Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL III

Ramón Alfonso Lozada Guzmán y Otros **Recurridos** V. Marsh Puerto Rico, Inc. **Peticionario**	TA2026CE01106	*CERTIORARI* procedente del Tribunal de Primera Instancia Sala Superior de Bayamón Civil Núm. GB2025CV00382 Sobre: SENTENCIA DECLARATORIA; INCUMPLIMIENTO DE CONTRATO; SOLICITUD DE CUMPLIMIENTO ESPECÍFICO; DOLO CONTRACTUAL; DAÑOS Y PERJUICIOS Y ANGUSTIAS MENTALES

Panel integrado por su presidente, el Juez Hernández Sánchez, la Juez Santiago Calderón y la Juez Martínez Cordero.

Hernández Sánchez, Juez Ponente

RESOLUCIÓN

En San Juan, Puerto Rico, a 10 de septiembre de 2026.

El 21 de agosto de 2026, Marsh Puerto Rico, Inc. (Marsh o la peticionaria) compareció ante nos mediante *Certiorari* y solicitó la revisión de una *Resolución* que se dictó y notificó el 28 de julio de 2026 por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Bayamón (TPI). Mediante el aludido dictamen, el TPI declaró No Ha Lugar la *Moción de Desestimación* presentada por la peticionaria al amparo de la Regla 10.2 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 10.2.

Por los fundamentos que expondremos a continuación, ***denegamos*** el recurso de epígrafe.

I.

El 5 de mayo de 2025, el Sr. Ramón Alfonso Lozada Guzmán (señor Lozada) y la Sra. María Teresa Maldonado García (señora

Maldonado), ambos por sí y en representación de sus hijos menores, C.L.M. y N.L.M. (en conjunto, los recurridos), presentaron una *Demanda* sobre sentencia declaratoria, incumplimiento de contrato, daños y perjuicios, entre otras causas de accion contra Marsh.[1] Alegaron que, el señor Lozada trabajó para Marsh desde el 4 de abril de 1987 hasta el 30 de noviembre de 2019, ocupando varias posiciones gerenciales, incluyendo la de Chief Operating Officer. Sostuvieron que, el 15 de noviembre de 2019, el señor Lozada suscribió con Marsh un Acuerdo de Renuncia y Relevo (el Acuerdo) mediante el cual renunció a su empleo y a determinadas reclamaciones laborales. Expresaron que, a cambio, Marsh se comprometió, entre otras cosas, a continuar brindándole a él y a su familia la cubierta del plan médico para retirados. Indicaron que dichas representaciones fueron determinantes para que el señor Lozada suscribiera el acuerdo.

Por otro lado, sostuvieron que, durante la negociación y posteriormente, Marsh le representó reiteradamente al señor Lozada que, al cumplir los 65 años, este pasaría a una cubierta de Medicare Advantage y que su esposa e hijos menores de 65 años continuarían bajo el plan médico de Marsh. Asimismo, manifestaron que Marsh se comprometió a asumir o reembolsar determinados costos relacionados con Medicare Advantage por un periodo de diez (10) años. No obstante, indicaron que Marsh nunca le reembolsó suma alguna por dicho concepto.

Adujeron que, el 20 de junio de 2024, Marsh notificó al señor Lozada la terminación de su cubierta médica y la de sus dependientes, por lo que tuvieron que acogerse al *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act* (COBRA) y asumir mensualmente el costo de dicha cubierta. Expusieron que, previo a presentar la

---

[1] *Véase*, Entrada Núm. 1, SUMAC TPI.

Demanda, requirieron a Marsh el cumplimiento de lo pactado y la reactivación del plan médico, pero Marsh sostuvo que podía enmendar o terminar unilateralmente dicha obligación.

Por los motivos antes expuestos, argumentaron que Marsh incumplió el Acuerdo y actuó dolosa, culposa y negligentemente al realizar las alegadas representaciones sobre la continuidad de la cubierta médica y posteriormente cancelarla. Alegaron que sufrieron daños, gastos relacionados con la cubierta médica y angustias mentales. Por ello, solicitaron sentencia declaratoria, cumplimiento específico del acuerdo, indemnización por daños y perjuicios, costas y honorarios de abogado por temeridad y daños punitivos no menores de $100,000.00.

Posteriormente, el 14 de julio de 2025, Marsh presentó una *Moción de Desestimación*.[2] Alegó que el presente caso constituía la segunda reclamación presentada por el señor Lozada relacionada con el mismo Acuerdo de Renuncia y Relevo suscrito con Marsh el 15 de noviembre de 2019. Expuso que, en el litigio anterior, el TPI desestimó con perjuicio la reclamación relacionada con la póliza de seguro de vida y que dicha determinación fue confirmada por el Tribunal de Apelaciones, el cual concluyó que el Acuerdo era claro y libre de ambigüedades y que no hubo dolo por parte de Marsh en su otorgamiento.

Sostuvo que la presente reclamación tampoco procedía, pues el Acuerdo únicamente establecía que el señor Lozada continuaría bajo la cubierta médica del plan médico para retirados de Marsh conforme a los términos de dicho plan. Particularmente, indicó que el Acuerdo no establecía una obligación de mantener la cubierta por diez (10) años y que, además, su cláusula núm. 19 disponía que el Acuerdo constituía la totalidad del acuerdo entre las partes y que

---

[2] *Véase*, Entrada Núm. 9, SUMAC TPI.

Marsh no realizó promesas adicionales a las allí contenidas. Por ello, expresó que cualquier alegación sobre una promesa de mantener la cubierta médica durante diez (10) años contradecía el lenguaje claro del Acuerdo y lo previamente resuelto por el Tribunal de Apelaciones.

Asimismo, adujo que la señora Maldonado y los menores carecían de legitimación activa para reclamar bajo el Acuerdo, debido a que no fueron partes del mismo. Indicó que las únicas partes del Acuerdo eran Marsh y el señor Lozada y que, por lo tanto, la señora Maldonado y los menores no podían reclamar daños derivados de un contrato en el cual no participaron.

De igual forma, sostuvo que las reclamaciones relacionadas con el plan médico estaban reguladas por el *Employee Retirement Income Security Act*, 29 USCA secs. 1001 *et seq.* (ERISA), y que dicha legislación federal ocupaba el campo, por lo que los recurridos no podían presentar causas de acción estatales por incumplimiento de contrato, dolo y daños relacionadas con el plan. Expuso que las reclamaciones requerían examinar los términos, condiciones y duración del plan médico regulado por ERISA y que los remedios establecidos por dicha legislación federal eran exclusivos.

Finalmente, invocó la doctrina de cosa juzgada respecto a las alegaciones de dolo, al sostener que el Tribunal de Apelaciones ya determinó que no existió dolo en el otorgamiento del Acuerdo. Además, argumentó que no procedían los daños punitivos solicitados, pues el Acuerdo fue suscrito bajo la vigencia del Código Civil de 1930, que no contemplaba dicho remedio, y que, aun bajo el Código Civil de 2020, no se configuraría el requisito de dolo. Por todo lo anterior, indicó que la *Demanda* no exponía una reclamación que justificara la concesión de un remedio y solicitó su desestimación con perjuicio en su totalidad.

Así las cosas, el 18 de agosto de 2025, los recurridos presentaron una *Oposición a Moción de Desestimación*.[3] En primer lugar, en cuanto a ERISA, reconocieron que dicha legislación podía desplazar las leyes estatales cuando existiese un plan de beneficios sujeto a sus disposiciones. No obstante, alegaron que el beneficio médico objeto de la controversia no constituía un plan cubierto por ERISA, pues el señor Lozada no era empleado ni retirado de Marsh al momento de recibirlo, su administración no requería actos discrecionales continuos y los términos del supuesto plan eran aplicados de manera distinta a su situación.

Además, señalaron que el beneficio terminaba al alcanzar los 65 años y que el señor Lozada trabajaba para otro patrono, contrario a los requisitos alegados por Marsh. Asimismo, sostuvieron que Marsh no cumplió con las obligaciones de información, notificación, reclamaciones, revisión y divulgación exigidas por ERISA. Por ello, argumentaron que determinar la aplicabilidad de dicha legislación requería descubrimiento de prueba y que sería prematuro desestimar la acción.

En la alternativa, indicaron que, aun si el beneficio estuviera sujeto a ERISA, de la *Demanda* podía inferirse una causa de acción bajo la Sección 502(a)(1)(B) para exigir el cumplimiento de los derechos a beneficios y aclarar los derechos a beneficios futuros. Asimismo, expresaron que los tribunales estatales tenían jurisdicción concurrente sobre dicha reclamación y que, de ser necesario, debía permitirse la enmienda de la *Demanda* en lugar de desestimarla.

Respecto a la legitimación activa de la esposa y los hijos del señor Lozada, sostuvieron que estos fueron incluidos como terceros beneficiarios del Acuerdo y que recibieron el beneficio médico desde

---

[3] *Véase*, Entrada Núm. 14, SUMAC TPI.

2019. Por ello, argumentaron que podían exigir el cumplimiento de las obligaciones pactadas en su beneficio y reclamar indemnización por su incumplimiento.

En cuanto al litigio previo, expusieron que este se limitó a la transferencia de la póliza de seguro de vida y que sus circunstancias fueron distintas. Expresaron que, en aquel caso, el señor Lozada conoció dentro del término para revocar el Acuerdo que existía una controversia sobre la póliza, mientras que en el presente caso recibió el beneficio médico hasta junio de 2024 y Marsh le representó consistentemente que tendría una duración de diez (10) años. Asimismo, señalaron que la reclamación actual se basaba en el dolo relacionado con el incumplimiento del Acuerdo, no en su formación. Por lo tanto, argumentaron que lo resuelto en el litigio anterior no adjudicaba el incumplimiento reclamado respecto a la cubierta médica ni activaba la doctrina de cosa juzgada.

Finalmente, invocaron la política pública a favor de que los casos se resolvieran en sus méritos y sostuvieron que las controversias sobre ERISA, la naturaleza y alcance del beneficio médico, las cláusulas núm. 2 y 19 del Acuerdo y la legitimación de los familiares requerían descubrimiento de prueba. En la alternativa, solicitaron que se les concediera un término de diez (10) días para enmendar la *Demanda* e incluir una causa de acción bajo ERISA. Por todo lo anterior, pidieron que se declarara No Ha Lugar la *Moción de Desestimación*, se ordenara Marsh contestar la Demanda, se fijara una conferencia inicial y se concediera cualquier otro remedio que en derecho procediera.

Atendidos los escritos de las partes, el 22 de diciembre de 2026, el TPI dictó una *Resolución* que se notificó el 23 de diciembre de 2026.[4] En esta, determinó que, antes de adjudicar en los méritos

[4] *Véase*, Entrada Núm. 18, SUMAC TPI.

las controversias planteadas, era necesario resolver la controversia jurisdiccional relacionada con la aplicabilidad de ERISA al plan de beneficios objeto del litigio. Señaló que las partes sostenían posiciones encontradas al respecto: los recurridos alegaban que ERISA no aplicaba, entre otras razones, porque el señor Lozada no era empleado ni retirado de Marsh, la administración de los beneficios no dependía de acciones discrecionales de Marsh y esta le ofreció la cubierta médica con conocimiento de que había cumplido 65 años. Por el contrario, indicó que, Marsh, por su parte, sostenía que ERISA regulaba de forma exclusiva el plan médico para retirados y que, al estar las reclamaciones relacionadas con dicho plan, procedía la desestimación de la *Demanda*.

Explicó que, conforme a ERISA, los tribunales estatales tenían jurisdicción concurrente para atender determinadas reclamaciones bajo la Sección 502(a)(1)(B), mientras que los tribunales federales ostentaban jurisdicción exclusiva sobre las reclamaciones bajo la Sección 502(a)(3). Así pues, evaluado el expediente y la evidencia documental disponible, concluyó que las partes no habían presentado evidencia suficiente para establecer la naturaleza de la póliza o beneficio conferido por Marsh al señor Lozada. Por ello, determinó que, en esa etapa de los procedimientos, no estaba en posición de resolver si ERISA era aplicable ni si ostentaba jurisdicción para adjudicar las reclamaciones en sus méritos.

Asimismo, expuso que, aun cuando los recurridos no hubiesen formulado expresamente sus causas de acción bajo ERISA, de determinarse posteriormente que dicha legislación resulta aplicable, el Tribunal podría conceder el remedio que procediera conforme a las alegaciones y la prueba, al amparo de la Regla 71 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R.71. En consecuencia, declaró No Ha Lugar la solicitud de desestimación y ordenó a las partes presentar, dentro de treinta (30) días,

memorandos de derecho en los que expusieran sus respectivas posiciones sobre la aplicabilidad de ERISA al plan de beneficios y sobre la jurisdicción del Tribunal para adjudicar las reclamaciones, acompañados de la evidencia documental pertinente.

En desacuerdo con esta determinación, el 7 de enero de 2026, Marsh presentó una solicitud de reconsideración que posteriormente fue denegada mediante una *Resolución* que se emitió y notificó ese mismo día, a saber, el 7 de enero de 2026.[5]

Así las cosas, la peticionaria presentó un *Memorando en Cumplimiento de Resolución.*[6] Sostuvo que el beneficio médico concedido al señor Lozada mediante el Acuerdo de Renuncia y Relevo formaba parte del plan médico para retirados de la Compañía y estaba sujeto a ERISA. Expresó que los propios términos del Acuerdo y las alegaciones de la *Demanda* establecían que el señor Lozada y sus beneficiarios continuaron bajo la cubierta del plan médico para retirados de Marsh, provista mediante Mapfre. Por ello, insistió que el beneficio constituía un plan de beneficios para empleados sujeto a ERISA y que la controversia surgía directamente de la terminación de dicho plan.

Además, indicó que ERISA ocupaba el campo respecto a las reclamaciones estatales presentadas por los recurridos, pues estas se relacionaban directamente con el plan médico y requerían examinar sus términos, beneficios y condiciones. Expuso que, aunque los recurridos fundamentaron sus causas de acción exclusivamente en disposiciones estatales, ERISA establecía un remedio exclusivo para reclamaciones relacionadas con beneficios de un plan sujeto a dicha legislación. Por ello, solicitó que las reclamaciones estatales fuesen desestimadas, invocando además la

---

[5] *Véase*, Entradas Núm. 19 y 20, SUMAC TPI.
[6] *Véase*, Entrada Núm. 21, SUMAC TPI.

doctrina de cosa juzgada conforme a los argumentos previamente planteados en el caso.

En cuanto a la jurisdicción, sostuvo que el TPI podía atender la controversia. Indicó que, por haberse formulado originalmente las reclamaciones bajo legislación estatal, existía jurisdicción estatal para considerarlas y, en la alternativa, que la Sección 502(e) de ERISA confería jurisdicción concurrente a los tribunales estatales para atender reclamaciones bajo la Sección 502(a)(1)(B). Señaló que los propios recurridos reconocieron que ERISA ocupaba el campo y solicitaron, en la alternativa, que se infiriera una causa de acción bajo dicha legislación o que se les permitiera enmendar la *Demanda* para incluirla.

Finalmente, indicó que, debido a que la controversia se encontraba dentro del ámbito regulatorio de ERISA y las reclamaciones de los recurridos fueron formuladas bajo normas estatales, procedía la desestimación de la *Demanda*. Expresó que cualquier reclamación relacionada con los beneficios del plan tendría que tramitarse exclusivamente al amparo de la Sección 502(a)(1)(B) de ERISA. Así pues, solicitó que el Tribunal diera por cumplida su orden del 22 de diciembre de 2025 y desestimara con perjuicio la *Demanda*.

Por su parte, el 26 de enero de 2026, los recurridos presentaron su *Mocion en Cumplimiento de Orden y Memorando de Derecho […]*.[7] Sostuvieron que ERISA no aplicaba ni ocupaba el campo en la presente controversia, pues el beneficio médico reclamado no surgía de un "*employee benefit plan*" sujeto a dicha legislación, sino del Acuerdo de Renuncia y Relevo negociado individualmente entre el señor Lozada y Marsh. Alegaron que, al suscribir el Acuerdo, el señor Lozada dejó de ser empleado de Marsh

[7] *Véase*, Entrada Núm. 25, SUMAC TPI.

y nunca fue considerado retirado de la Compañía, además de que ya había cumplido 65 años y trabajaba para otro patrono, circunstancias que, según sostuvieron, lo excluían del plan de beneficios laborales de Marsh. Asimismo, expresaron que Marsh no había presentado evidencia que demostrara que el beneficio cumplía con los requisitos administrativos de ERISA y que, como mínimo, dicha controversia requería descubrimiento de prueba. Expusieron que el beneficio médico fue una prestación negociada como parte de la contraprestación del Acuerdo y que las reclamaciones por su incumplimiento surgían de las obligaciones contractuales asumidas por Marsh, independientemente de cualquier relación con un plan de beneficios laborales.

En la alternativa, puntualizaron que, aun si el Tribunal determinara que ERISA resultaba aplicable, ello no privaría al foro estatal de jurisdicción, pues la Sección 502(e) de ERISA reconocía jurisdicción concurrente a los tribunales estatales para determinadas reclamaciones bajo la Sección 502(a)(1)(B). Asimismo, expresaron que, si el Tribunal entendiera que las reclamaciones debían encauzarse bajo ERISA, podía inferir la causa de acción correspondiente o permitir la enmienda de la *Demanda* al amparo de la Regla 71 de Procedimiento Civil, *supra*, y de la política pública a favor de resolver los casos en sus méritos.

Respecto al estándar para determinar si existía campo ocupado por ERISA, sostuvieron que no bastaba con que las reclamaciones guardaran alguna relación con un plan de beneficios. Adujeron que, conforme al análisis de *Aetna Health v. Davila*, 542 US 200, también debía determinarse si la responsabilidad de Marsh surgía de un deber legal independiente del plan. En ese sentido, indicaron que las reclamaciones de incumplimiento y dolo contractual surgían del deber asumido por Marsh mediante el Acuerdo de Renuncia y Relevo y existirían independientemente de la

existencia de un plan de beneficios bajo ERISA. Por este motivo, expresaron que la controversia se relacionaba con el alcance y cumplimiento del Acuerdo y estaba regida por el derecho contractual de Puerto Rico.

En cuanto al incumplimiento contractual manifestaron que Marsh asumió como parte de la contraprestación por la renuncia del señor Lozada la obligación de mantener la cubierta médica para él y su familia. Alegaron que, aunque la cláusula núm. 2 del Acuerdo disponía que continuaría bajo la cubierta del plan médico para retirados conforme a sus términos, la intención de las partes respecto a la duración del beneficio podía determinarse mediante la conducta y las comunicaciones anteriores, coetáneas y posteriores al contrato. Insistieron que, antes de suscribirse el Acuerdo, Marsh informó por escrito que al alcanzar los 65 años el señor Lozada pasaría a una cubierta Advantage con un beneficio máximo de diez (10) años y que su familia continuaría bajo el plan de Mapfre.

Asimismo, adujeron que Marsh reiteró posteriormente, mediante comunicaciones escritas de 2021, que asumiría determinados costos del beneficio médico por un período de diez (10) años. Así pues, sostuvieron que dichas actuaciones evidenciaban la intención de las partes y la expectativa razonable de que la cubierta médica continuaría durante ese término, y que la interpretación de Marsh permitiría que una de las prestaciones principales del Acuerdo quedara a su entera discreción.

Finalmente, indicaron que la controversia sobre la duración y cumplimiento de la cubierta médica requería descubrimiento de prueba y adjudicación en los méritos. Alegaron que la cancelación del beneficio les ocasionó consecuencias económicas y angustias relacionadas con la cobertura médica del señor Lozada. En consecuencia, solicitaron que se ordenara a Marsh contestar la *Demanda* y comenzar el descubrimiento de prueba o, en la

alternativa, que se les permita enmendar la *Demanda* dentro de diez (10) días para incluir una causa de acción bajo la Sección 502 de ERISA, si el Tribunal determinaba que dicha legislación resultaba aplicable.

Evaluadas las posturas de las partes, el 28 de julio de 2026, el TPI emitió y notificó una *Resolución*.[8] En esta, determinó que ERISA no privaba, en esta etapa de los procedimientos, de jurisdicción al foro estatal para atender la controversia. Concluyó que las reclamaciones de los recurridos no se limitaban a obtener beneficios bajo un plan médico regulado por ERISA, sino que se fundamentaban, principalmente, en el alegado incumplimiento del Acuerdo de Renuncia y Relevo, así como en dolo y daños y perjuicios.

Expuso que las alegaciones planteaban la posible existencia de un deber contractual independiente, derivado del propio Acuerdo, por lo que no surgía de manera clara e inequívoca que las reclamaciones dependían exclusivamente de ERISA. Además, señaló que determinar la naturaleza y alcance de las obligaciones asumidas requería un análisis fáctico y probatorio adicional, incluyendo la intención de las partes y las representaciones realizadas respecto a la cubierta médica.

Asimismo, destacó que, aun si ERISA resultara aplicable, su esquema estatutario contemplaba jurisdicción concurrente de los tribunales estatales para determinadas reclamaciones bajo dicha legislación. Por ello, concluyó que Marsh no demostró que el Tribunal careciera de jurisdicción ni que procediera la desestimación en esta etapa. En consecuencia, declaró No Ha Lugar la solicitud de desestimación, determinó que poseía jurisdicción para atender las reclamaciones y ordenó la continuación de los procedimientos.

---

[8] *Véase*, Entrada Núm. 27, SUMAC TPI.

Inconforme con esta determinación, el 21 de agosto de 2026, Marsh presentó el recurso de epígrafe y formuló el siguiente señalamiento de error:

> **El Tribunal de Primera Instancia erró al declarar no ha lugar la Moción de Desestimación que presentó Marsh.**

Atendido el recurso, el 24 de agosto de 2026, emitimos una Resolución concediéndole a los recurridos hasta el 31 de agosto de 2026 para presentar su posición al recurso. Oportunamente, los recurridos presentaron su *Oposición a Expedicion del Auto de Certiorari* y negaron que el TPI cometiera el error que Marsh le imputó. Con el beneficio de la comparecencia de ambas partes, procedemos a resolver el asunto ante nos. *Veamos.*

II.

El *certiorari* es el vehículo procesal extraordinario utilizado para que un tribunal de mayor jerarquía pueda corregir un error de derecho cometido por un tribunal inferior. *Torres González v. Zaragoza Meléndez*, 211 DPR 821, 846-847 (2023). Los tribunales apelativos tenemos la facultad para expedir un *certiorari* de manera discrecional. Íd., pág. 847. Esta discreción se define como "el poder para decidir en una u otra forma, esto es, para escoger entre uno o varios cursos de acción". *García v. Padró*, 165 DPR 324, 334 (2005). Asimismo, discreción es una forma de razonabilidad aplicada al discernimiento judicial para llegar a una conclusión justa. Íd., pág. 335. Ahora bien, la aludida discreción que tiene este foro apelativo para atender un *certiorari* no es absoluta. Íd. Esto ya que no tenemos autoridad para actuar de una forma u otra, con abstracción total al resto del derecho, pues ello constituiría abuso de discreción. Íd. Así, "el adecuado ejercicio de la discreción judicial esta inexorable e indefectiblemente atado al concepto de la razonabilidad". Íd.

La Regla 52.1 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 52.1, establece que el recurso de *certiorari* para resolver resoluciones u

órdenes interlocutorias dictadas por el Tribunal de Primera Instancia, será expedido por el Tribunal de Apelaciones cuando se recurre de: (1) una resolución u orden bajo la Regla 56 (Remedios Provisionales) y la Regla 57 (*Injunction*) de las Reglas de Procedimiento Civil; (2) la denegatoria de una moción de carácter dispositivo y; (3) por excepción de: (a) decisiones sobre la admisibilidad de testigos de hechos o peritos esenciales; (b) asuntos relativos a privilegios probatorios; (c) anotaciones de rebeldía; (d) casos de relaciones de familia; (e) casos que revistan interés público; y (f) cualquier otra situación en la que esperar a la apelación constituiría un fracaso irremediable de la justicia.

En otros términos, la Regla 40 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, 4 LPRA Ap. XXII-B, R. 40, enmarca los criterios que debe evaluar este tribunal al expedir un auto de *certiorari.* La aludida regla establece lo siguiente:

> El tribunal tomará en consideración los siguientes criterios al determinar la expedición de un auto de certiorari o de una orden de mostrar causa:
>
> (A) Si el remedio y la disposición de la decisión recurrida, a diferencia de sus fundamentos, son contrarios a derecho.
>
> (B) Si la situación de hechos planteada es la más indicada para el análisis del problema.
>
> (C) Si ha mediado prejuicio, parcialidad o error craso y manifiesto en la apreciación de la prueba por el Tribunal de Primera Instancia.
>
> (D) Si el asunto planteado exige consideración más detenida a la luz de los autos originales, los cuales deberán ser elevados, o de alegatos más elaborados.
>
> (E) Si la etapa del procedimiento en que se presenta el caso es la más propicia para su consideración.
>
> (F) Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa no causan un fraccionamiento indebido del pleito y una dilación indeseable en la solución final del litigio.
> (G) Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa evita un fracaso de la justicia.

Ninguno de estos criterios es determinante por sí solo para el ejercicio de jurisdicción y tampoco constituyen una lista exhaustiva. *García v. Padró,* supra, pág. 335. La norma vigente es que los

tribunales apelativos podremos intervenir con las determinaciones discrecionales del Tribunal de Primera Instancia cuando este haya incurrido en arbitrariedad, craso abuso de discreción o en un error en la interpretación o aplicación de cualquier norma procesal o de derecho sustantivo. *Pueblo v. Rivera Santiago*, 176 DPR 559, 581 (2009).

III.

Nos corresponde justipreciar si debemos ejercer nuestra facultad discrecional al amparo de los criterios enmarcados en la Regla 40 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, *supra.* Luego de examinar el expediente ante nuestra consideración a la luz de los criterios de la Regla 40 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, *supra,* no identificamos razón por la cual este Foro deba intervenir. Ello, ya que no se presentan ninguna de las situaciones que allí se contemplan. Recordemos que nuestro ordenamiento jurídico nos brinda la discreción de intervenir en aquellos dictámenes interlocutorios en los que el TPI haya sido arbitrario, cometido un craso abuso de discreción o cuando, de la actuación del foro, surja un error en la interpretación o la aplicación de cualquier norma procesal o de derecho sustantivo. Reiteramos que en el recurso que aquí atendemos no se nos ha demostrado que haya alguno de estos escenarios.

IV.

Por los fundamentos antes expuestos, ***denegamos*** el recurso de epígrafe.

Notifíquese.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones.

Lcda. Lilia M. Oquendo Solís
Secretaria del Tribunal de Apelaciones