vio el gasto que erogó y que no es amigo íntimo, ni enemigo de las partes.

A las interrogantes que se calificaron de legales y procedentes, el testigo respondió:

1.- Que diga el testigo si sabe y le consta de la caída del señor XXX. Respondió: Sí.

2.- Que diga el testigo si sabe y le consta cuál es la fecha de la caída de XXX. Respondió: Si, el XX de XX de XX.

3.- Que diga el testigo si sabe y le consta cuál fue la altura de la que cayó XXX. Respondió: Si, como un metro y medio.

4.- Que diga el testigo si sabe y le consta, cuál fue la condición física de XXX después de la caída sufrida. Respondió: Si, pues se cayó y se quedó sin aire como cinco minutos y ya luego lo ayudamos a levantarse cuando se fue para atrás.

5.- Que diga el testigo si sabe y le consta cuándo se ingresó al hospital a XXX. Respondió: Si, yo lo llevé al hospital el sábado XX de XX.

A la razón de su dicho manifestó que sabe y le consta lo que

testificó, porque estuvo presente.

La parte demandada realizó las siguientes repreguntas al testigo:

1.- Que diga el testigo en forma exacta cómo fue el accidente ocurrido. Respondió: Si, estábamos sentados en un cerco, entonces eran toros que estaban moviendo, el último toro que estaba pasando empujó, estaban los pies colgando de mi hermano, el toro lo empuja y se cae para atrás.

2.- Que diga el testigo la hora exacta en que ocurrió el supuesto accidente. Respondió: Aproximadamente cuatro de la tarde.

3.- Que diga el testigo el color del toro que tumbó al señor XX. Respondió: Era un toro colorado brangus sin cuernos.

Testimoniales a las que, en términos de los artículos 1302 y 1303 del Código de Comercio, se les otorga pleno valor probatorio, toda vez que con independencia de que el testigo XXX declaró ser hijo de la parte actora y que tiene interés de que ésta gane el presente juicio, se trata de testigos presenciales, es decir, testificaron a ciencia cierta que estuvieron presentes y vieron el hecho material sobre el que depusieron, siendo sus declaraciones claras y precisas.

Lo anterior, toda vez que ambos testigos manifestaron a la razón de su dicho que estuvieron presentes al momento de la caída de XXX y sus declaraciones coinciden al manifestar que dicho accidente ocurrió el XX de XX de XX, que la caída fue de una altura de 1.5 metros, como a las dieciséis (16:00) horas,

Asimismo, el testigo XXX, declaró que XXX, ingresó al hospital el sábado XX de XX y que el propio testigo lo llevó, circunstancia que coincide con la documental formato de aviso de accidente, en el cual se hizo constar que el asegurado ingresó al hospital en la citada fecha XX de XX de XX.

Asimismo, el testigo XXX, a las repreguntas formuladas por la demandada, testificó respecto a la forma en que ocurrió el accidente, que estaban sentados en un cerco, que había toros que se estaban moviendo y que el último toro empujó donde estaban los pies colgando de XXX, por lo que se cayó hacia atrás, precisando que era un toro colorado brangus sin cuernos.

En consecuencia, toda vez que los citados testigos, apercibidos de las penas en que incurrirán los que declaren falsamente ante una autoridad judicial, declararon haber presenciado el accidente de XXX, cuyo testimonio coincide con la información contenida en el formato de informe médico suscrito por el especialista que atendió al citado asegurado por la póliza de seguro base de la acción, se reitera que se le otorga pleno valor probatorio a dichos testimonios, con fundamento en los artículos 1302, 1303 y 1306 del Código de Comercio.

Asimismo, en términos de los diversos artículos 1241, 1298 y 1306 del propio Código, se le otorga pleno valor probatorio al Formato de Informe Médico de fecha XX de XX de XX, toda vez que con el mismo, adminiculado con lo testificado por XXX y XXX, se demuestra que XXX asegurado por la póliza de seguro base de la acción, ingresó al hospital el XX de XX de XX con motivo de un accidente que sufriera el XX de XX de XX.

Por otra parte, la actora ofreció como prueba de su parte, la documental privada consistente en Constancia Médica suscrita por el Doctor XXX, de fecha XX de XX de XX.

Instrumental que fue objetada por la demandada en cuanto al alcance y valor probatorio que la actora le pretende otorgar, bajo el argumento de que no es el medio idóneo para acreditar la acción, ya que el profesionista no fue testigo de la forma en que ocurrieron los hechos.

Objeción que es infundada. Como se precisó en párrafos precedentes, si bien es cierto que el Doctor XXX, no presenció el accidente de XXX asegurado por la póliza de seguro base de la acción; sin embargo, con la prueba ofrecida por la actora denominada formato de informe médico, se demuestra que el citado especialista en ortopedia diagnosticó al asegurado hernia XX y hernia YY e hizo constar que conforme a la exploración física y a los resultados de estudios realizados que confirman dicho diagnóstico, el paciente presentó dolor intenso lumbacítico irradiado de lado izquierdo por caída de 1.5 metros.

Asimismo, con las pruebas anteriormente valoradas, consistentes en los testimonios de XXX y XXX, se demostró que dicho asegurado el

XX de XX de XX sufrió un accidente al caerse de una barda de 1.5 metros de altura, y que con motivo de dicho accidente el XX de XX del mismo año, ingresó al hospital, demostrándose con la diversa prueba ofrecida por la actora, consistente en Formato de Informe Médico suscrito por el doctor que atendió al asegurado, que se le diagnosticó hernia discal, con dolor intenso lumbacítico, y que se le realizó una XX, el cual se llevó a cabo en Hospital XXX.

En consecuencia, en términos de los diversos artículos 1241, 1298 y 1306 del propio Código, se le otorga pleno valor probatorio a la Constancia Médica suscrita por el Doctor XXX el XX de XX de XX, toda vez que con la misma se acredita que el médico tratante (circunstancia que no fue hecho controvertido) hace constar que con motivo de la caída sufrida el asegurado XXX, inició el dolor intenso en región lumbosacra con irradiación a miembro pélvico izquierdo, alteración sensitiva, incapacidad para deambulacion y que se le realizaron estudios de gabinete consistentes en: TAC y resonancia magnética de columna lumbosacra, reportando proceso patológico agudo de tipo hernia discal.

No pasa desapercibido por esta juzgadora, que el citado médico en la constancia precisa que la caída fue el XX de XX de XX; sin embargo, como se demostró en la presente sentencia, al momento del accidente estuvieron presentes XXX y XXX, con cuyos testimonios se demostró que el accidente ocurrió el XX de XX de XX, como precisa la actora en diversos apartados de su demanda.

La demandada por su parte, a efecto de demostrar que la hernia discal diagnosticada al asegurado XXX proviene de un proceso degenerativo del disco, por lo que no pudo ser provocado con motivo del accidente que sufrió el XX de XX de XX, y que por lo tanto no procede el pago de los gastos médicos erogados, porque no transcurrió el periodo de espera de dos años, establecido en las condiciones generales, ofreció la prueba documental privada consistente en copia de expediente clínico correspondiente al paciente XXX, el cual fue exhibido al proceso por HOSPITAL XXX, a petición de la parte demandada.

Documental que, aun cuando no fue certificada por un fedatario público, no fue objetada por las partes por tal circunstancia, ni en su

contenido, por lo que se les tiene por admitida como si de la original se tratara, en términos de los artículos 1296 y 1390 Bis 45 del Código de Comercio. Sobre todo, que dicha probanza fue materia de análisis para el desahogo de la prueba pericial ofrecida por la demandada, lo cual tampoco fue materia de objeción por las partes.

Sin embargo, de conformidad con los diversos artículos 1306 del Código de Comercio y 197 del Código Federal de Procedimientos Civiles, la referida documental no aporta elementos favorables a la parte demandada. Por el contrario, en términos del artículo 1298 del propio Código, la misma prueba plenamente en contra de la demandada, toda vez que del citado expediente clínico se desprende que en la foja 1 y 2, relativas al formato “Hoja Frontal” “Hoja de Admisión”, se asentó que el XX de XX de XX ingresó XXX al Hospital XXX, que el médico responsable fue XXX, con especialidad en traumatología con cédula número XX, por el diagnóstico hernia XXX, a efecto de que se le realizará el procedimiento YY y que al citado expediente se le asignó el número XX.

Asimismo en la foja 3, correspondiente al formato “Historia Clínica”, se asentó que el paciente ingresó al hospital proveniente de urgencias médicas por caída el jueves XX de XX, refiriendo dolor en columna lumbar 4/10, especificándose como diagnóstico lumbago no especificado.

A su vez, en la foja 11, correspondiente a “Formato de Hospitalización”, se desprende que se asentó como diagnóstico final hernia XX, que el procedimiento a realizar era una XX, con anestesia general.

En la foja 12, correspondiente al formato “Nota de egreso”, se hizo constar que el paciente XXX ingresó al hospital el 12 de julio de 2014 y egresó el XX de XX de XX, que el médico tratante fue XXX, como diagnóstico principal: lumbago no especificado, precisando en el apartado denominado resumen clínico de evolución y estado actual: que el paciente se ingresó por presentar hernia XX, el cual presentó dolor crónico, que se le realizó una XX sin complicaciones, que recibió cuidados pos-quirúrgicos y que la vigilancia médica continuaría

mediante consulta externa.

Formatos éstos que, aun cuando no fueron realizados por el médico tratante XXX, coinciden con el Formato de Informe Médico y la Constancia Médica emitidos por dicho doctor el XX de XX de XX, valorados en párrafos precedentes. Asimismo, coinciden con la información contenida en el Formato de Aviso de Accidentes o Enfermedad que fue presentado a la aseguradora demandada, así como con lo declarado por los testigos ofrecidos por la actora XXX Y XXX y por el testigo ofrecido por la demandada XXX.

Sin embargo, en la foja 14 correspondiente al formato de “Autorización, Solicitud y Registro de intervenciones Quirúrgicas” suscrito por el doctor XXX, se desprende que el XX de XX de XX se autorizó operar al paciente XXX, registrando que la operación efectuada fue: XX.

Por otra parte, la demandada también ofreció como prueba, la pericial en medicina con especialidad en cirugía ortopédica, misma que fue desahogada únicamente por el Doctor XXX designado por la parte demandada, toda vez que la actora no designó perito dentro del plazo conferido para ello, en términos de lo dispuesto por el artículo 1390 Bis 46 del Código de Comercio, tal y como se precisó en la audiencia preliminar al momento de proveer respecto de la citada probanza.

En la audiencia de juicio se le tuvo al citado perito XXX aceptando y protestando el cargo conferido y por rendido el dictamen encomendado, audiencia en la cual se identificó con cédula profesional número XX, expedida por la Dirección General de Profesiones que lo acredita como especialista en ortopedia y traumatología, quien por sus generales manifestó llamarse como quedó escrito, tener XX años de edad, estado civil XX, con domicilio XXX de Hermosillo, Sonora, ocupación: XXX, originario de XXX, de nacionalidad XX.

Desprendiéndose del dictamen que el perito hizo constar que una vez revisado el expediente clínico y los resultados de imagenología, (resonancia (foja 26 y 27), tomografía (foja 25) y radiológicos) con únicamente las interpretaciones de los radiólogos que evaluaron las imágenes del Señor XXX de XX años de edad, quien fue manejado

medicamente en el Hospital XXX, ingresando a dicho nosocomio el día XX de XX del XX, siendo intervenido quirúrgicamente por hernia de disco lumbar secundaria a caída sufrida el día XX de XX de XX, no refiriendo la naturaleza de la caída ni la causa, con excepción de la altura de la misma, aproximadamente 1.5 más, según el paciente presenta dolor lumbar desde esa fecha.

Sin embargo, refiere el perito que en el mismo expediente y en la nota de egreso (foja 8) se indicó que existe dolor crónico de columna lumbar, para lo cual precisa que la cronicidad del mismo dolor no es causa y efecto de la misma caída y el acuñamiento referido en la tomografía no demuestra la presencia de fractura y no lo confirma tampoco la resonancia según la interpretación radiológica.

Señala que todos estos estudios según el expediente clínico, fueron realizados el día XX de XX de XX y que en la resonancia magnética realizada ese mismo día, se describen cambios por esclerosis e irregularidad de las plataformas L5-S1 o sea la quinta lumbar y primera vertebra sacra. Explica el perito que la esclerosis no ocurre sino por cronicidad, es decir por un efecto de más de seis meses, y no de diez o quince días, lo que nos habla de efectos y afecciones crónicas y no agudas.

Con base en lo anterior, el perito concluye que la afección del paciente XXX, es secundaria a un proceso crónico y no secundario a un proceso agudo, basado en las interpretaciones del expediente clínico que tuvo a la vista. Añade que el mismo expediente, en el reporte del XX de XX de XX refiere cambios por esclerosis e irregularidad de las plataformas L5-S1, es decir que estos cambios requieren de una cronicidad de más de seis meses para que ocurran, lo que aduce que no hay causa y efecto entre la presentación de la hernia discal y la caída referida. Agrega que, en el mismo expediente no refieren en la exploración física la presencia de hematomas en área de los glúteos, lo que debería haber ocurrido de haber sufrido una caída de dicha altura y que presentara las lesiones de las hernias discales.

Asimismo, precisa que el expediente clínico presentado y analizado cumple con la normatividad vigente. Sin embargo, asevera

que existen inconsistencias al referirse primero la fecha diez de julio y posteriormente el XX de XX.

Precisa que el médico tratante refiere déficit sensitivo de los dermatomas correspondientes a la cuarta y quinta vértebra lumbar y a la primera sacra, con estudios clínicos de BRAGGARD y LASSEGUE positivos, estos estudios son de movimiento con extensión de las extremidades inferiores que demuestran que una vez que se produce un estiramiento de las raíces nerviosas se despierta y aumenta el dolor. Los reflejos osteotendinosos no estaban alterados ni tampoco la fuerza muscular según la misma nota de XX de XX de XX.

Refiere que el manejo de las alteraciones discales en jóvenes y conforme la guía de práctica clínica para el síndrome de dolor lumbar asociado a hernia de disco lumbar, debe cumplir primero con un manejo conservador, guía que aduce anexa al peritaje y que incluye bibliografía actualizada de expertos en la materia, incurriendo en todo caso en premura por intervenir, o en el manejo de un caso crónico, simulado como agudo.

Asimismo, afirma que no encontró causa y efecto entre la caída del paciente y la lesión por la que fue intervenido, conforme la misma esclerosis referida en el reporte de la resonancia y un acúñamiento de la vértebra quinta lumbar, que de haber ocurrido cuatro días posteriores al siniestro debió haber reportado el cirujano la presencia de hematoma y sangrado. Precisa que las fracturas óseas presentan sangrado y hematomas y que en las notas clínicas no hay referencia de ello, por lo que concluye que la afección de XXX es de origen crónico y no agudo.

Asimismo, al interrogatorio de la demandada, el perito contestó en su dictamen:

1.- ¿De acuerdo a la historia clínica del Hospital XXX, cuándo ingresó a este nosocomio XXX? Respondió: Ingresó al Hospital XXX el día XX de XX de XX a las 15:04 horas

2.- ¿Cuál fue el diagnóstico con el que ingresó XXX al Hospital XXX.? Respondió: Ingresó con el diagnóstico de lumbalgia, que no es más que decir dolor de cintura baja.

3.- ¿Cuál fue el diagnóstico final de XXX? Respondió: El

diagnostico de egreso del Señor XX fue de post-operado de hernia de disco lumbar mediante hemilaminectomia, es decir, el retiro de parte de la cubierta ósea de la quinta vertebra y liberación mediante la resección del disco protruido que comprimía la raíz nerviosa respectiva.

4.- ¿Cuáles son los signos y síntomas del padecimiento por el que XX fue ingresado al Hospital XXX? Respondió: Según el expediente el Señor XX fue ingresado por dolor lumbar crónico con irradiación a miembro inferior presentando según la nota del doctor XX, deficiencia sensitiva en los dermatomos correspondientes a las raíces de lumbar tres cuatro y cinco. Posiblemente agudizado por la caída referida.

5.- ¿Qué es una hernia discal y cuál es su etiología? Respondió: La hernia discal es la protrusión del núcleo pulposo que contienen los discos intervertebrales hacia la emergencia de las raíces nerviosas o al canal medular. La etiología puede comprender desde alteraciones somáticas congénitas, hiperlaxitud de los ligamentos, esfuerzos exagerados por personas que no conocen el adecuado manejo de la columna, el levantamiento de peso sin tener la musculatura adecuada para ello ni las técnicas adecuadas para evitar lesiones. Y las infecciones que se transmite por vía hemática a los discos, debilitando los ligamentos que la contienen.

6.- ¿Cómo se desarrolla una hernia de disco? Respondió: Se desarrolla mediante la ruptura del ligamento posterior que contiene el disco y provoca la extrusión del núcleo pulposo y de porciones del mismo disco hacia el canal medular o hacia la salida de las raíces nerviosas.

7.- La hernia de disco a nivel y grado que padeció el asegurado, ¿puede ser considerada como consecuencia del supuesto accidente que refiere el asegurado? Respondió: El mismo expediente habla de cronicidad del dolor, la agudización del mismo dolor puede ser resultante de una caída, sin embargo se puede presumir preexistencia al encontrar alteraciones y esclerosis en la superficie de la quinta vértebra lumbar y la primera sacra.

8.- ¿Cuál fue el tratamiento que se le proporcionó a XXX en el Hospital XXX? Respondió: El manejo medico fue de control del dolor,

uso de medios diagnósticos adecuados y suficientes para el tipo de padecimiento, encontrándose los resultados referidos en el expediente.

9.- En su opinión, ¿Cuál fue el origen del padecimiento por el que fue ingresado XXX al Hospital XX? Respondió: El origen y causa de la admisión del Señor XX al nosocomio referido, fue por dolor lumbar referido a miembro inferior izquierdo con alteraciones de la sensibilidad de los dermatomas referidos.

10 y 11.- En su opinión y tomando en cuenta la edad del paciente XX, ¿cuál es la mejor opción de tratamiento del padecimiento por el que fue ingresado al hospital? y ¿si la única opción para el padecimiento por el cual fue ingresado al hospital, es la intervención quirúrgica?. Respondió: A mi leal saber y entender y sin haber revisado clínicamente al Señor XX, no era candidato a cirugía dada su edad, y existen opciones conservadoras con reducción de peso, ejercicios, natación, analgésicos, antineuríticos etc. antes de llegar al acto quirúrgico, si estos métodos conservadores fallan, entonces se puede recurrir al acto quirúrgico, pero no de primera instancia y menos en persona de la edad del Señor XX.

En la audiencia de juicio, en términos del artículo 1390 Bis 48 del Código de Comercio, el citado perito expuso verbalmente sus conclusiones, para lo cual manifestó que el dictamen lo emitió con base en la lectura del expediente clínico y al estudio bibliográfico que se requiere para el desahogo de la pericial encomendada.

Declaró tener los conocimientos y la experiencia suficiente de más de XX años de ejercer la medicina y que encontró ciertas inconsistencias en el expediente médico:

-Precisa que asientan que la caída fue uno o dos días después y luego ponen en el expediente el diagnóstico, en la página donde dice lumbago no especificado y lumbago crónico, afirmando que el lumbago crónico no se da con uno o dos días de caída, porque se da a través de más de seis meses.

-En la interpretación radiológica se encuentra que refieren la presencia de esclerosis, precisando que esclerosis quiere decir la presencia de un desgaste entre las vértebras, lo cual afirmó que no ocurre con dos días, que la esclerosis en la interpretación de la

resonancia ocurre con más tiempo.

La parte actora, en uso de la voz, realizó las siguientes preguntas al perito:

1.- En que hoja del expediente se asentó que se trató de un lumbago crónico. Respondió: Es una nota escrita por el anesthesiologo. En la página uno de la nota de egreso, dice: resumen, evolución y estado actual: paciente que se ingresa por presentar hernia de disco L5S1, el cual presenta dolor crónico, se le realiza discectomía sin complicaciones, recibe cuidados pos-quirúrgicos. Está en la página uno de su egreso. Entonces hay ciertas inconsistencias, porque dicen que se cayó el 12 también en uno de sus ingresos y sin embargo ellos declaran que fue el día 10. Precisa que en la hoja de egresos, pagina uno dice: hernias discales a nivel L5S1, que es donde dice se estableció que se trata de un lumbago crónico. Añade que la interpretación también de la resonancia habla de un proceso degenerativo crónico, como les decía la presencia de esclerosis.

Por otra parte, el perito manifestó que hay una guía de práctica clínica, que está hecha por las instituciones de Seguro Social, ISSSTE, Marina, Fuerzas Armadas, Secretaria de Salubridad, etcétera, la cual les da un manejo para los problemas lumbares y sobre todo hernia de disco. Afirma que difícilmente se debe operar un joven sin antes haber ocurrido un tratamiento conservador, con disminución de peso, ejercicios, etcétera, por lo que afirma que no son pacientes para operarse de inmediato.

Prueba pericial a la que, en términos de los artículos 1205, 1301 y 1306 del Código de Comercio y 211 del Código Federal de Procedimientos Civiles, aplicado supletoriamente a la materia oral mercantil, se le niega valor probatorio, toda vez que con dicho medio de convicción no se demuestra que el siniestro haya tenido su origen o derivado de un proceso degenerativo del disco por enfermedad, como aduce la aseguradora en sus excepciones.

Lo anterior, toda vez que en relación a lo que el perito refiere, respecto a que en el citado expediente clínico en la nota de egreso (foja 8), se indicó que existe dolor crónico de columna lumbar, para lo cual

precisa que la cronicidad del mismo dolor no es causa y efecto de la misma caída y el acuñaamiento referido en la tomografía no demuestra la presencia de fractura y no lo confirma tampoco la resonancia según la interpretación radiológica.

Asimismo, señala que todos los estudios según el expediente clínico, fueron realizados el día XX de XX de XX y que en la resonancia magnética realizada ese mismo día, se describen cambios por esclerosis e irregularidad de las plataformas L5-S1 o sea la quinta lumbar y primera vertebra sacra. Explica el perito que la esclerosis no ocurre sino por cronicidad, es decir por un efecto de más de seis meses, y no de diez o quince días, lo que nos habla de efectos y afecciones crónicas y no agudas.

Con base en lo anterior, el perito concluye que la afección del paciente XXX, es secundaria a un proceso crónico y no secundario a un proceso agudo, basado en las interpretaciones del expediente clínico que tuvo a la vista. Añade que el mismo expediente, en el reporte del XX de XX de XX refiere cambios por esclerosis e irregularidad de las plataformas L5-S1, es decir que estos cambios requieren de una cronicidad de más de seis meses para que ocurran, por lo que aduce que no hay causa y efecto entre la presentación de la hernia discal y la caída referida.

Primeramente, cabe aclarar que en la foja 27 del expediente clínico ofrecido como prueba por la demandada, se desprende la interpretación médica del estudio de resonancia magnética de columna lumbar, donde en lo conducente, se especificó que los cuerpos vertebrales conservan su morfología y que se observaron “discretos cambios por esclerosis e irregularidad de las plataformas en L5-S1”. Sin que se haya especificado que esos discretos cambios tengan relación o hayan sido el motivo o la causa de una hernia discal.

Al respecto, el perito de la demandada no explica en qué se basa para considerar que la esclerosis es la causa de dicha hernia o en qué se basa para determinar que la hernia no puede derivar de la caída del asegurado.

Ahora bien, el perito afirma en relación al dolor crónico de columna

lumbar, que la cronicidad del mismo dolor no es causa y efecto de la misma caída. Explica el perito que la esclerosis no ocurre sino por cronicidad, es decir por un efecto de más de seis meses, y no de diez o quince días, lo que aduce habla de efectos y afecciones crónicas y no agudas, por lo que concluye que la afección del paciente XXX, es secundaria a un proceso crónico y no secundario a un proceso agudo, basado en las interpretaciones del expediente clínico que tuvo a la vista.

Sin embargo, el perito no explica de forma clara las diferencias entre dolor crónico o agudo, ni de proceso crónico o agudo. Por una parte, afirma el perito que la esclerosis crónica ocurre por cronicidad, para lo cual precisa que es un efecto de más de seis meses, por lo que da a entender que el dolor crónico que en el expediente clínico se refiere que tenía el paciente al ingresar al hospital, al ser crónico debe entenderse que mantuvo dicho dolor por lo menos seis meses antes. Asimismo, el perito tampoco explica por qué una caída de una altura de 1.5 metros, no puede provocar una hernia discal. Empero, como se precisó anteriormente, de la interpretación realizada por el médico radiólogo a la resonancia magnética, no se asienta que los discretos cambios por esclerosis tengan relación o hayan sido la causa de la hernia, ni se precisa dato alguno que indique que dichos cambios por esclerosis tengan alguna antigüedad o que deban tenerla.

Asimismo, el perito asevera que el manejo de las alteraciones discuales en jóvenes debe cumplir primero con un manejo conservador, en términos de la guía de práctica clínica para el síndrome de dolor lumbar asociado a hernia de disco lumbar, precisando que tal circunstancia lo acredita con la citada documental que aduce anexa al peritaje, en la que estima incluye bibliografía actualizada de expertos en la materia, afirmando que se incurrió en todo caso en premura por intervenir, o en el manejo de un caso crónico, simulado como agudo.

Y en la audiencia de juicio, el perito explicó que hay una guía de práctica clínica, que está hecha por las instituciones de Seguro Social, ISSSTE, Marina, Fuerzas Armadas, Secretaria de Salubridad, etcétera, la cual les da un manejo para los problemas lumbares y sobre todo hernia de disco.

Desprendiéndose del dictamen emitido y que obra agregado al expediente físico, que anexó impresión de una citada guía práctica clínica para la atención del síndrome de dolor lumbar asociado a hernia de disco lumbar, sin que se desprenda del documento la validez o reconocimiento científico de las argumentaciones que se plasman en dicha documental, para poder otorgarle valor probatorio. Asimismo agregó al dictamen una impresión de la definición de hernia discal por wikipedia enciclopedia libre, que evidentemente no demuestra que provenga de una fuente médica y científica reconocida.

Por otra parte, precisa el perito que en el expediente clínico no refiere en la exploración física, la presencia de hematomas en área de los glúteos, lo que afirma debería haber ocurrido de haber sufrido una caída de dicha altura y que presentara las lesiones de hernias discales, de lo que se deduce con claridad que el perito contempla la actualización de una hipótesis en que una caída de 1.5 metros de altura sí pueda provocar una hernia discal. Asimismo, el perito no explica en qué momento o cuánto tiempo después de una caída, deben surgir los hematomas que refiere.

A su vez, en la audiencia juicio, el perito afirma que difícilmente se debe operar un joven sin antes haber ocurrido un tratamiento conservador, como disminución de peso, ejercicios, etcétera, por lo que afirma que no son pacientes para operarse de inmediato. Empero, el perito no explica por qué una caída de 1.5 metros no puede provocar una hernia discal, ni explica la interpretación de los estudios que se le realizaron al asegurado, que le llevaron a concluir sin duda alguna que no era necesaria la cirugía que le fue practicada.

Por otra parte, el perito en su dictamen precisa que el médico tratante refiere déficit sensitivo de los dermatomas correspondientes a la cuarta y quinta vértebra lumbar y a la primera sacra, con estudios clínicos de BRAGGARD y LASSEGUE positivos y explica que dichos estudios son de movimiento con extensión de las extremidades inferiores que demuestran que una vez que se produce un estiramiento de las raíces nerviosas se despierta y aumenta el dolor. Señala que los reflejos osteotendinosos no estaban alterados ni tampoco la fuerza

muscular según la misma nota de XX de XX de XX. Sin embargo, el perito no explica qué se debe entender por déficit sensitivo de los dermatomas, así como tampoco explica por qué dicho déficit sensitivo no puede derivar de una caída y provocar una hernia discal, o en qué forma tal circunstancia lo llevó a concluir sin duda alguna que no era necesaria la cirugía que le fue practicada al paciente asegurado.

Ahora bien, el perito al responder la interrogante número 5, respecto a qué es una hernia discal y cuál es su etiología, respondió: la hernia discal es la protrusión del núcleo pulposo que contienen los discos intervertebrales hacia la emergencia de las raíces nerviosas o al canal medular, que la etiología puede comprender desde alteraciones somáticas congénitas, hiperlaxitud de los ligamentos, esfuerzos exagerados por personas que no conocen el adecuado manejo de la columna, el levantamiento de peso sin tener la musculatura adecuada para ello ni las técnicas adecuadas para evitar lesiones. Y las infecciones que se transmite por vía hemática a los discos, debilitando los ligamentos que la contienen.

Sin embargo, de tales definiciones del perito se desprende que el origen de una hernia discal puede ser por enfermedad (alteraciones somáticas congénitas, hiperlaxitud de los ligamentos) o por accidentes (esfuerzos exagerados por personas que no conocen el adecuado manejo de la columna, el levantamiento de peso sin tener la musculatura adecuada para ello ni las técnicas adecuadas para evitar lesiones). Pero el perito no excluye en su dictamen la hipótesis de que una hernia discal no pueda ser provocada con motivo de una caída de una altura de 1.5 metros, como se precisó en párrafos precedentes, porque el perito destacó los aspectos relativos a los hematomas que afirmó surgen en esos casos inherentes a una caída con lesión de hernia discal.

A su vez, en la interrogante 6, relativa a cómo se desarrolla una hernia de disco, respondió que se desarrolla mediante la ruptura del ligamento posterior que contiene el disco y provoca la extrusión del núcleo pulposo y de porciones del mismo disco hacia el canal medular o hacia la salida de las raíces nerviosas. Sin que el perito refiera que dicho desarrollo de hernia de disco únicamente sea crónica, es decir que

tarde cuando menos seis meses, como explicó en su dictamen, y tampoco precisa que dicha ruptura de ligamentos solo pueda ser provocada por una enfermedad.

Y al contestar la interrogante número 7, relativa a que si la hernia de disco a nivel y grado que padeció el asegurado, puede ser considerada como consecuencia del accidente que refiere el asegurado, respondió que en el mismo expediente clínico se habla de cronicidad del dolor, por lo que deduce que la agudización del mismo dolor puede ser el resultado de una caída. Sin embargo, añade que se puede “presumir” preexistencia al encontrar alteraciones y esclerosis en la superficie de la quinta vértebra lumbar y la primera sacra, pero no afirma que con los documentos que analizó pueda determinar sin lugar a duda que existe esa preexistencia; así como en su dictamen y al explicar sus conclusiones, omite aseverar que la hernia discal no pueda ser provocada por una caída.

Asimismo, cabe aclarar, en relación a las inconsistencias que el perito aduce encontró en el expediente clínico, del mismo documento no se desprende que se haya asentado que la caída fue uno o dos días después del que afirma la accionante, toda vez que en la citada documental se asentó que al hospital ingresó a urgencias el XX de XX de XX a las 8:30 de la mañana (fojas 21, 28 al 32), con dolor provocado por una caída que sufrió el asegurado el XX de XX de XX (foja 3).

Por otra parte, si bien es cierto que en el expediente clínico se desprende que en algunos documentos se asentó como diagnóstico lumbago, lumbagia, lumbago no especificado y hernia de disco, sin que se explique si existe alguna diferencia en dichos términos, o si tengan alguna relación. Sin embargo, el perito afirma que el lumbago crónico no se da con uno o dos días de caída, porque se da a través de más de seis meses, empero el propio perito no explica o define qué es lumbago y si tiene alguna diferencia con hernia de disco o esclerosis, a efecto de que esta juzgadora esté en posibilidad de determinar que la alteración de la salud del asegurado no fue provocada por una caída, sino que sin lugar a duda se trata de una enfermedad preexistente con motivo de un proceso degenerativo de hernia discal.

En consecuencia, se reitera que en términos de los artículos 1205, 1301 y 1306 del Código de Comercio y 211 del Código Federal de Procedimientos Civiles, aplicado supletoriamente a la materia oral mercantil, se le niega valor probatorio a la prueba pericial ofrecida por la parte demandada, toda vez que con la misma no se acreditan las excepciones opuestas, que se sustentan en que el padecimiento de hernia discal diagnosticado al asegurado XXX es un padecimiento preexistente, para que opere el periodo de espera que invoca la demandada, conforme a las condiciones generales aplicables a la póliza de seguro base de la acción.

Asimismo, la demandada ofreció como prueba de su parte la documental privada consistente en acuse con firma de recibo de fecha XX de XX de XX, por el Archivo Clínico de HOSPITAL XXX, misma que no fue objetada por la parte actora por lo que, en términos de los artículos 1241 y 1296 del Código de Comercio, se le otorga pleno valor probatorio, toda vez que con la misma acredita que solicitó a dicho nosocomio original o copia certificada del expediente clínico de XXX.

También ofreció la demandada la prueba confesional a cargo de la actora XXX, quien por sus generales manifestó llamarse como quedó escrito, de XX años de edad, estado civil XX, con domicilio XXX en Hermosillo, Sonora, ocupación XX, grado máximo de estudios: XX, de nacionalidad XX.

Y respondió a las posiciones que se calificaron de legales y procedentes, bajo los siguientes términos:

1.- Que es de su conocimiento que en el contrato del seguro celebrado, se pactó que los padecimientos de hernia de disco tienen un periodo de 2 años de cobertura continua en la póliza, mediante el contrato de vida individual celebrado con XXX. Respondió: Sí es de mi conocimiento, pero también entiendo que esto fue un accidente.

2.- Que el padecimiento generador de los gastos médicos de la presente reclamación presentada a XXX es una hernia discal. Respondió: No, yo estaba reclamando el accidente. Después del accidente me di cuenta que mi hijo tenía una hernia.

Medio de convicción al que se le niega valor probatorio, en

términos de los artículos 1306 del Código de Comercio y 197 del Código Federal de Procedimientos Civiles, toda vez que la misma no aporta elementos que favorezcan a la demandada. Como se determinó en la presente sentencia, la actora demostró que la alteración de la salud se produjo con motivo de la caída accidental que sufrió el asegurado XXX.

Por último el demandado, ofreció como prueba de su parte la instrumental de actuaciones y presuncional, sin que se desprenda del proceso elementos a su favor, en términos de los artículos 1306 del Código de Comercio y 197 del Código Federal de Procedimientos Civiles.

Por su parte, la actora también ofreció la prueba confesional por posiciones a cargo de la moral demandada XXX, la cual fue desahogada por conducto de su apoderado XXX, quien por sus generales manifestó llamarse como quedó escrito, tener XX años de edad, de estado civil XX, con domicilio en XXX en esta ciudad, de ocupación XX, grado máximo de estudios: XX, originario de XX, de nacionalidad XX. (Minuto 10:00 audiencia de juicio)

1.- Qué diga el absolvente si es cierto como lo es, que la actora XXX tiene el carácter de asegurada titular en la póliza de seguro XX. Respondió: No, aclaro que la señora XXX, aparece como contratante en dicha póliza.

2.- Qué diga el absolvente si es cierto como lo es, que el endoso de modificación de las condiciones generales estableció que a partir del primer día de vigencia de la póliza quedan cubierto los accidentes amparados. Respondió: Si.

3.- Qué diga el absolvente si es cierto como lo es, que no hubo arreglo conciliatorio. Respondió: No.

4.- Qué diga el absolvente si es cierto como lo es, que se reservaron los derechos al actor para que los hiciera valer ante los tribunales competentes. Respondió: Si.

Probanza a la que, en términos de los artículos 1287 y 1289 del Código de comercio, se le otorga pleno valor probatorio, toda vez que la demandada al responder la posición número 2, aceptó que el endoso de modificación anexo a la póliza de seguro base de la acción, estableció

que a partir del primer día de vigencia de la póliza quedan cubierto los accidentes amparados.

Endoso que efectivamente obra agregado a la póliza de seguro base de la acción y que fue exhibido en copia simple por la propia demandada, pese a que se le requirió por su exhibición en copia certificada, por lo que se tiene como si del original se tratara, y se le otorga pleno valor probatorio, toda vez que conforme a las condiciones generales aplicables, el endoso es un documento que forma parte del contrato de seguro que modifica los términos originales de la póliza, ampliando o limitando los beneficios de su cobertura.

Desprendiéndose del citado endoso de fecha XX de XX de XX, que entre otras, se modificó de las condiciones generales la cláusula IV denominada padecimiento con periodo de espera, estableciéndose en lo conducente que, a partir del primer día de vigencia quedarán cubiertos los accidentes amparados.

En consecuencia, se le otorga pleno valor probatorio a la prueba confesional a cargo de la demandada, toda vez que con la misma se demuestra que los accidentes amparados por la póliza de seguro base de la acción, se encuentran cubiertos desde el inicio de su vigencia, es decir, desde el XX de XX de XX.

También ofreció la accionante la prueba documental privada consistente en impresión de carta de rechazo de fecha XX de XX de XX, la cual, la demandada al contestar la demanda aceptó que emitió dicha carta, por lo que en términos de los artículos 1241 y 1296 del código de Comercio, se le otorga pleno valor probatorio, toda vez que con la misma se acredita que la demandada el XX de XX de XX, rechazó el pago de los gastos médicos erogados en favor del asegurado XXX con cargo a la póliza de seguro base de la acción.

Asimismo, la actora ofreció como pruebas las siguientes actuaciones ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), dentro del expediente XX/XX/XX:

a) Copia de declaración de hechos suscrita por XXX, con sello de recibido por la CONDUSEF el XX de XX de XX.

b) Escrito de fecha XX de XX de XX dirigido a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, mediante el cual la aseguradora demandada informa los motivos por los que rechazó el pago de los gastos médicos que se le reclaman, mismo que no contiene firma alguna.

c) Escrito con sello de recibido el XX de XX de XX, por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financiero (CONDUSEF), mediante el cual la parte actora expresa su inconformidad con el informe rendido por la empresa de seguros demandada.

d) Notificación dirigida a XXX y XXX, con sello de despachado el XX de XX de dos mil XX.

e) Escrito con sello de recibido el XX de XX de XX por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), mediante el cual la empresa de seguros demandada rinde informe.

f) Audiencia de Conciliación celebrada el XX de XX de XX, ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), dentro del expediente XX/XX/XX.

g) Escrito con sello de recibido el XX de XX de XX por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), mediante el cual la empresa de seguros rinde informe.

h) Audiencia de Conciliación celebrada el XX de XX de XX, ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), dentro del expediente XX/XX/XX

Documentales que fueron objetadas por la demandada, bajo el argumento de que no son suficientes para acreditar los extremos de la acción pretendida por la parte actora.

Objeción que es infundada, toda vez que con las mismas se acredita que la parte actora presentó la reclamación correspondiente ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), por lo que en términos de los

artículos 1205, 1237, 1292 y 1296 del propio Código, se le otorga pleno valor probatorio.

Asimismo, la actora ofreció la prueba instrumental de actuaciones, desprendiéndose del proceso elementos a su favor, en términos de los artículos 1306 del Código de Comercio y 197 del Código Federal de Procedimientos Civiles, aplicado supletoriamente a la materia mercantil, toda vez que con las pruebas ofrecidas por la demandada no se acreditó que el padecimiento de hernia discal diagnosticado al asegurado XXX se tratara de una enfermedad preexistente. A su vez, la demandada al desahogar la confesional a su cargo, aceptó que conforme al endoso anexo a la póliza de seguro base de la acción, los accidentes amparados serían cubiertos desde el inicio de su vigencia, es decir desde el XX de XX de XX.

Por último, la actora ofreció las pruebas documentales privadas consistentes en:

- Copia simple de dos recibos de pago bancario a favor de Hospital San José.
- Copia simple de estado de cuenta constante de seis páginas, expedido por Hospital XXX.
- Análisis de laboratorio: Biometría Hemática Completa, elaborado por el Químico XXX, de fecha XX de XX de XX.
- Análisis de laboratorio: Tiempo de Protrombina, elaborado por el Químico XXX, de fecha XX de XX de XX.
- Factura electrónica número XX, con folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por Hospital XXX, el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$64,935.82 (sesenta y cuatro mil novecientos treinta y cinco pesos 82/100 moneda nacional), por concepto de diversos gastos hospitalarios del paciente XXX.
- Recibo de honorarios con número de folio XX, con número de folio fiscal: XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedido por el Doctor XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$23,000.00 (veintitrés mil pesos 00/100 moneda nacional), por concepto de honorarios médicos quirúrgicos al paciente XXX.
- Recibo de honorarios número 73, con número de folio fiscal XXX ante

el Servicio de Administración Tributaria, expedido por el Doctor XXX, el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$15,000.00 (quince mil pesos 00/100 moneda nacional), por concepto de honorarios médicos por ayuda quirúrgica del paciente XXX.

- Factura electrónica número XX, con folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por el Doctor XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$10,578.00 (diez mil quinientos setenta y ocho pesos 00/100 moneda nacional), por concepto de honorarios médicos por anestesia para el paciente XXX.

- Factura electrónica con número de folio interno XX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por XXX el XX de XX de XX a favor de XXX, por la cantidad de \$305.00 (trescientos cinco pesos 00/100 moneda nacional), por concepto de productos farmacéuticos.

- Factura electrónica con número de folio interno XXX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX por la cantidad de \$157.90 (ciento cincuenta y siete pesos 90/100 moneda nacional), por concepto de productos farmacéuticos.

- Factura electrónica con número de folio interno XX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por XXX el XX de XX de XX, a favor de BXXX, por la cantidad de \$352.00 (trescientos cincuenta y dos pesos 00/100 moneda nacional), por concepto de productos farmacéuticos.

- Factura electrónica con número de folio interno XX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$812.80 (ochocientos doce pesos 80/100 moneda nacional), por concepto de productos farmacéuticos.

- Factura electrónica con número de folio interno XX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$126.00 (ciento veintiséis pesos 00/100 moneda nacional), por concepto de productos farmacéuticos.

- Factura electrónica con número de folio interno XX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$473.95 (cuatrocientos setenta y tres pesos 95/100 moneda nacional), por concepto de productos farmacéuticos.
- Factura electrónica con número de folio interno XXX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$450.90 (cuatrocientos cincuenta pesos 90/100 moneda nacional), por concepto de productos farmacéuticos.
- Factura electrónica con número de folio interno XXX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$460.90 (cuatrocientos sesenta pesos 90/100 moneda nacional), por concepto de productos farmacéuticos.
- Factura electrónica con número de folio interno XXX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$181.00 (ciento ochenta y un pesos 00/100 moneda nacional), por concepto de productos farmacéuticos.
- Factura electrónica con número de folio y serie XXX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$1,800.00 (mil ochocientos pesos 00/100 moneda nacional), por concepto de servicio de manejo de equipo de microscopio al paciente XXX.
- Recibo de honorarios número XX, con folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedido por XXX de fecha XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$600.00 (seiscientos pesos 00/100 moneda nacional), por concepto de consulta médica al paciente XXX.
- Recibo de honorarios número XX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedido por XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$1,500.00 (mil quinientos pesos 00/100 moneda nacional), por concepto de honorario médicos.

- Recibo de honorarios número XX y folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedido por XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$600.00 (seiscientos cinco pesos 00/100 moneda nacional), por concepto de consulta médica al paciente XXX.
- Factura electrónica con serie y folio XXX, con folio fiscal número XXX ante el Servicio de Administración Tributaria, expedida por XXX el XX de XX de XX, a favor de XXX, por la cantidad de \$371.92 (trescientos setenta y un pesos 92/100 moneda nacional), por concepto de productos farmacéuticos.
- Copia simple de recetario médico de fecha XX de XX de XX.

Primeramente, en cuanto a las copias de dos recibos de pago bancario a favor de Hospital XXX, con logotipo de XX, a la copia del estado de cuenta expedido por Hospital XX, y la copia de recetario médico de fecha XX de XX de XX, en términos del artículo 1242 del Código de Comercio, se les niega valor probatorio por tratarse de copias simples, sin que el accionante hubiese ofrecido diverso medio de prueba, a efecto de demostrar como cierto su contenido.

Asimismo, respecto a los análisis de laboratorio elaborados por el Químico XXX, de fecha XX de XX de XX, cabe precisar que aun cuando las mismas son copia simple, forman parte del expediente clínico ofrecido como prueba por la parte demandada, por lo que se les otorga pleno valor probatorio, en términos de los artículos 1241 y 1296 del Código de comercio,

Por otra parte, en términos del artículo 1390 Bis 45 del Código de Comercio, la demandada objetó las facturas y los recibos de honorarios exhibidos por la actora, para lo cual afirma que ascienden a la cantidad de \$XX (letra MONEDA NACIONAL), objetándolas bajo el argumento de que las mismas no son suficientes para acreditar los extremos de la acción pretendida por la parte actora. Agrega que las mismas fueron emitidas por terceros ajenos a la relación contractual sin haber sido ratificadas por quien las expidió, por lo que a su juicio carecen de valor probatorio.

Objeción que es infundada, toda vez que, como se demostró en la

presente sentencia, la actora demostró el primer elemento de la acción ejercitada con la póliza de seguro base de la acción y sus condiciones generales, y con las pruebas: Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad, Formato de Informe Médico y Constancia Médica elaborado por el médico que atendió al asegurado XXX, las testimonios de XXX y XXX y la confesional a cargo de la demandada, así como con las pruebas ofrecidas por la demandada consistentes en el expediente clínico, y la testimonial a cargo del asegurado XXX, demostró que el padecimiento que le fue diagnosticado a dicho asegurado, derivó del accidente que sufrió el XX de XX de XX.

Por otra parte, la actora a efecto de demostrar los gastos médicos que erogó con motivo del citado padecimiento de XXX, exhibió las facturas descritas con anterioridad, a las que se les otorga pleno valor probatorio, en términos de los artículos 1241 y 1296 del propio Código de Comercio y 29 del Código Fiscal de la Federación, toda vez que al haber sido expedidas algunas durante el periodo en el que el Doctor XXX atendió al asegurado XXX y que fueron expedidas con posterioridad a la fecha de egreso del hospital, pero que están vinculadas con el diagnóstico, el paciente y el médico tratante, quien le diagnosticó hernia discal derivada de un accidente, por lo que le practicó en el HOSPITAL XXX, una intervención quirúrgica consistente en: XX, circunstancia que quedó demostrada con el informé médico ofrecido por la actora, así como con el expediente clínico ofrecido como prueba de la demandada.

Por lo tanto, con las facturas y recibos de honorarios descritos con anterioridad, se demuestran los gastos que por distintos conceptos hospitalarios, honorarios médicos, farmacéuticos, manejo de equipo y de productos farmacéuticos, erogó la actora con motivo del accidente que afectó la salud del asegurado XXX y la intervención quirúrgica a que fue sometido, los cuales asciende a la cantidad de \$XX (letra MONEDA NACIONAL) y que los mismos debieron ser cubiertos con cargo a la póliza de seguro base de la acción.

Sobre todo que cada uno de las documentales descritas, contiene el sello digital o comprobante fiscal que exige el artículo 29 del Código

Fiscal de la Federación, que indica que la persona que los expidió se encuentra registrado ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT) bajo algún régimen fiscal.

En términos del citado precepto legal, las facturas y recibos de honorarios, son comprobantes fiscales que se encuentran obligados a expedir los contribuyentes, por los actos o actividades que realicen o por los ingresos que se perciban. Se trata de documentos que se utilizan como comprobante fiscal de alguna compraventa o prestación de servicio.

Argumentos expuestos en la presente sentencia, que encuentran sustento, en lo conducente, en las siguientes jurisprudencias y tesis que a continuación se transcriben:

DOCUMENTOS PRIVADOS ORIGINALES Y COPIAS FOTOSTÁTICAS SIMPLES. SU VALOR PROBATORIO EN LOS JUICIOS MERCANTILES. En el artículo 1296 del Código de Comercio, de contenido idéntico al numeral 1241 del mismo ordenamiento, el legislador estableció que si los documentos privados presentados en original en los juicios mercantiles -en términos del artículo 1205 del Código invocado-, no son objetados por la parte contraria, se tendrán por admitidos y surtirán sus efectos como si se hubieran reconocido expresamente. Al respecto, este último numeral establece, después de un listado enunciativo en el que contempla a los documentos privados, que también será admisible como prueba "en general cualquier otra similar u objeto que sirva para averiguar la verdad", entre los cuales están las copias simples. Ahora bien, los documentos originales y las copias fotostáticas no son lo mismo, pues éstas son simples reproducciones de documentos originales que pueden alterarse o modificarse en el proceso de reproducción, de modo que no correspondan al documento que supuestamente reproducen y, por ello, constituyen elementos de convicción distintos regidos por diferentes normas y con diferente valor probatorio; de ahí que conforme al indicado artículo 1296, las copias simples no pueden tenerse por reconocidas ante la falta de objeción, como sucede con los documentos privados exhibidos en original. Así, para determinar el valor probatorio de las copias fotostáticas simples en un procedimiento mercantil, ante la falta de disposición expresa en el Código de Comercio, debe aplicarse supletoriamente el artículo 217 del Código Federal de Procedimientos Civiles, el cual ha sido interpretado por este alto tribunal en el sentido de que las copias fotostáticas simples deben ser valoradas como indicios y administrarse con los demás elementos probatorios que obren en autos, según el prudente arbitrio judicial. Décima Época; Registro: 2002783; Primera Sala; Tipo de Tesis: Jurisprudencia; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Libro XVII, Febrero de 2013, Tomo 1; Materia(s): Civil; Tesis: 1a./J. 126/2012 (10a.); Página: 622.

FACTURAS. VALOR PROBATORIO ENTRE QUIEN LAS EXPIDIÓ Y QUIEN ADQUIRIÓ LOS BIENES O SERVICIOS. La factura es un documento privado que se emplea como comprobante fiscal, de compraventa o prestación de servicios, y permite acreditar la relación comercial e intercambio de bienes en atención a las circunstancias o características de su contenido y del sujeto a quien se le hace valer. En este sentido, si la factura es considerada un documento privado, ésta hace prueba legal cuando no es objetada, ya sea como título ejecutivo, de conformidad con el artículo 1391, fracción VII, del Código de Comercio o por lo previsto en el artículo 1241 del mismo ordenamiento. No obstante lo anterior, cuando en un juicio entre un comerciante y el adquirente de los bienes o servicios, la factura es objetada, no son aplicables las reglas previstas en los citados artículos, ya que su mera refutación produce que su contenido no sea suficiente para acreditar la relación comercial. Por tales motivos, si las facturas adquieren distinto valor probatorio, lo consecuente es que a cada parte le corresponda probar los hechos de sus pretensiones, para que el juzgador logre adminicular la eficacia probatoria de cualquiera de los extremos planteados, resolviendo de acuerdo con las reglas de la lógica y su experiencia. Novena Época; Registro: 161081; Primera Sala; Tipo de Tesis: Jurisprudencia; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Tomo XXXIV, Septiembre de 2011; Materia(s): Civil; Tesis: 1a./J. 89/2011; Página: 463.

FACTURAS. SU VALOR PROBATORIO DEPENDE DE LOS HECHOS QUE SE QUIEREN ACREDITAR, DEL SUJETO CONTRA QUIEN SE PRESENTEN Y DE LAS CIRCUNSTANCIAS CONCURRENTES. La interpretación sistemática y funcional de los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación y 1391, fracción VII, del Código de Comercio; en relación con los usos mercantiles y la doctrina especializada en derecho fiscal y mercantil, hace patente que las facturas adquieren distinto valor probatorio, en atención al sujeto contra quien se emplean, los usos dados al documento y su contenido. Así, contra quien la expide, hace prueba plena, salvo prueba en contrario, como comprobante fiscal, documento demostrativo de la propiedad de un bien mueble, documento preparatorio o ejecutivo de una compraventa comercial, etcétera; contra el sujeto a quien va dirigida o cliente, ordinariamente se emplea como documento preparatorio o ejecutivo de una compraventa comercial o de la prestación de servicios, respecto de los cuales la factura produce indicios importantes sobre la relación comercial y la entrega de las mercancías o prestación de los servicios, susceptible de alcanzar plena fuerza probatoria si es reconocida o aceptada por dicho sujeto, en forma expresa o tácita, o si se demuestra su vinculación al acto documentado por otros medios, y contra terceros, que generalmente se presentan para acreditar la propiedad de bienes muebles, puede alcanzar la suficiencia probatoria respecto de ciertos bienes, cuando exista un uso consolidado y generalizado, respecto a un empleo para dicho objetivo como ocurre con la propiedad de los automóviles, y tocante a otros bienes, la factura sólo generará un indicio importante sobre la adquisición de los bienes

descritos, por quien aparece como cliente, que necesitará de otros para robustecerlo, y conseguir la prueba plena. En efecto, las facturas son documentos sui géneris, porque no son simples textos elaborados libremente por cualquier persona, en cuanto a contenido y forma, sino documentos que sólo pueden provenir legalmente de comerciantes o prestadores de servicios registrados ante las autoridades hacendarias, mediante los formatos regulados jurídicamente sujetos a ciertos requisitos para su validez, y a los cuales se les sujeta a un estricto control, desde su elaboración impresa hasta su empleo, y cuya expedición puede acarrear serios perjuicios al suscriptor, requisitos que, en su conjunto, inclinan racionalmente hacia la autenticidad, como regla general, salvo prueba en contrario. Así, los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, exigen la impresión, de los formatos por impresor autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y que se consigne en ellos el nombre del comerciante o prestador de servicios, la fecha de la impresión, un número de folio consecutivo, datos del expedidor y del cliente, incluido el Registro Federal de Contribuyentes de ambos, relación de las mercancías o servicios, su importe unitario y total, etcétera. Por tanto, su contenido adquiere una fuerza indiciaria de mayor peso específico que la de otros documentos privados, simples, al compartir de algunas características con los documentos públicos. Asimismo, la factura fue concebida originalmente con fines fiscales, para demostrar las relaciones comerciales por las cuales debían pagarse o deducirse impuestos, pero en el desarrollo de las relaciones mercantiles han adquirido otras funciones adicionales, como la de acreditar la propiedad de los vehículos automotores ante las autoridades de tránsito y otras, reconocidas inclusive en la normatividad de esa materia; respecto de otros bienes se ha venido incorporando en la conciencia de las personas como generadoras de indicios de la propiedad; entre algunos comerciantes se vienen empleando como instrumentos preparatorios o ejecutivos de una compraventa comercial o prestación de servicios, que se expiden en ocasión de la celebración del contrato respectivo, para hacer una oferta (preparatorio), o para que el cliente verifique si la mercancía entregada corresponde con la pedida, en calidad y cantidad, y haga el pago correspondiente, y en otros casos se presenta con una copia para recabar en ésta la firma de haberse recibido la mercancía o el servicio. Por tanto, las facturas atribuidas a cierto comerciante se presumen provenientes de él, salvo prueba en contrario, como sería el caso de la falsificación o sustracción indebida del legajo respectivo. Respecto del cliente, partiendo del principio de que el documento proviene del proveedor y que a nadie le es lícito constituirse por sí el título o documento del propio derecho, se exige la aceptación por el comprador, para que haga fe en su contra, de modo que sin esa aceptación sólo constituye un indicio que requiere ser robustecido con otros elementos de prueba, y en esto se puede dar un sinnúmero de situaciones, verbigracia, el reconocimiento expreso de factura, ante el Juez, o de los hechos consignados en ella; el reconocimiento tácito por no controvertirse el documento en el juicio, la firma de la copia de la factura en señal de recepción del original o de las mercancías o servicios que éste ampara, etcétera. Empero cuando no existe tal aceptación, serán necesarios otros elementos para demostrar

la vinculación del cliente con la factura, que pueden estar en el propio texto de la factura o fuera de ella. Así, si la firma de recibido proviene de otra persona, es preciso demostrar la conexión de ésta con el cliente, como dependiente o factor, apoderado, representante o autorizado para recibir la mercancía. Un elemento importante para acreditar esa relación, sería la prueba de que la entrega de la mercancía se hizo en el domicilio del cliente o en alguna bodega o local donde realiza sus actividades, porque al tratarse del lugar de residencia habitual, del principal asiento de los negocios del cliente, o simplemente de un lugar donde desempeña actividades, se presume la existencia de cierta relación de éste con las personas encontradas en el inmueble, como familiares, apoderados, empleados, etcétera, a los cuales autoriza explícita o expresamente para recibir en su nombre las cosas o servicios pedidos. Otras formas para probar la conexión de quienes recibieron las mercancías o servicios a nombre del cliente, podrían ser a través de elementos externos a la factura, como documentos donde conste la relación de mandato, poder, de trabajo, de parentesco; testimoniales, confesionales con el mismo fin, etcétera. Sin embargo, si a final de cuentas los elementos indiciarios de la factura no se robustecen, el documento no hará prueba contra el cliente de la relación comercial o la entrega de los bienes o prestación de los servicios que pretende amparar. Por último, cuando la factura se presenta contra terceros, puede tener pleno valor probatorio, con base en los usos mercantiles conducentes con las previsiones legales específicas aplicables, pero en lo demás sólo formarán indicios cuya fuerza persuasiva dependerá de las otras circunstancias concurrentes. Novena Época; Registro: 169501; Tribunales Colegiados de Circuito; Tipo de Tesis: Jurisprudencia; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Tomo XXVII, Junio de 2008; Materia(s): Civil; Tesis: I.4o.C. J/29; Página: 1125.

DOCUMENTOS. LA FALTA DE OBJECCIÓN A LOS, NO LES GENERA EFICACIA PROBATORIA DE LA QUE CAREZCAN. Si bien es cierto que de acuerdo con el artículo 1296 del Código de Comercio los "documentos privados y la correspondencia procedentes de uno de los interesados, presentados en juicio por vía de prueba y no objetados por la parte contraria se tendrán por admitidos y surtirán sus efectos como si hubieren sido reconocidos expresamente."; también lo es que la falta de objeción sólo puede producirle a un documento valor probatorio en relación con su contenido, mas no puede generarle un alcance probatorio del que carezca, dado que la falta de objeción hace presumir el reconocimiento de lo que en él conste, mas no la admisión de datos que no se encuentren plasmados, o no se infieran de él. Novena Época; Registro: 189722; Tribunales Colegiados de Circuito; Tipo de Tesis: Jurisprudencia; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Tomo XIII, Mayo de 2001; Materia(s): Civil; Tesis: III.1o.C. J/25; Página: 951.

FACTURAS. NO OBSTANTE QUE EL CÓDIGO DE COMERCIO NO REGULA SU VALOR PROBATORIO, SIRVEN DE BASE PARA ESTIMAR QUE LA MERCANCÍA QUE AMPARAN HA SIDO MOTIVO DE UNA OPERACIÓN MERCANTIL SI NO SE OBJETAN

DEBIDAMENTE PARA EFECTOS DE SU PAGO. No obstante que el Código de Comercio no regula el valor probatorio de las facturas, conforme a la costumbre y a las prácticas comerciales la adquisición de mercancías por parte de los comerciantes con sus proveedores, ordinariamente se constata con tales documentos, los que se remiten al adquirente para justificar la recepción y, en su caso, el pago de la mercancía que se recibe, da lugar a que esa clase de documentos pueda servir de base para estimar que la mercancía que ampara ha sido objeto de una operación mercantil, sobre todo cuando no son objetados debidamente, para efectos de su pago deberá estarse al contenido del artículo 83 del código en comento y en caso de oposición a dicho pago, deberá acreditarse ésta a efecto de liberarse del mismo. Época: Novena Época; Registro: 182184; Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito; Tipo de Tesis: Aislada; Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Tomo XIX, Febrero de 2004; Materia(s): Civil; Tesis: I.6o.C.289 C; Página: 1059.

DOCUMENTOS PRIVADOS PROVENIENTES DE UN TERCERO. SU VALOR PROBATORIO. Si bien los artículos 1205 y 1296 del Código de Comercio establecen que son admisibles como medios de prueba todos aquellos elementos que produzcan convicción en el ánimo del juzgador acerca de los hechos controvertidos o dudosos, y que los documentos privados y la correspondencia procedente de uno de los interesados, presentados en juicio por vía de prueba y no objetados por la parte contraria se tendrán por admitidos y surtirán sus efectos como si hubieren sido reconocidos expresamente, ello no implica considerar como válido que la responsable otorgue pleno valor probatorio a una documental privada proveniente de un tercero que no haya sido objetada por las partes, pues sólo tiene valor de indicio si no se corrobora con otras probanzas. Novena Época; Registro: 183070; Tribunales Colegiados de Circuito; Tipo de Tesis: Aislada; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Tomo XVIII, Octubre de 2003; Materia(s): Civil; Tesis: IV.3o.C.7 C; Página: 1001.

En consecuencia, con base en las consideración expuestas, se declaran infundadas las objeciones y excepciones opuestas por la demandada, toda vez que no demostró que el siniestro aconteció por el proceso degenerativo del disco, que adujo la aseguradora, ni que se trate de una enfermedad preexistente, que aun no superaba el periodo de espera que establecen las condiciones generales, para que la póliza de seguro base de la acción, cubriera los gastos médicos que se generaran con motivo de dicho padecimiento.

Siendo que en términos del artículo 1194 del Código de Comercio, la demandada se encontraba obligada a demostrar las excepciones opuestas, lo que se sustenta en la siguiente jurisprudencia y tesis:

SEGUROS. SI AL CONTESTAR LA RECLAMACIÓN DE PAGO O DURANTE UN PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO, LA ASEGURADORA NO EXPONE TODAS LAS RAZONES POR LAS QUE NIEGA LA PRETENSIÓN DEL ASEGURADO, NO SE VE LIMITADO SU DERECHO DE DEFENSA EN EL JUICIO, NI EXIME DE LA CARGA DE LA PRUEBA A ESTE ÚLTIMO; PERO SÍ LE IMPONE LA CARGA DE DESVIRTUAR LA PRESUNCIÓN A FAVOR DEL ASEGURADO SOBRE CUESTIONES QUE NO SE ENCUENTREN CLARAMENTE ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA. Conforme al artículo 36, fracción IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la aseguradora debe asesorar de buena fe, en forma clara y precisa a sus clientes, acorde con las sanas prácticas comerciales, por lo que cuando recibe una reclamación de pago, tiene la obligación de informar de manera clara y precisa si procede o no el pago de la suma asegurada, aduciendo las razones correspondientes y haciendo referencia específica al alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitaciones, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad aplicable, así como a la obligación que tiene el cliente de presentar determinada información y los requisitos que la misma deba cumplir en los términos de la póliza y las condiciones generales del seguro. Sin embargo, ese deber de información no debe llevarse al extremo de limitar el derecho de defensa de la aseguradora en el juicio en caso de que haya omitido alguna cuestión, ya que ello, además de ocasionar un desequilibrio procesal, le privaría del respeto a su garantía de audiencia contenida en el artículo 14 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Lo anterior tampoco puede llevarse al extremo contrario, esto es, que la falta de información por la aseguradora antes de iniciado el juicio tenga por efecto dejar en indefensión al asegurado. Por tanto, para estos efectos cabe atender al citado artículo 36, fracción IV, del que se advierte que dichos términos, condiciones y limitaciones de la cobertura contratada deben ser claros y precisos "en la póliza", al igual que los derechos y obligaciones de las partes. En ese tenor, al asegurado, contratante o beneficiario de la póliza sólo le corresponde probar que se actualizó el siniestro amparado por ésta en los términos ahí establecidos -lo cual incluye las condiciones generales del seguro-, por lo que cualquier interpretación, apreciación o detalle que no se derive claramente de la póliza no es carga de la prueba del asegurado o beneficiario, sino de la aseguradora, en el entendido de que queda a la valoración del juez determinar si las pruebas presentadas por el asegurado o beneficiario cumplen razonablemente con lo establecido en la póliza, o si se trata de requisitos excesivos que son innecesarios para acreditar la actualización de los siniestros y sus características, como pueden ser los requisitos que deben satisfacer los comprobantes de pago o las características de forma de la documentación emitida por terceros y que, por tanto, son subsanables y no deben trascender al fondo de la controversia. Tesis: 1a./J.7/2011, Décima Época, Primera. Sala, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro IV, Enero de 2012, Tomo 3, Pág. 2655.

PRUEBA. SU CARGA EN MATERIA MERCANTIL, CONFORME A LOS PRINCIPIOS LÓGICO Y ONTOLÓGICO. El Código de Comercio no

es determinante e inflexible en lo que se refiere a la carga de la prueba, ya que permite arrojar la referida carga de demostrar, al contendiente que tenga la mayor facilidad de probar el hecho controvertido, aun cuando se trate de manifestaciones en sentido negativo, toda vez que, si bien resultan más fáciles de demostrar los hechos positivos que los negativos, estos últimos no son imposibles de probar, pero sí más difíciles. Particularmente se consideran aplicables cuando se trate de consumidores de servicios financieros como el contrato de seguro, respecto de los cuales este tribunal ha considerado que se trata de una clase cuya protección tiende a fortalecerse en la legislación contemporánea. El principio lógico se basa esencialmente en que un enunciado negativo entraña mayor dificultad probatoria que uno de carácter positivo, puesto que para el primero sólo se dispone de pruebas indirectas, en tanto que para el segundo, también pueden existir las directas, de lo cual resulta natural asignarle la carga probatoria al aspecto que es más fácil de demostrar, que es el positivo. El principio ontológico, conforme al cual lo ordinario se presume, en tanto lo extraordinario se prueba, se funda en la forma natural en que suceden las cosas, de ahí que quien afirma algo que está fuera de los acontecimientos naturales, tiene en su contra el testimonio universal de las cosas y, por consecuencia, tiene la carga de demostrar su aseveración. Los principios lógico y ontológico, se inscriben en el marco de aplicación de las reglas de la lógica y máximas de la experiencia que no son ajenas al campo mercantil pues, en cierta medida, se encuentran inmersos en los artículos 1194, 1195, 1196 y 1197 del Código de Comercio, en los cuales, si bien es cierto, en forma general establecen que la parte que afirma se encuentra obligada a probar, en tanto que el que niega sólo tendrá que hacerlo cuando su negativa envuelva una afirmación, también ordenan que corresponde la carga probatoria a aquel litigante que aun cuando niega un hecho, con ello desconoce la presunción legal que tiene a favor su contraparte, de lo que se advierte que la legislación mercantil no rechaza los postulados en los que se basan los principios de la carga de la prueba ya mencionados, pues, por el dinamismo que opera en las actividades mercantiles, en donde se realizan multiplicidad de operaciones que en ocasiones no se ajustan a procedimientos comerciales estrictos, pero que son cumplidos por el comerciante y por quienes contratan con ellos, por lo que adquieren singular importancia las presunciones; por ello, resultan imprescindibles las amplias facultades con las que ha dotado el Código de Comercio al juzgador en los artículos 1284, 1285, 1286 y 1306, para resolver los negocios judiciales sometidos a su potestad. Tesis: 1.4o.C.196 C, Registro: 165431, Novena Época, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; XXXI, Enero de 2010; Pág. 2191.

Con base en las consideraciones expuestas, se reitera que la parte actora demostró los elementos de la acción de cumplimiento forzoso de contrato de seguro ejercitada y los gastos que erogó con cargo a la póliza de seguro base de la acción, con las pruebas ofrecidas por su parte y valorados en párrafos precedentes; sin que la demandada hubiese demostrado las excepciones opuestas.

Por último la demandada opuso todas aquellas excepciones que

se deriven de la contestación de demanda.

En términos del artículo 1327 del Código de Comercio, la sentencia se ocupará de las acciones deducidas, así como de las excepciones opuestas respectivamente en la demanda y en la contestación.

Conforme a dicho precepto legal, es obligación del juez, al emitir el fallo definitivo, analizar la contestación de demanda y si entre los hechos de la misma se encuentran excepciones que la demandada no denominó en forma expresa, el juzgador tiene la obligación de analizarlas, tratándose de las excepciones procesales o de las relativas a los elementos de la acción. Sin embargo, del escrito de contestación de demanda, no se desprenden excepciones diversas a las analizadas en la presente sentencia.

En este contexto, se declara que la parte actora XXX acreditó los extremos de la acción de cumplimiento forzoso de contrato de seguro, que en la Vía Oral Mercantil ejerció en contra de XXX, quien no demostró las excepciones opuestas; en consecuencia:

Se condena a la demandada a pagar a favor de la parte actora, la cantidad XXX UDIS (letra UNIDADES DE INVERSIÓN), pago que deberá efectuar en pesos moneda nacional conforme al valor que para las Unidades de Inversión sea publicado en el Diario Oficial de la Federación, para la fecha en que se efectúe el pago. Cantidad que resulta de dividir el importe de \$ XX (letra MONEDA NACIONAL) correspondiente a la suma de los gastos médicos que la parte actora demostró que erogó con cargo a la póliza de seguro número XX base de la acción, entre el valor de la UDI (unidades de inversión) publicada en el Diario Oficial de la Federación al día XX de XX de XX, por así solicitarlo la parte actora, de conformidad con en el artículo 71 de la Ley Sobre Contrato de Seguro, valor que corresponde a XX. Pago que deberá efectuarse a favor de la parte actora por concepto de indemnización correspondiente por concepto de gastos médicos en la persona de XXX, asegurado por la póliza de seguro base de la acción.

Se condena a la demandada a pagar a favor de la parte actora, los intereses moratorios generados por concepto de la verificación de la

eventualidad amparada por la póliza de seguro base de la acción, a partir del día XX de XX de XX, de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y los intereses moratorios que se sigan causando hasta la solución del adeudo, cuya tasa se calculará aplicando a la cantidad reclamada por concepto de suerte principal, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las Instituciones de Banca Múltiple del país, publicado por Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora. Para el 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 términos del artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, previa su liquidación en la vía incidental.

VIII.- En relación a la prestación reclamada por la actora por concepto de costas, cabe precisar que el artículo 1084 del Código de Comercio, establece que la condenación en costas se hará cuando así lo prevenga la ley, ó cuando á juicio del juez se haya procedido con temeridad o mala fe. Siempre serán condenados: I. El que ninguna prueba rinda para justificar su acción ó su excepción, si se funda en hechos disputados; II. El que presentase instrumentos ó documentos falsos, ó testigos falsos ó sobornados; III. El que fuese condenado en juicio ejecutivo y el que lo intente si no obtiene sentencia favorable. En este caso la condenación se hará en la primera instancia, observándose en la segunda lo dispuesto en la fracción siguiente; IV. El que fuere condenado por dos sentencias conformes de toda conformidad en su parte resolutive, sin tomar en cuenta la declaración sobre costas. En este caso, la condenación comprenderá las costas de ambas instancias, y V. El que intente acciones o haga valer cualquier tipo de defensas o excepciones improcedentes o interponga recursos o incidentes de este tipo a quien no solamente se le condenará respecto de estas acciones, defensas, excepciones, recursos o incidentes improcedentes, sino de las excepciones procesales que sean inoperantes.

Analizadas las actuaciones judiciales que integran el presente juicio, de las mismas no se desprende que se hubiese actualizado algunos de los supuestos previstos por las fracciones I, II, III, IV y V del precepto legal invocado, toda vez que ambas partes ofrecieron pruebas de su parte, respectivamente, para demostrar la acción ejercitada y las excepciones opuestas; no presentaron instrumentos ó documentos falsos, ó testigos falsos ó sobornados; se tramitó el juicio oral mercantil y no el juicio ejecutivo; no estamos ante la presencia del dictado de dos sentencias y no se intentaron acciones, ni se hicieron valer defensas o excepciones improcedentes o inoperantes; sin que se desprenda del proceso que las partes se hubiese conducido con temeridad o mala fe.

Sin embargo, en términos del primer párrafo del propio artículo 1084 del Código de Comercio, la condenación en costas se hará cuando así lo prevenga la ley. Por lo que, ante la ausencia de regulación respecto de la condena en costas en el juicio oral mercantil, de conformidad con los artículos 1063 y 1390 Bis 8 del propio Código de Comercio, resulta aplicable supletoriamente el artículo 7 del Código Federal de Procedimientos Civiles.

Éste último precepto, prevé que la parte que pierde debe reembolsar a su contraria las costas del proceso. Se considera que pierde una parte cuando el tribunal acoge, total o parcialmente, las pretensiones de la parte contraria. Si dos partes pierden recíprocamente, el tribunal puede exonerarlas de la obligación que impone el párrafo primero, en todo o en parte; pudiendo imponer un reembolso parcial contra una de ellas, según las proporciones recíprocas de las pérdidas.

En este contexto, toda vez que se estudió la acción ejercitada declarándose demostrada la misma y se analizaron todas y cada una de las excepciones opuestas por la demandada XXX, las cuales fueron declaradas infundadas conforme a los argumentos expuestos en esta sentencia, condenándosele al pago de todas y cada una las prestaciones reclamadas por la parte actora derivadas de los documentos base de la acción. En consecuencia, se condena a la demandada a pagar en favor de la actora, las costas causadas en el

presente juicio, previa su regulación en la vía incidental, concepto que comprende tanto los gastos como las costas.

Lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1084 y 1390 Bis 8 del Código de Comercio y 7 del Código Federal de Procedimientos Civiles, aplicado supletoriamente a la materia oral mercantil, así como con apoyo, en lo conducente, en las siguientes jurisprudencias y tesis:

COSTAS EN MATERIA MERCANTIL. ALCANCE DEL TÉRMINO "IMPROCEDENTES" A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1084, FRACCIÓN V, DEL CÓDIGO DE COMERCIO. Esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la jurisprudencia 1a./J. 43/2007, de rubro: "COSTAS EN MATERIA MERCANTIL. LA CONDENA A SU PAGO NO REQUIERE QUE LA IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN, NI DE LAS EXCEPCIONES, LAS DEFENSAS, LOS INCIDENTES O RECURSOS SEA NOTORIA (INTERPRETACIÓN DE LA FRACCIÓN V DEL ARTÍCULO 1084 DEL CÓDIGO DE COMERCIO).", sostuvo que acorde con la fracción V del citado artículo 1084, para que proceda condenar al promovente al pago de costas, basta que las acciones, las excepciones, las defensas, los recursos o incidentes que haga valer resulten improcedentes, y que se consideran así las acciones ejercitadas que no encuadran en los supuestos amparados en la ley o aquellas cuyos presupuestos, elementos o hechos constitutivos no se acreditaron durante el juicio. Sin embargo, en alcance a dicha tesis y de una nueva reflexión se precisa que el término "improcedentes" a que se refiere el artículo 1084, fracción V, del Código de Comercio, debe entenderse como la ausencia de alguno de los elementos previstos en las propias normas para que pueda realizarse el estudio de fondo de la cuestión planteada, los cuales varían dependiendo de la vía que se ejerza y consisten en los mínimos necesarios que deben satisfacerse para realizar la jurisdicción; esto es, que el caso en su integridad, tanto en su parte subjetiva como objetiva, apegado a la seguridad jurídica y debido proceso, debe reunir los requisitos normativos para que el juzgador pueda conocerlo y resolverlo. Así, la procedencia de una acción, excepción, defensa, incidente o recurso, implica que se reúnan los requisitos mínimos necesarios para que sea posible su estudio en cuanto a la cuestión planteada, así como su resolución y efectos; sin que lo anterior contemple cuestiones de fondo que no hayan sido acreditadas, porque éstas desembocan en su calificación de infundadas, lo que significa que ya se han superado los temas de procedencia y un análisis de la cuestión de fondo. Décima Época; Registro: 2003007; Primera Sala; Tipo de Tesis: Jurisprudencia; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Libro XVIII, Marzo de 2013, Tomo 1; Materia(s): Civil; Tesis: 1a./J. 9/2013 (10a.); Página: 574.

COSTAS EN MATERIA MERCANTIL. TEMERIDAD O MALA FE PARA SU CONDENA, CONFORME AL ARTÍCULO 1084, PÁRRAFO PRIMERO, DEL CÓDIGO DE COMERCIO. El artículo 1084, del Código de Comercio prevé que la condena en costas se hará en dos supuestos: cuando así lo prevenga la ley, o cuando estime el juzgador que se haya

procedido con temeridad o mala fe. En el primer caso se hace una remisión a la ley, ya sea del propio Código de Comercio, entre otras a las diversas fracciones de su artículo 1084, o la legislación aplicable al caso en la materia. En el segundo supuesto, se está en presencia de una atribución en la que el juzgador, a su arbitrio, podrá condenar en costas cuando advierta que alguna de las partes procedió con temeridad o mala fe. De lo que se sigue que tales supuestos, si bien pueden coincidir, son independientes entre sí, pues no significa que deben actualizarse ambas hipótesis para efecto de la condena en costas, sino que basta que se dé alguno de los supuestos previstos en ley; o bien, que a criterio del juzgador se haya actuado con temeridad o mala fe. Lo anterior, en virtud de que, del numeral citado se desprende que ambos supuestos se encuentran separados por la conjunción disyuntiva "o", lo que indica que basta que en el caso concreto se configure alguno de los dos para que sea procedente la condena respectiva. Así, en términos de la fracción V, del artículo 1084, del Código de Comercio, -que refiere que siempre será condenado el que intente acciones o haga valer cualquier tipo de defensas o excepciones improcedentes o interponga recursos o incidentes de ese tipo, a quien no solamente se le condenará respecto de estas acciones, defensas, excepciones, recursos o incidentes improcedentes, sino de las excepciones procesales que sean inoperantes-, para que proceda la condena en costas, es suficiente con que la autoridad judicial se encuentre impedida para estudiar la controversia planteada por falta de algún presupuesto procesal necesario para ello, sin que sea indispensable que se tome en cuenta la temeridad o la mala fe con que haya actuado cualquiera de las partes. Décima Época; Registro: 2003008; Primera Sala; Tipo de Tesis: Jurisprudencia; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Libro XVIII, Marzo de 2013, Tomo 1; Materia(s): Civil; Tesis: 1a./J. 10/2013 (10a.); Página: 575.

COSTAS EN EL JUICIO ORAL MERCANTIL. AL NO HABER REGLAMENTACIÓN CUANDO ÉSTE SE INTENTA Y LA PARTE DEMANDADA NO PROCEDIÓ CON TEMERIDAD O MALA FE, NI BAJO LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 1084 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, DEBE ACUDIRSE SUPLETORIAMENTE A LOS CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS CIVILES FEDERAL Y LOCAL. El tema de las costas está previsto en el Código de Comercio, pero no hay reglamentación referida a cuando se intenta el juicio oral mercantil y la parte demandada no procedió con temeridad o mala fe, ni bajo los supuestos establecidos en las fracciones I a V del artículo 1084 del citado código, las que establecen los casos en los que siempre se hará la condena en costas, esto es, el que ninguna prueba rinda para justificar su acción o su excepción si se funda en hechos disputados; el que presentase instrumentos o documentos falsos, o testigos falsos o sobornados; el que fuese condenado en juicio ejecutivo y el que lo intente si no obtiene sentencia favorable; el que fuere condenado por dos sentencias conformes de toda conformidad en su parte resolutive, sin tomar en cuenta la declaración sobre costas; y, el que intente acciones o haga valer cualquier tipo de defensas o excepciones improcedentes o interponga recursos o incidentes de este tipo a quien no solamente se le condenará respecto de estas acciones, defensas, excepciones, recursos o incidentes improcedentes, sino de las excepciones procesales que sean inoperantes; por tanto, no obstante, estando reconocidas por el propio código como un

modo de resarcir las erogaciones permitidas, que debieron efectuarse al demandar lo que en derecho corresponde, la procedencia de aplicar supletoriamente los códigos procesal civil federal y local, en términos del numeral 1063 de la legislación mercantil es manifiesta, pues no surge ninguna contradicción con ésta ni hay razones para considerar que las costas se quisieron excluir específicamente en este tipo de casos, más aún si se tiene en cuenta que, de no optar por esta solución, el sujeto que se vio obligado a promover el procedimiento judicial y obtuvo fallo favorable, tendría que soportar los desembolsos que en mayor o menor grado fue necesario afrontar con motivo de la contienda. Décima Época; Registro: 2009507; Tribunales Colegiados de Circuito; Tipo de Tesis: Aislada; Semanario Judicial de la Federación; Publicación: viernes 26 de junio de 2015 09:20 h; Materia(s): (Civil); Tesis: XXIII.1 C (10a.).

COSTAS EN EL JUICIO EJECUTIVO MERCANTIL. EL ARTÍCULO 1084, FRACCIÓN III, DEL CÓDIGO DE COMERCIO, QUE PREVE SU CONDENA, NO ES APLICABLE A LOS JUICIOS ORDINARIOS (ABANDONO DE LA JURISPRUDENCIA 1a./J. 7/2004). Esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver la contradicción de tesis 9/2013-PS, de la que derivó la jurisprudencia 1a./J. 7/2004, de rubro: "COSTAS EN PRIMERA INSTANCIA EN JUICIO ORDINARIO MERCANTIL. PARA SU CONDENA ES IMPROCEDENTE LA APLICACIÓN SUPLETORIA DE LA LEGISLACIÓN PROCESAL CIVIL LOCAL.", estimó que el artículo 1084 del Código de Comercio, en su texto anterior a la reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de mayo de 1996, resulta aplicable para todo tipo de juicios mercantiles; de ahí que la hipótesis en que el actor en un juicio ordinario mercantil obtuvo sentencia contraria a sus intereses y no se condujo con temeridad o mala fe dentro de la secuela del proceso, se entiende comprendida en la fracción III del numeral citado, la cual contempla la procedencia de la condena en costas en primera instancia, por lo que, al estar regulada en forma completa y detallada la hipótesis específica, resulta improcedente la aplicación supletoria de la legislación procesal civil relativa que previera la condena en costas en juicios civiles. Ahora bien, una nueva reflexión sobre el tema, lleva a esta Primera Sala a apartarse del criterio plasmado en la tesis citada, pues lo definitivo es que antes y después de la reforma de 1996 la fracción III es idéntica y si bien es cierto que con motivo de las reformas se introdujo la fracción V al artículo 1084, la cual prevé que siempre será condenado en costas el que intente acciones o haga valer cualquier tipo de defensas o excepciones improcedentes o interponga recursos o incidentes de este tipo, a quien no solamente se le condenará respecto de estas acciones, defensas, excepciones, recursos o incidentes improcedentes, sino de las excepciones procesales que sean inoperantes, también lo es que ello no permite generar una interpretación extensiva en la que se incluyan tanto los juicios ordinarios, como los ejecutivos; lectura que es diferente al contenido literal de la norma que ha interpretado este Alto Tribunal, en el sentido de que la condena en costas prevista en el artículo 1084, fracción III, del Código de Comercio, se encuentra dirigida exclusivamente a los juicios ejecutivos mercantiles. Época: Décima Época; Registro: 2008488; Instancia: Primera Sala; Tipo de Tesis: Aislada; Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación; Libro 15, Febrero de 2015, Tomo II; Materia(s): Civil; Tesis: 1a. LXVI/2015 (10a.); Página: 1384.

IX.- Con fundamento en el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro una vez que la presente cause ejecutoria, requiérase a la demandada para que dentro del término de setenta y dos horas, siguientes al requerimiento, compruebe haber pagado las prestaciones a que fue condenada y en caso de ser omisa al respecto, se ordenará comunicar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros para que proceda conforme a derecho, mediante el remate de valores invertidos propiedad de la empresa de seguros.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, con apoyo además en los artículos 1321, 1322, 1324, 1327, 1328 y 1330 del Código de Comercio, la suscrita Juez resuelve el presente juicio bajo los siguientes:

PUNTOS RESOLUTIVOS

PRIMERO.- Esta Juzgadora ha sido competente para conocer y resolver el presente juicio, así como la vía elegida por la parte actora para el trámite, fue la correcta.

SEGUNDO.- Se declara que la parte actora **XXX** acreditó los extremos de la acción de cumplimiento forzoso de contrato de seguro, que en la **Vía Oral Mercantil** ejerció en contra de **XXX** quien no demostró las excepciones opuestas; en consecuencia:

TERCERO.- Se condena a la demandada a pagar a favor de la parte actora, la cantidad XX UDIS (letra UNIDADES DE INVERSIÓN), pago que deberá efectuar en pesos moneda nacional conforme al valor que para las Unidades de Inversión sea publicado en el Diario Oficial de la Federación, para la fecha en que se efectúe el pago. Cantidad que resulta de dividir el importe de \$ XX (letra MONEDA NACIONAL) correspondiente a la suma de los gastos médicos que la parte actora demostró que erogó con cargo a la póliza de seguro número XX base de la acción, entre el valor de la UDI (unidades de inversión) publicada en el Diario Oficial de la Federación al día XX de XX de XX, por así solicitarlo la parte actora, valor que corresponde a XX. Pago que deberá efectuarse a favor de la parte actora por concepto de indemnización

correspondiente por concepto de gastos médicos en la persona de XXX, asegurado por la póliza de seguro base de la acción.

CUARTO.- Se condena a la demandada a pagar a favor de la parte actora, los intereses moratorios generados por concepto de la verificación de la eventualidad amparada por la póliza de seguro base de la acción, a partir del día XX de XX de XX, y los intereses moratorios que se sigan causando hasta la solución del adeudo, cuya tasa se calculará aplicando a la cantidad reclamada por concepto de suerte principal, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las Instituciones de Banca Múltiple del país, publicado por Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora. Para el 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, previa su liquidación en la vía incidental.

QUINTO.- Se le condena a la demandada a pagar en favor de la parte actora, las costas causadas en el presente juicio, previa su regulación en la vía incidental, conforme los razonamientos jurídicos expuestos en el considerando correspondiente.

SEXTO.- Una vez que la presente sentencia cause ejecutoria, requiérase a la demandada para que dentro del término de setenta y dos horas, siguientes al requerimiento, compruebe haber pagado las prestaciones a que fue condenada, con el apercibimiento de que en caso de ser omiso al respecto, se ordenará comunicar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros para que proceda conforme a derecho.

NOTIFÍQUESE PERSONALMENTE.- ASÍ LO RESOLVIÓ Y FIRMA LA LICENCIADA XXX, JUEZ, ANTE LA SECRETARIA DE ACUERDOS LICENCIADA XXX, QUIEN DA FE.- DOY FE.-

En XX de XX de XX, se publicó en lista.- CONSTE.-