

**ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 109/2018  
Y SU ACUMULADA 110/2018.**

**PROMOVENTES: DIVERSOS DIPUTADOS Y  
DIPUTADAS INTEGRANTES DE LA  
SEXAGÉSIMA PRIMERA LEGISLATURA DEL  
CONGRESO DEL ESTADO DE COAHUILA DE  
ZARAGOZA, Y LA COMISIÓN NACIONAL DE  
LOS DERECHOS HUMANOS.**

**PONENTE:  
MINISTRO ALBERTO PÉREZ DAYÁN.**

**SECRETARIA:  
IVETH LÓPEZ VERGARA.**

Ciudad de México. Acuerdo del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, correspondiente al día **veinticinco de mayo de dos mil veinte.**

**VISTOS**, para resolver el expediente relativo a la acción de inconstitucionalidad identificada al rubro; y

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

**PRIMERO. Presentación de las demandas.** Por oficio presentado el diez de diciembre de dos mil dieciocho en la Oficina de Certificación Judicial y Correspondencia de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación, **diversos diputados y diputadas integrantes de la Sexagésima Primera Legislatura del Congreso del Estado de Coahuila de Zaragoza** promovieron acción de inconstitucionalidad contra los artículos 3, fracciones VI, VIII, XIV y XVI, 7, párrafo primero y fracción V, 8, 27, fracción XIV, 37, fracción VI, y 41 de la Ley del Servicio

Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza publicada en el Periódico Oficial el nueve de noviembre de dos mil dieciocho, señalando como órganos Legislativo y Ejecutivo que emitieron y promulgaron las mencionadas normas al Congreso y al Gobernador Constitucional de ese Estado.

Por su parte, mediante oficio presentado también el diez de diciembre de dos mil dieciocho en la Oficina de Certificación Judicial y Correspondencia de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación, la **Comisión Nacional de los Derechos Humanos** promovió acción de inconstitucionalidad contra los artículos 3, fracciones VI y VIII, 7, párrafo primero, específicamente en el enunciado normativo "el auxilio económico en", 8 y 37, fracción VI, de la misma Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza publicada en el Periódico Oficial el nueve de noviembre de dos mil dieciocho, señalando igualmente como órganos Legislativo y Ejecutivo que emitieron y promulgaron las mencionadas normas al Congreso y al Gobernador Constitucional de ese Estado.

Disposiciones que son del contenido literal siguiente:

**"Artículo 3.** Para los efectos de esta ley se entiende por: [...]

**VI. Copago:** El costo de los servicios médicos, hospitalarios y farmacéuticos compartidos entre el Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila y el derechohabiente; [...]

**VIII. Fondo de garantía:** El fondo que el organismo puede constituir, de acuerdo al máximo de los recursos disponibles y sin detrimento del servicio a los derechohabientes y sus beneficiarios, para garantizar el pago de los saldos insolutos que dejen, por concepto de créditos en curso, los derechohabientes en caso de fallecimiento; [...]

**XIV. Plan de protección:** Los programas que se establezcan con fines de ampliación de cobertura de servicios de atención médica, de carácter optativo; [...]

**XVI. Retención:** La deducción que por efectos de esta ley o que por mandato judicial se haga de los salarios de los trabajadores, o percepciones de los pensionados o jubilados según corresponda, para

cumplir obligaciones o compromisos contraídos previamente y que se aplican directamente a la nómina de pago. Con independencia de lo anterior podrán realizarse retenciones adicionales convenidas voluntariamente con el trabajador, pensionados y jubilados, según corresponda.

Se consideran retenciones para efectos de la presente ley, las deducciones que se hagan a los derechohabientes del organismo en concepto de aportaciones y pago de adeudos con la institución; [...]"

**"Artículo 7.** Para garantizar a los trabajadores y a sus beneficiarios en la prevención y curación de enfermedades, el Servicio Médico ofrecerá **el auxilio económico en los siguientes aspectos:** [...]

V. El organismo podrá implementar **planes de protección médico familiar, los así llamados serán convenios entre el organismo y los derechohabientes mediante los cuales, por una prima quincenal adicional descontada de su salario, el organismo le cubre parte o todo de los gastos que corresponda sufragar por servicios médicos hospitalarios recibidos,** según el reglamento que se expida para tal fin. [...]"

**"Artículo 8.** El Servicio Médico podrá otorgar a sus derechohabientes **convenios para el pago en parcialidades de los adeudos** generados por servicios prestados a los mismos o a sus beneficiarios en concepto de copago, costos de recuperación y otros.

A dichos créditos deberá **agregarse siempre un 20% destinado a constituir el fondo de garantía.**

El fondo de garantía deberá integrarse al patrimonio del Servicio Médico y utilizarse para los fines que esta ley establece".

**"Artículo 27.** Son facultades y obligaciones del Consejo de Administración: [...]

XIV. Implementar planes de protección médico familiar, los así llamados serán convenios entre el organismo y los derechohabientes mediante los cuales, por una prima quincenal adicional descontada de su salario, la Institución cubre parte o todo de los gastos que al derechohabiente corresponda sufragar por servicios médicos hospitalarios recibidos, según el reglamento que se expida para tal fin; [...]"

**"Artículo 37.** El patrimonio del Servicio Médico se constituye de la siguiente manera: [...]

VI. Por los ingresos provenientes de los servicios prestados por los organismos auxiliares, así como por la venta de medicamentos y por los ingresos bajo la modalidad de copagos en favor de derechohabientes y beneficiarios; [...]"

**"Artículo 41.** Las retenciones en favor del patrimonio del organismo previstas en la fracción V del artículo 37 serán descontadas a los

trabajadores en nóminas de los empleadores, quienes tienen la obligación de entregarlas al Organismo, junto con los descuentos por adeudos contraídos frente al Organismo y las aportaciones señaladas en las fracciones I, II, III y IV del mismo artículo 37".

**SEGUNDO. Preceptos constitucionales e internacionales que se estiman violados y conceptos de invalidez.** Los accionantes estimaron violados los artículos 1, 4 y 123, apartado B, fracción XI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 2, 9 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y 9 y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Asimismo, expusieron como argumentos de invalidez los que se sintetizan a continuación:

**A. De los integrantes de la Sexagésima Primera Legislatura del Congreso del Estado de Coahuila de Zaragoza.**

I. Los artículos 3, fracción VI, y 37, fracción VI, de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado cuya invalidez se reclama transgreden los derechos de igualdad, seguridad jurídica y a la seguridad social, específicamente en cuanto establecen la figura del "**copago**", habida cuenta de que:

- 1) El copago –que es el gasto compartido entre el Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado y las y los derechohabientes, cuya finalidad es cubrir el costo de los servicios médicos, hospitalarios y farmacéuticos–, desconoce que las aportaciones de las personas derechohabientes son suficientes para que éstos perciban aquéllos servicios.

2) El artículo 37, fracciones V y VI, de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado implica una doble contribución para las y los derechohabientes quienes tienen que pagar, por una parte, las aportaciones por concepto de cuotas (equivalentes al 3% –tres por ciento– de su sueldo compactado, compensaciones especiales, eficiencia en el trabajo y primas de antigüedad) y, por otra, los adeudos generados por virtud de los servicios que otorga el instituto a modo de copago.

II. Los artículos 3, fracción XIV, 7, fracción V, y 27, fracción XIV, de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado violan los derechos de igualdad, seguridad jurídica y a la seguridad social, en la medida en que crean los llamados "**planes de protección**", toda vez que:

- 1) Por concepto de esos "planes de protección" –que son los programas que se establecen con fines de ampliación de cobertura de servicios de atención médica de carácter optativo–, se exigen pagos adicionales a efecto de garantizar un acceso a mayores servicios de salud, soslayando que el instituto debe otorgar las prestaciones médicas de calidad sin hacer cobros extras.
- 2) La posibilidad de obtener un mejor servicio y mayor cobertura a través del pago por concepto de la contratación de esos "planes de protección" implica que se clasifique a las personas trabajadoras en categorías dependiendo de sus aportaciones, aun cuando el artículo 9 de la propia legislación ordena que las prestaciones médicas "se dispensarán con trato igual de carácter general a los trabajadores y a sus beneficiarios, prohibiéndose expresamente hacer concesiones especiales que impliquen trato discriminatorio".
- 3) Conforme a los artículos 123, apartado B, fracción XI, de la Constitución Federal y 34, 35 y 37 de la Ley General de Salud, la

seguridad social debe ser garantizada por el organismo respectivo, lo que está reconocido en los artículos 1 y 15 de la propia Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza, que dispone que el instituto debe garantizar a las personas derechohabientes la atención a la salud; de ahí que no es válido que para tener derecho a los servicios se exige el pago de aportaciones adicionales como si fuera una prestación privada.

**III.** Los artículos 3, fracciones VIII y XVI, 8 y 41 de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado violan el derecho a la seguridad jurídica, en la parte en la que establecen un agregado del 20% –veinte por ciento– al monto de los adeudos generados por servicios prestados a las y los derechohabientes o a sus personas beneficiarias en concepto de copago, a efecto de formar el "**fondo de garantía**", porque:

- a) Ese agregado del 20% –veinte por ciento– a los adeudos debe ser pagado por las personas derechohabientes sin justificación alguna, pues éstos pagan sus aportaciones, lo que debe ser suficiente para garantizar la prestación del servicio médico.
- b) Más aún, esas personas derechohabientes no tienen por qué anticipar pagos para cubrir eventuales saldos derivados de adeudos en caso de fallecimiento; siendo que el cobro adicional que al efecto se les hace repercute en la condición económica de las personas trabajadoras en activo o personas pensionadas.

#### **B. De la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.**

Los artículos 3, fracciones VI y VIII, 7, párrafo primero, 8 y 37, fracción VI, de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza, violan los derechos a

la seguridad social, igualdad y no discriminación, específicamente en cuanto prevén las figuras del "copago", los "convenios" y "créditos", y el "fondo de garantía", habida cuenta de que:

- a) A través de esas figuras, especialmente el "**copago**", se exige que las personas derechohabientes cubran el costo de los servicios médicos, hospitalarios y farmacéuticos de manera compartida con el Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado, lo que implica que, por los servicios médicos que éste presta, se impone a las personas trabajadoras cargas económicas adicionales a las aportaciones de seguridad social que enteran con fundamento en los artículos 3, fracciones II y XVI, de la propia legislación; además de que se soslayan las aportaciones efectuadas por los empleadores.
- b) También se prevé la posibilidad de que se otorgue a las personas derechohabientes la posibilidad de firmar "**convenios**" para pagar en parcialidades los créditos que les sean determinados por la prestación de los servicios médicos por parte del instituto, lo que implica una carga desproporcional e injustificada, pues los descuentos en sus salarios de los que son sujetos de manera constante tienen como finalidad, precisamente, recibir esos servicios sin costos adicionales, dada la obligación del Estado de garantizar el derecho de acceso a la salud a través de prestaciones de seguridad social.
- c) El hecho de que el artículo 7 de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza establezca un "**auxilio económico**" para el acceso a los servicios médicos sin asumir la obligación de garantizar su prestación, implica una contradicción con el artículo 1 del mismo ordenamiento que ordena al instituto prestar esos servicios; lo que, además, permite

que el Estado se sustraiga de su obligación constitucional de garantizar el derecho a la salud.

- d) Más aún, en función de formar el llamado "**fondo de garantía**", se obliga a las personas derechohabientes a cubrir un 20% –veinte por ciento– adicional a los adeudos que adquieran por la prestación de los servicios médicos, a efecto de cubrir saldos de créditos en caso de fallecimiento.

**TERCERO. Admisión de la acción de inconstitucionalidad.**

Mediante proveído de diez de diciembre de dos mil dieciocho, el Presidente de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación ordenó formar y registrar el expediente relativo a la acción de inconstitucionalidad promovida por **diversos diputados y diputadas integrantes de la Sexagésima Primera Legislatura del Congreso del Estado de Coahuila de Zaragoza**, a la que le correspondió el expediente **109/2018**, y designó al Ministro Eduardo Medina Mora I. para que actuara como instructor en el procedimiento.

Asimismo, a través del auto de once de diciembre del mismo año, el Presidente de este Alto Tribunal ordenó formar y registrar el expediente relativo a la acción de inconstitucionalidad promovida por la **Comisión Nacional de los Derechos Humanos**, a la que le correspondió el expediente **110/2018** y, dada la identidad de las normas controvertidas, **decretó su acumulación** a la acción de inconstitucionalidad referida en el párrafo precedente, y dispuso su turno al Ministro Eduardo Medina Mora I. designado como instructor.

Por auto de once de diciembre de dos mil dieciocho el Ministro instructor admitió la acción referida, ordenó dar vista al órgano



Legislativo que emitió la norma y al Ejecutivo que la promulgó para que rindieran sus respectivos informes.

**CUARTO. Informe de las autoridades.** El Congreso del Estado de Coahuila de Zaragoza (por conducto del Presidente de su Mesa Directiva) y el Poder Ejecutivo del Estado (a través de su Consejero Jurídico), rindieron sus informes respectivos, los cuales son coincidentes en sus argumentos en los que, en síntesis, expusieron lo siguiente:

- 1) La figura del copago existe en el servicio médico de Coahuila desde su origen en mil novecientos cuarenta y seis, y se basa en el principio solidario del pago compartido bajo una concepción distinta a la institucional prevista en el artículo 123 de la Constitución Federal. De ahí que es importante que esa figura se mantenga en la nueva ley porque constituye una fuente del patrimonio del Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado, fundamental para subsistencia. De eliminarse, colocaría al servicio médico en grave riesgo financiero.
- 2) El Máximo Tribunal ha reconocido que, con base en el principio de solidaridad, el derecho a la protección de la salud es una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad y los interesados, razón por la cual el financiamiento de los servicios no corre a cargo del Estado únicamente. Incluso se prevé el establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de los servicios públicos de salud y del sistema de protección social que se determinan considerando el costo de los servicios y condiciones socioeconómicas de los usuarios, eximiendo de su cobro a aquéllos que carezcan de recursos. Sirve de apoyo la jurisprudencia del Tribunal Pleno de rubro: "SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN CONFORME AL ARTÍCULO 4º, TERCER PÁRRAFO, DE LA

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ES UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL”.

- 3) Las personas derechohabientes contribuyen con la aportación de cuotas de seguridad social provenientes de un porcentaje de sus ingresos que se destinan a un fondo que se utiliza para proporcionar los servicios de salud. Esta aportación permite que quienes ganan más y quienes no hacen uso del servicio contribuyan a que quienes tienen menos y sí utilizan el servicio lo aprovechen, obteniendo beneficios que exceden por mucho el valor de sus aportaciones. Así, la normativa toma en consideración las posibilidades económicas del instituto y la capacidad económica del usuario.
- 4) La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido que, respecto del artículo 123, apartado B, fracción IX, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Constituyente deja en manos del legislador ordinario la regulación de los aspectos particulares de los sistemas de seguridad social, de tal forma que se pueda garantizar el acceso a las prestaciones de seguridad social de acuerdo a las necesidades de cada entidad federativa y en función de la realidad que se vive en cada una de éstas, así como la de sus instituciones y beneficiarios. Sirve de apoyo la jurisprudencia de rubro: "TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO. ALCANCE DEL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL RESPECTO AL MONTO DEL SALARIO DE COTIZACIÓN".
- 5) La legislación de ninguna forma vulnera el principio de igualdad y no discriminación sino que busca garantizar el derecho a la salud al máximo de las posibilidades del Estado y del instituto; de ahí que se brinde el auxilio económico a la persona derechohabiente que, por necesidad o conveniencia, no obstante que el servicio médico lo pueda proporcionar, hace uso de servicios en instalaciones diversas

al instituto, directamente con profesionales del ramo o en instituciones de salud.

- 6)** Se trata de una opción adicional para que el organismo cubra todo o parte de los gastos por servicios médicos que las personas derechohabientes o beneficiarias reciban en instituciones médicas ajenas al instituto; lo que de ninguna forma obstaculiza a las y los derechohabientes que, mediante el pago ordinario de sus cuotas sociales, requieran de servicios médicos u hospitalarios, los cuales reciben conforme a lo dispuesto en la propia ley.
- 7)** Es falso que los pagos adicionales a las aportaciones provoquen que el servicio médico actúe como un servicio privado, pues se proporciona a través de una institución de la administración pública estatal, bajo el carácter de organismo público descentralizado, con fines de mejoramiento social. Más bien, se trata de una institución que cumplimenta la prestación de un servicio público de interés general tendiente a aliviar la situación de las clases económicamente débiles que no se encuentran en posibilidad de cubrir los riesgos a los que están expuestos sino tan sólo mediante una proporción mínima, encomendándose el resto a los patrones que, en el caso particular, son entidades del Estado.
- 8)** Los accionantes no apreciaron la ley de manera sistémica, pues el contexto de las normas impugnadas deriva de lo previsto por el artículo 46, que permite que los adeudos contraídos constituyan créditos fiscales; de lo que se infiere que, atendiendo a las máximas de la protección del derecho a la salud, pueden ser cubiertos en parcialidades. Es decir, el convenio recae en el plan de pago de los adeudos generados por servicios prestados a las mismas personas trabajadoras o sus beneficiarios, sin que por ello pierdan dichos adeudos la calidad de créditos fiscales.

- 9) Las retenciones para el fondo de garantía y las descontadas por adeudos al organismo no transgreden el derecho a la salud y a la seguridad social, pues el artículo 8 impugnado establece un mecanismo convenido entre las partes a fin de que la persona trabajadora o derechohabiente cubra cualquier adeudo contraído con el organismo. No se trata de una doble contribución, sino de una figura legal para auxiliar a la persona derechohabiente a estar al corriente en el pago de sus aportaciones a fin de que tenga derecho a percibir las prestaciones.
- 10) Por lo que hace al fondo de garantía, su objetivo es dar seguridad y certeza a los usuarios del servicio médico, al prever un mecanismo para garantizar el pago de los saldos insolutos que dejaran, por concepto de créditos en curso, diversos contribuyentes por fallecimientos, de acuerdo al máximo de los recursos disponibles y sin detrimento del servicio a las y los derechohabientes.

**QUINTO. Cierre de Instrucción.** Una vez que se pusieron los autos a la vista de las partes para la formulación de sus alegatos, por acuerdos de veintisiete de febrero, quince de marzo y veintidós de mayo de dos mil diecinueve, se tuvieron por recibidos los de los diputados accionantes, y de los Poderes Legislativo y Ejecutivo del Estado de Coahuila de Zaragoza, además de que se declaró cerrada la instrucción.

Finalmente, dado lo acordado por el Tribunal Pleno el diez de octubre de dos mil diecinueve, mediante auto de la misma fecha, el Presidente de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación retornó el asunto al **Ministro Alberto Pérez Dayán** para que actuara como nuevo instructor.

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

**PRIMERO. Competencia.** Este Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación es competente para resolver la presente acción de inconstitucionalidad de conformidad con lo dispuesto en los artículos 105, fracción II, incisos d) y g), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 10, fracción I, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, toda vez que se solicita la declaración de inconstitucionalidad de los artículos 3, fracciones VI, VIII, XIV y XVI, 7, párrafo primero y fracción V, 8, 27, fracción XIV, 37, fracción VI, y 41 de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza publicada en el Periódico Oficial el nueve de noviembre de dos mil dieciocho.

**SEGUNDO. Oportunidad.** En principio, debe tenerse en cuenta que el artículo 105, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que la Suprema Corte de Justicia de la Nación conocerá "de las acciones de inconstitucionalidad que tengan por objeto plantear la posible contradicción entre una norma de carácter general y esta Constitución", las cuales "podrán ejercitarse, dentro de los **treinta días naturales** siguientes a la fecha de la publicación de la norma" impugnada; mientras que el artículo 60 de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del Artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que "el plazo para ejercitar la acción de inconstitucionalidad será de **treinta días naturales** contados a partir del día siguiente a la fecha en que la ley o tratado internacional impugnado sean publicados en el correspondiente medio oficial. Si el último día del plazo fuese inhábil, la demanda podrá presentarse el primer día hábil siguiente". Lo que permite establecer que tratándose de acciones de inconstitucionalidad, **el plazo para la presentación de la demanda es de treinta días naturales** contados a partir del día siguiente a aquél en que se publique la norma impugnada en el correspondiente medio oficial, **sin que deban excluirse los días inhábiles**, en la inteligencia

de que si el último día del plazo fuese inhábil, la demanda se podrá presentar al primer día hábil siguiente.

En el caso, los preceptos legales impugnados se publicaron en el Periódico Oficial del Estado de Coahuila de Zaragoza el viernes nueve de noviembre de dos mil dieciocho, por lo que el plazo para ejercer la acción de inconstitucionalidad **inició el sábado diez de noviembre y concluyó el domingo nueve de diciembre siguientes**. Mientras que los escritos de demanda relativos a la presente acción de inconstitucionalidad fueron presentados el **lunes diez de diciembre del mismo año** en la Oficina de Certificación Judicial y Correspondencia de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación, es decir, el día hábil inmediato siguiente al último del plazo que fue inhábil, por lo que su promoción resulta **oportuna**.

**TERCERO. Legitimación.** El artículo 105, fracción II, incisos d) y g), de la Constitución Federal, establecen:

**"Artículo 105.** La Suprema Corte de Justicia de la Nación conocerá, en los términos que señale la ley reglamentaria, de los asuntos siguientes: [...]

II. De las acciones de inconstitucionalidad que tengan por objeto plantear la posible contradicción entre una norma de carácter general y esta Constitución.

Las acciones de inconstitucionalidad podrán ejercitarse, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de publicación de la norma, por: [...]

**d) El equivalente al treinta y tres por ciento de los integrantes de alguna de las legislaturas** de las entidades federativas en contra de las leyes expedidas por el propio órgano. [...]

**g) La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en contra de leyes** de carácter federal o **de las entidades federativas**, así como de tratados internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, **que vulneren los derechos humanos consagrados en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte**. Asimismo, los organismos de protección de los derechos humanos equivalentes en las entidades federativas, en contra de leyes expedidas por las legislaturas".

Disposición que ha sido interpretada en la jurisprudencia P./J. 7/2007 de rubro: "ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD. QUIÉNES SE ENCUENTRAN LEGITIMADOS PARA PROMOVERLA ATENDIENDO AL ÁMBITO DE LA NORMA IMPUGNADA"<sup>1</sup>, conforme a la cual las acciones de inconstitucionalidad contra leyes locales pueden promoverse, entre otros, por el 33% (treinta y tres por ciento) de los diputados de la legislatura local que corresponda y por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, si se trata de leyes que vulneren los derechos humanos consagrados en la Constitución Federal.

En el caso, la primera demanda fue suscrita por **nueve integrantes de la Sexagésima Primera Legislatura del Congreso del Estado de Coahuila de Zaragoza**, a saber, Emilio Alejandro de Hoyos Montemayor, Fernando Izaguirre Valdés, Gabriela Zapopan Garza Galván, Gerardo Abraham Aguado Gómez, Juan Antonio García Villa, Carlos Guerra López Negrete, José Benito Ramírez Rosas, Rosa Nilda González Noriega y Zulmma Verenice Guerrero Cázares, quienes acreditan su calidad de diputados y diputadas con el ejemplar del

---

<sup>1</sup> Consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena Época. Tomo XXV. Mayo de 2007. Página mil quinientos trece, que dice:

**"ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD. QUIÉNES SE ENCUENTRAN LEGITIMADOS PARA PROMOVERLA ATENDIENDO AL ÁMBITO DE LA NORMA IMPUGNADA.** La fracción II del artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece de manera limitativa y expresa quiénes son los sujetos legitimados para promover una acción de inconstitucionalidad; sin embargo, no todos ellos pueden plantear ese medio de control constitucional contra cualquier ley, sino que su legitimación varía en función del ámbito de la norma que pretende impugnarse, es decir, si se trata de leyes federales, locales, del Distrito Federal o de tratados internacionales. Así, tratándose de la impugnación de leyes federales, están legitimados: 1. El 33% de los Diputados del Congreso de la Unión; 2. El 33% de los Senadores del Congreso de la Unión; 3. El Procurador General de la República; 4. Los partidos políticos con registro federal, si se trata de leyes de naturaleza electoral; y 5. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, si se trata de leyes que vulneren los derechos humanos consagrados en la Constitución Federal. Por su parte, contra leyes locales están legitimados: 1. El 33% de los Diputados de la Legislatura Local que corresponda; 2. El Procurador General de la República; 3. Los partidos políticos con registro federal o aquellos que sólo tengan registro en el Estado de que se trate, siempre y cuando se impugne una ley electoral; y 4. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos y los órganos estatales protectores de derechos humanos, si se trata de leyes que vulneren los derechos humanos consagrados en la Constitución Federal. Cuando la impugnación verse contra leyes del Distrito Federal, tendrán legitimación: 1. El 33% de los integrantes de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal; 2. El Procurador General de la República; 3. Los partidos políticos con registro federal o aquellos que sólo tengan registro ante el Instituto Electoral del Distrito Federal, siempre que se trate de la impugnación de una ley electoral; y 4. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, cuando se trate de leyes que vulneren los consagrados en la Constitución Federal. Finalmente, tratándose de tratados internacionales, pueden impugnarlos: 1. El 33% de los Senadores del Congreso de la Unión; 2. El Procurador General de la República; y 3. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, si se trata de un tratado internacional que vulnere los derechos humanos consagrados en la Constitución Federal".

Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza de cinco de enero de dos mil dieciocho, que contiene el "Decreto 1 por el que se declara legalmente constituido el Congreso del Estado Independiente, Libre y Soberano de Coahuila de Zaragoza e instalada la Sexagésima Primera Legislatura, cuyo ejercicio constitucional iniciará el 1 de enero del año 2018 y concluirá el 31 de diciembre del año 2020". Diputados que, por cierto, representan el 36% (treinta y seis por ciento) del cuerpo legislativo integrado por veinticinco miembros conforme al artículo 33 de la Constitución Política del Estado<sup>2</sup>.

Por su parte, la segunda demanda fue promovida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a través de su Presidente **Luis Raúl González Pérez**, lo que acredita con la copia certificada de su designación en ese cargo por el Pleno del Senado de la República.

Por tanto, si en el caso se plantea la inconstitucionalidad de los artículos 3, fracciones VI, VIII, XIV y XVI, 7, párrafo primero y fracción V, 8, 27, fracción XIV, 37, fracción VI, y 41 de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza –por considerarlos violatorios de derechos humanos en materia de salud y seguridad social previstos en los artículos 4 y 123 de la Constitución Federal–, tanto los diputados y diputadas accionantes de la Sexagésima Primera Legislatura del Congreso Local como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos **tienen la legitimación** para promover la acción de inconstitucionalidad.

**CUARTO. Causas de improcedencia.** En este asunto no se hace valer causa de improcedencia o motivo de sobreseimiento, ni este Alto Tribunal advierte que se actualice alguno.

---

<sup>2</sup> "**Artículo 33.** El Congreso del Estado se renovará en su totalidad cada tres años y se integrará con **dieciséis diputados** electos según el principio de mayoría relativa mediante el sistema de distritos electorales, y con **nueve diputados** electos por el principio de representación proporcional, los cuales serán asignados en los términos que establezca la ley entre aquellos partidos políticos que obtengan cuando menos el 2% de la votación válida emitida en el estado para la elección de diputados".



**QUINTO. Estudio.** De los conceptos de invalidez hechos valer por los actores, se desprende que la litis en la presente vía se circunscribe a analizar los artículos 3, fracciones VI, VIII, XIV y XVI, 7, párrafo primero y fracción V, 8, 27, fracción XIV, 37, fracción VI, y 41 de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza publicada en el Periódico Oficial el nueve de noviembre de dos mil dieciocho, en la medida en que establecen tres figuras en el sistema de prestación de servicios de salud para las personas trabajadoras de la educación pública y de instituciones educativas del Estado, a saber: **a)** el "**copago**" que implica la determinación de adeudos y pagos en parcialidades, **b)** el "**fondo de garantía**", y **c)** los "**planes de protección**" que implican la celebración de convenios para descuentos adicionales a las aportaciones de seguridad.

Figuras que se aducen violatorias de los derechos de igualdad y no discriminación, a la salud y a la seguridad social previstos en los artículos 1, 4 y 123, apartado B, fracción XI, de la Constitución Federal, en lo total, porque:

a) A través del "**copago**" –que es un gasto compartido entre el Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado y las personas derechohabientes–, se exige que éstos cubran en parte el costo de los servicios médicos, hospitalarios y farmacéuticos que presta dicho instituto, lo que implica una carga económica adicional a las aportaciones de seguridad social efectuados por ellos y por los patrones.

b) Incluso, se prevé la posibilidad de que las y los derechohabientes tengan que firmar convenios para **pagar en parcialidades** los créditos que les sean determinados por la prestación de esos servicios.

c) Más aún, al pagar esos créditos, se obliga a las y los derechohabientes a cubrir un 20% –veinte por ciento– adicional, a efecto de formar el "**fondo de garantía**", destinado a cubrir saldos de créditos de las personas derechohabientes que, durante su curso, hubieren fallecido.

d) Los "**planes de protección**" se constituyen como el instrumento a través del cual las personas derechohabientes, mediante la firma de convenios, autorizan descuentos adicionales en sus sueldos para sufragar servicios médicos hospitalarios prestados por el instituto.

Por razón de método, los puntos jurídicos antes precisados se analizarán exponiéndose, primeramente, los principios generales de los derechos humanos que se estiman vulnerados por las normas impugnadas y, con base en ello, se establecerá lo relativo a su conformidad constitucional.

**A. Principios generales del derecho humano a la salud.** El artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Federal establece que "toda persona tiene **derecho a la protección de la salud**. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios respectivos y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo dispuesto en la fracción XVI del artículo 73 del propio ordenamiento fundamental". Sobre este derecho, esta Suprema Corte de Justicia de la Nación ya se ha pronunciado en reiteradas ocasiones, estableciendo, en lo que interesa, lo siguiente:

- El derecho a la salud no se limita a prevenir y tratar una enfermedad, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo, es decir, se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho

fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

- Del artículo 4 de la Constitución Federal, que establece que toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización.
- Si bien para la justiciabilidad del derecho a la salud en el juicio de amparo es menester constatar que se invoque la violación de un derecho fundamental que incorpora pretensiones jurídicas subjetivas y que la invasión al derecho que se denuncia represente un tipo de vulneración remediable por dicha vía, lo cierto es que ello no permite descartar que, en ciertas ocasiones, dar efectividad al amparo implique adoptar medidas que colateral y fácticamente tengan efectos para más personas que las que actuaron como partes en el caso concreto, siempre y cuando tales efectos tengan una relación fáctica o funcional con los de las partes.

Las anteriores consideraciones encuentran su sustento en las tesis y jurisprudencias siguientes:

- P. LXVIII/2009 de rubro: **"DERECHO A LA SALUD. NO SE LIMITA AL ASPECTO FÍSICO, SINO QUE SE TRADUCE EN LA OBTENCIÓN DE UN DETERMINADO BIENESTAR GENERAL"**<sup>3</sup>.
- P. XVI/2011 de rubro: **"DERECHO A LA SALUD. IMPONE AL ESTADO LAS OBLIGACIONES DE GARANTIZAR QUE SEA EJERCIDO SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA Y DE ADOPTAR MEDIDAS PARA SU PLENA REALIZACIÓN"**<sup>4</sup>.
- P. XVI/2011 de rubro: **"DERECHO A LA SALUD. SU TUTELA A TRAVÉS DEL JUICIO DE AMPARO"**<sup>5</sup>.

Como se advierte de las anteriores consideraciones, el derecho a la salud puede entenderse como la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios encaminados a la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

En esa lógica, se trata de un derecho complejo que despliega una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado, en el entendido que **la protección de la salud y el desarrollo de los correspondientes sistemas sanitarios asistenciales es una de las tareas fundamentales de los Estados democráticos contemporáneos** y representa una de las claves del Estado del bienestar.

---

<sup>3</sup> Consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena Época. Tomo XXX. Diciembre de dos mil nueve. Página seis.

<sup>4</sup> Consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena Época. Tomo XXXIV. Agosto de dos mil once. Página veintinueve.

<sup>5</sup> Consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIV. Agosto de dos mil once. Página treinta y dos.

En esa virtud, la salud es una meta prioritaria en sí misma y, a su vez, es el pilar estratégico para que existan otras prerrogativas, ya que la posibilidad de que los individuos estén en aptitud de desplegar éstas, depende de los logros en salud, pues un estado de bienestar general resulta indispensable para poder ejercer el resto de los derechos humanos que tutela la Constitución Federal, y en consecuencia, para poder llevar una vida digna. De ahí que las mejoras en salud constituyen un presupuesto para el desarrollo y, por ende, la realización del derecho humano a ella aparece crecientemente como una regla esencial para saber si realmente hay progreso en un Estado y, al mismo tiempo, como un medio decisivo para obtenerlo.

En suma, es dable afirmar que la plena realización del derecho humano a la salud es uno de los requisitos fundamentales para que las personas puedan desarrollar otros derechos y libertades de fuente constitucional y convencional, por lo que la prosecución de la justicia social no puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sin enfermedades y sufrimientos que resulten evitables o tratables, y sobre todo, en la evitabilidad de padecer una mortalidad prematura.

Atinente al mismo tema, la Primera Sala de este Alto Tribunal, al resolver el amparo en revisión 173/2008, analizó tanto el artículo 4 constitucional como los diversos 25, apartado 1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, y determinó que entre las finalidades del derecho a la protección de la salud está la de garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la

población, entendiendo como tal las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Asimismo, precisó que el derecho a la protección de la salud impone a los Estados diversas obligaciones entre las que se encuentra la de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igualitario a la atención de la salud y los servicios relacionados, y la de vigilar que la privatización del sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios. Por lo que se concluyó que el derecho en comento debe entenderse como un **derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.**

Por su parte, la Segunda Sala de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver el amparo en revisión 378/2014, sostuvo que el derecho al nivel más alto posible de salud, previsto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales puede entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar un estado de bienestar general, que **abarca la atención de salud oportuna y apropiada**, pero también otros aspectos como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda y condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva; en el entendido que existen elementos esenciales que informan el desarrollo del derecho humano a la salud, a saber, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Además, reconoció que el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé obligaciones **de**

**contenido y de resultado;** las primeras, de carácter inmediato, se refieren a que los derechos se ejerciten sin discriminación y a que el Estado adopte dentro de un plazo breve medidas deliberadas, concretas y orientadas a satisfacer las obligaciones convencionales; mientras que las segundas, o mediatas, se relacionan con el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales.

Y, en este tenor, estableció que el Estado Mexicano tiene, por una parte, **la obligación inmediata de asegurar a las personas al menos un nivel esencial del derecho a la salud** y, por otra, el deber de cumplimiento progresivo de lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados hasta el máximo de los recursos de que disponga; de ahí que se configurará una violación directa al derecho a la salud cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado. Consideraciones que fueron plasmadas en la tesis 2a. CVIII/2014 (10a.) de rubro: **"SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO"**<sup>6</sup>.

Cabe preciar que en el mismo asunto, la Segunda Sala determinó que cuando el Estado, a través de sus instituciones, alegue limitación presupuestaria para adoptar todas las medidas posibles a fin de garantizar el disfrute de ese más alto nivel posible de salud, se debe distinguir entre la incapacidad real para cumplir las obligaciones del

---

<sup>6</sup> Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Décima Época. Libro 12. Noviembre de dos mil catorce. Tomo I. Página mil ciento noventa y dos.

Estado contraídas en materia de derechos humanos y la renuencia a hacerlo, lo que se debe ponderar caso por caso.

Finalmente, al resolver diversos juicios de amparo indirecto en los que se reclamó la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado publicada en el Diario Oficial de la Federación el treinta y uno de marzo del dos mil siete (como lo es el amparo en revisión 229/2008), este Tribunal Pleno partió de la ley reglamentaria del artículo 4, tercer párrafo, de la Constitución Federal, es decir, de la Ley General de Salud que establece las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud, que se clasifican en:

**a) Servicios públicos** a la población general, que se prestan en establecimientos públicos de salud a los residentes del país, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad, cuyas **cuotas de recuperación** se fundan en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando éstos carezcan de recursos para cubrirlas;

**b) Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social**, que son los prestados a las personas que **cotizan** o las que **hubieren cotizado** conforme a sus leyes, así como los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal se presten por tales instituciones a otros grupos de usuarios;

**c) Servicios sociales y privados**, los primeros se prestan por los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y beneficiarios, directamente o mediante la contratación de seguros individuales y colectivos; y privados, los que se prestan por personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, sujetos a las leyes civiles y mercantiles, los cuales pueden ser contratados directamente



por los usuarios o a través de sistemas de seguros individuales o colectivos y,

**d)** Otros que se presten de conformidad con la autoridad sanitaria para las personas que no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no tienen algún otro mecanismo de previsión social en salud, que es financiado de manera solidaria por la Federación, las entidades federativas y los propios beneficiarios mediante **cuotas familiares** que se determinan atendiendo a las condiciones socioeconómicas de cada familia, sin que el nivel de ingreso o la carencia sea limitante para acceder a dicho sistema.

Clasificación a partir de la cual se concluyó que la protección del derecho a la salud es una responsabilidad que comparte el Estado, la sociedad y los interesados, por lo que el financiamiento de los respectivos servicios no corre sólo a cargo del Estado, pues, incluso, se prevé el establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de los servicios públicos de salud y del sistema de protección social en salud, que se determinan considerando el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, eximiéndose de su cobro a aquellos que carezcan de recursos para cubrirlas.

**B. Principios generales del derecho humano a la seguridad social.** En consistencia con lo desarrollado en el apartado anterior, debe reiterarse que uno de los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a los servicios de salud, son los regímenes de seguridad social que contempla el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que, en lo que interesa, dice:

**"Artículo 123.** Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley.

El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán:

**A.** Entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo: (se enuncian).

**B. Entre los Poderes de la Unión y sus trabajadores:**

I. La jornada diaria máxima de trabajo diurna y nocturna será de ocho y siete horas respectivamente. Las que excedan serán extraordinarias y se pagarán con un ciento por ciento más de la remuneración fijada para el servicio ordinario. En ningún caso el trabajo extraordinario podrá exceder de tres horas diarias ni de tres veces consecutivas;

II. Por cada seis días de trabajo, disfrutará el trabajador de un día de descanso, cuando menos, con goce de salario íntegro;

III. Los trabajadores gozarán de vacaciones que nunca serán menores de veinte días al año;

IV. Los salarios serán fijados en los presupuestos respectivos sin que su cuantía pueda ser disminuida durante la vigencia de éstos, sujetándose a lo dispuesto en el artículo 127 de esta Constitución y en la ley.

En ningún caso los salarios podrán ser inferiores al mínimo para los trabajadores en general en las entidades federativas.

V. A trabajo igual corresponderá salario igual, sin tener en cuenta el sexo;

VI. Sólo podrán hacerse retenciones, descuentos, deducciones o embargos al salario, en los casos previstos en las leyes; [...]

**XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:**

**a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad;** y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte. [...]

**d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas,** en los casos y en la proporción que determine la ley; [...]"

Como se ve, esta norma regula el derecho al trabajo digno y socialmente útil, estableciendo las bases mínimas conforme a las cuales debe desarrollarse la normatividad secundaria respectiva; y, al efecto, se divide en dos apartados: uno dedicado a las y los trabajadores en general y otro referido a las y los trabajadores del Estado, estableciendo, para cada uno de esos sectores, derechos de titularidad y ejercicio individual, como el derecho a una jornada laboral máxima, la

prohibición del trabajo infantil, derecho al descanso, protección a mujeres embarazadas, derecho al salario mínimo, igualdad de salarios, etcétera; y derechos de ejercicio colectivo, como el derecho a la huelga o el de asociación.

De manera específica, el apartado B, referido a las personas trabajadoras del Estado, establece dos tipos de prerrogativas:

- Las condiciones de trabajo y prestaciones laborales mínimas que deben ser concedidas a todo empleado público (dependiendo de su calidad de base o de confianza), como son la jornada máxima y extraordinaria, días de descanso, vacaciones y medidas de protección al salario; prerrogativas que necesariamente deben estar reiteradas en la legislación respectiva, precisamente por constituir las bases mínimas de una relación de trabajo entre el Estado y sus personas trabajadoras.
- **Las condiciones de previsión social que obligan a establecer un sistema íntegro que otorgue tranquilidad y bienestar personal a las personas trabajadoras y a sus familias ante los riesgos a los que se encuentran expuestos, estableciendo como derechos mínimos de seguridad social la asistencia médica y las prestaciones de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte (supervivencia), así como los accidentes y enfermedades de trabajo; prerrogativas que también deben estar otorgadas en la legislación correspondiente.**

En especial, los incisos a) y d) de la fracción XI de la porción normativa constitucional en comento consideran como derecho fundamental de las personas trabajadoras protegerlos ante la contingencia de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad e, incluso, extiende esa tutela a sus familiares, sobre lo cual, evidentemente, el Estado está obligado a prestar el servicio de atención

médica –entre otras prestaciones–; **adquiriendo relevancia que éstas no son una concesión gratuita o generosa, sino que ese derecho se va gestando durante la vida del trabajador o trabajadora con las aportaciones que hace a través de descuentos constantes a su salario con la finalidad de garantizar que, en el momento en que surja una enfermedad, pueda recibir él o ella o su familia los servicios médicos correspondientes.**

Cabe precisar que este derecho de seguridad social se encuentra reconocido también por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Adicional en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, según se aprecia de lo siguiente:

**Declaración Universal de los Derechos Humanos:**

**"Artículo 25.** 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, **la asistencia médica** y los servicios sociales necesarios; **tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.**

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social".

**Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Adicional en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador":**

**"Artículo 9.** Derecho a la seguridad social.

1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes.

**2. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y**

el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto".

Ahora, como ya se dijo, si bien el Estado tiene el deber de establecer los mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de salud, lo cierto es que ese deber no implica que deba financiar y administrar las prestaciones inherentes a la seguridad social y menos aún que sea su obligación otorgar dichas prestaciones de manera gratuita, sino que, atendiendo al **concepto de solidaridad**, en el ámbito de las personas trabajadoras del servicio público, debe existir el esfuerzo conjunto de esas personas y del Estado en sí mismo considerado y en su calidad de patrón para garantizar el otorgamiento de las prestaciones constitucionales mínimas respectivas, desde luego, **mediante una distribución equitativa de las cargas económicas**. Esto es, ese principio de solidaridad en materia de seguridad social implica, en términos generales, garantizar el otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho por mandato constitucional todas las personas trabajadoras para asegurar su bienestar y el de su familia, en especial de los que obtienen menos ingresos, todo eso mediante una distribución equitativa de los recursos económicos necesarios para lograr tal fin. Es aplicable la jurisprudencia P./J. 109/2008 de este Tribunal Pleno de rubro: **"ISSSTE. CONCEPTO DE SOLIDARIDAD PARA EFECTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (LEGISLACIÓN VIGENTE A PARTIR DEL 1o. DE ABRIL DE 2007)"**<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena Época. Tomo XXVIII. Octubre de dos mil ocho. Página ocho, que establece:

**"ISSSTE. CONCEPTO DE SOLIDARIDAD PARA EFECTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (LEGISLACIÓN VIGENTE A PARTIR DEL 1o. DE ABRIL DE 2007)**. De la exposición de motivos de la Ley de Pensiones Civiles de 1947, se advierte que la intención del legislador al crear a la Dirección de Pensiones (antecesora del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) como un organismo descentralizado y dotarlo de facultades de inversión de los recursos obtenidos por las cuotas y aportaciones de seguridad social, fue la de eximir al Estado como tal, de la obligación de otorgar los beneficios respectivos, el cual únicamente estaría obligado a cubrir las aportaciones correspondientes en su carácter de patrón, según se desprende de la parte conducente de dicha exposición, que se lee: "Como consecuencia de la descentralización que se otorga a pensiones y de la posibilidad de inversiones productivas de que se le dota, será la misma Institución la que reporte el pago de su propio presupuesto, exonerando en consecuencia de esa carga al erario federal, quien únicamente quedará obligado a las aportaciones por las sumas iguales a los descuentos hechos para el fondo de los trabajadores al servicio del Estado". Lo anterior se corrobora si se toma en consideración que la Ley del

Al respecto, el Convenio 102 sobre la Seguridad Social de la Organización Internacional del Comercio –ratificado por el Estado Mexicano el veintitrés de agosto de mil novecientos cincuenta y dos–, establece en la parte conducente de sus artículos 7, 10 y 71 lo siguiente:

**"Artículo 7** Todo miembro para el cual esté en vigor esta parte del convenio **deberá garantizar a las personas protegidas la concesión, cuando su estado lo requiera, de asistencia médica, de carácter preventivo o curativo**, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte".

**"Artículo 10.** [...]

**2. El beneficiario o su sostén de familia podrá ser obligado a participar en los gastos de asistencia médica recibida por él mismo en caso de estado mórbido; la participación del beneficiario o del sostén de familia deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo.** [...]"

**"Artículo 71 1.** El costo de las prestaciones concedidas en aplicación del presente convenio y los gastos de administración de estas prestaciones **deberán ser financiados colectivamente por medio de cotizaciones o de impuestos, o por ambos medios a la vez, en forma que evite que las personas de recursos económicos modestos tengan que soportar una carga demasiado onerosa y que tenga en cuenta la situación económica del miembro y la de las categorías de personas protegidas.** [...]"

**3. El Miembro deberá asumir la responsabilidad general en lo que se refiere al servicio de prestaciones concedidas en aplicación del presente Convenio y adoptar, cuando fuere oportuno, todas las medidas necesarias para alcanzar dicho fin; **deberá garantizar, cuando fuere oportuno, que los estudios y cálculos actuariales necesarios****

---

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de 1983, en su artículo 177 imponía a las dependencias y entidades el deber de cubrir, en la proporción que a cada una correspondiera, el déficit que llegara a existir en el Instituto y le impidiera cumplir con sus obligaciones -como lo es el pago de las pensiones-, no así al Estado como tal. Por otra parte, en el ámbito de la seguridad social de los trabajadores del Estado, el concepto de "solidaridad" se traduce en el esfuerzo conjunto de los trabajadores y del Estado en sí mismo considerado y en su calidad de patrón para garantizar el otorgamiento de las prestaciones constitucionales mínimas respectivas (pensiones por retiro, por invalidez o incapacidad y muerte; servicios de salud, turísticos y de recuperación y vivienda barata) y proteger a quienes menos tienen, mediante una distribución equitativa de las cargas económicas. Por ello, la solidaridad social no implica que el Estado deba financiar y administrar las prestaciones inherentes a la seguridad social y menos aún que sea su obligación otorgar dichas prestaciones. Tampoco implica que los beneficios de los pensionados (renta vitalicia y asistencia médica) necesariamente deban cubrirse con las cuotas y aportaciones de los trabajadores en activo (sistema de reparto) y con la ayuda subsidiaria del Estado. En esa virtud, el nuevo régimen de seguridad social que prevé la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, vigente a partir del 1o. de abril de 2007, atiende al referido principio de solidaridad social, en la medida en que el sistema diseñado por el legislador ordinario garantiza el otorgamiento de las prestaciones a que constitucionalmente tienen derecho todos los trabajadores para asegurar su bienestar y el de su familia, en especial de los que obtienen menos ingresos, mediante una distribución equitativa de los recursos económicos necesarios para ello".

**relativos al equilibrio se establezcan periódicamente y, en todo caso, previamente a cualquier modificación de las prestaciones, de la tasa de las cotizaciones del seguro o de los impuestos destinados a cubrir las contingencias en cuestión".**

Como puede apreciarse, por virtud de este instrumento internacional, los Estados que a él se encuentran vinculados deben garantizar a las personas protegidas diversos seguros o prestaciones – entre ellos, la asistencia médica–, los cuales deben ser financiados conjuntamente por el gobierno y por el colectivo de beneficiarios a través de cotizaciones y/o impuestos –entre otras fuentes– que se fijen teniendo en cuenta las pautas siguientes:

1. Debe considerarse la situación económica de las personas, evitando que tengan que soportar cargas demasiado onerosas.

2. La participación del beneficiario deberá reglamentarse de manera tal que no dé lugar a excesos.

3. También tendrá que apreciarse la situación económica del Gobierno.

4. La modificación en el monto de las cotizaciones o impuestos debe ser precedida de estudios y cálculos actuariales que revelen su necesidad y el equilibrio en el ajuste.

Atinente a esta financiación, adquiere relevancia que el artículo 31, fracción IV, de la Constitución Federal establece que los mexicanos deben "contribuir para los gastos públicos, así de la Federación, como de los estados, de la Ciudad de México y del municipio en que residan, de la manera proporcional y equitativa que dispongan las leyes"; sobre lo cual el artículo 2, fracción III, del Código Fiscal de la Federación establece como una forma de esas contribuciones las aportaciones de seguridad social "establecidas en la ley **a cargo de las personas que son sustituidas por el Estado en el cumplimiento de las obligaciones fijadas por la ley en materia de seguridad social o de las**

**personas que se benefician en forma especial por servicios de seguridad social proporcionados por el mismo Estado".**

Así, tratándose de los regímenes de seguridad social en favor de las personas trabajadoras, la financiación se realiza, entre otras fuentes, a través de las cotizaciones sociales (aportaciones de trabajadores y trabajadoras, personas empleadoras y gobierno), ya que las prestaciones que otorga, tanto en la adquisición del derecho como en la determinación de su cuantía, están relacionadas con la obligación de contribuir al sistema; cotizaciones que se determinan, por regla general, aplicando una cuantía fija o un porcentaje sobre una base establecida denominada salario de cotización.

Por su parte, el artículo 116 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos –que regula el ejercicio del poder público en los estados del país–, en su fracción VI, dispone que "**Las relaciones de trabajo entre los estados y sus trabajadores, se regirán por las leyes que expidan las legislaturas de los estados con base en lo dispuesto por el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y sus disposiciones reglamentarias".**

Como puede inferirse, el artículo 123, apartado B, es aplicable de manera directa a los trabajadores y trabajadoras al servicio de los Poderes de la Unión y el Gobierno Federal, pero, tratándose de los gobiernos locales, esta última norma constitucional transcrita faculta a las legislaturas a expedir leyes que regulen las relaciones de trabajo entre los Estados y sus respectivas personas trabajadoras, siguiendo las bases dispuestas en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; es decir, las leyes a que se refieren las normas constitucionales referidas, cuya facultad para expedir se confiere a las legislaturas estatales, son de trabajo, siguiendo precisamente los principios constitucionales en esa materia. Al



respecto, la Segunda Sala de este Alto Tribunal estableció como criterio que esa facultad se relaciona con la expedición de normas de trabajo, de conformidad con la jurisprudencia 68/2013 de rubro: **"TRABAJADORES AL SERVICIO DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS. LAS LEGISLATURAS LOCALES TIENEN LIBERTAD DE CONFIGURACIÓN LEGISLATIVA PARA REGULAR SUS RELACIONES LABORALES EN LO QUE NO CONTRAVENGA LAS DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES"**<sup>8</sup>.

Así, el artículo 116, fracción VI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos otorga la facultad a las legislaturas locales de expedir leyes de trabajo que rijan las relaciones laborales en los Estados, derivado de la voluntad del Constituyente de otorgar flexibilidad para que las normas locales respondan a las características y peculiaridades de los servidores públicos de cada entidad federativa y sus municipios; **empero, estas legislaturas deben emitir su regulación de acuerdo con el artículo 123 de la Carta Magna, lo que implica que no pueden desconocerse ciertos principios y derechos mínimos en respeto de los derechos humanos**, aun cuando, por lo demás, tienen libertad de configuración legislativa en lo que no contravenga las disposiciones constitucionales, sin que tengan la obligación de ajustar su legislación a las leyes federales reglamentarias del artículo 123 constitucional. Es ilustrativa la jurisprudencia 131/2016 de también de la Segunda Sala de este Alto Tribunal de rubro: **"ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS DEL ESTADO DE QUINTANA**

---

<sup>8</sup> Publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Décima Época. Libro XX. Mayo de dos mil trece. Tomo 1. Página seiscientos treinta y seis, que dice:

**"TRABAJADORES AL SERVICIO DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS. LAS LEGISLATURAS LOCALES TIENEN LIBERTAD DE CONFIGURACIÓN LEGISLATIVA PARA REGULAR SUS RELACIONES LABORALES EN LO QUE NO CONTRAVENGA LAS DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES.** De los artículos 115, 116, fracción VI, 123, apartado B y 124 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de sus diversos procesos de reforma, se concluye que el Constituyente dejó en manos del legislador estatal la creación de leyes de trabajo que regulen las relaciones laborales con los trabajadores al servicio de cada entidad federativa. En este sentido, no se obligó a los congresos locales a reproducir el contenido íntegro de las leyes reglamentarias de cada apartado del artículo 123 constitucional, pues de lo contrario, no se respetaría el Estado federado, sino que se impondría indiscriminadamente la aplicación de leyes federales bajo un inexistente concepto de 'ley estatal'. **Consecuentemente, las legislaturas locales tienen libertad de configuración legislativa en lo que no contravenga las disposiciones constitucionales, sin que tengan la obligación de ajustar su legislación a las leyes federales reglamentarias del artículo 123 constitucional"**.

**ROO. EL LEGISLADOR SECUNDARIO TIENE FACULTADES PARA SUJETAR LAS RELACIONES LABORALES ENTRE AQUÉLLOS Y SUS TRABAJADORES A LA LEY DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES LEGISLATIVO, EJECUTIVO Y JUDICIAL, DE LOS AYUNTAMIENTOS Y ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS DE ESA ENTIDAD"<sup>99</sup>.**

Y, en ese tenor, debe entenderse que el Constituyente Permanente dejó en manos del legislador ordinario regular lo concerniente a la seguridad social, limitando su actuación únicamente a no contravenir las bases mínimas que previó para tal efecto, entre las que destacan la creación de los seguros que se vinculan con la atención médica (enfermedades y accidentes profesionales y no profesionales) para los trabajadores y trabajadoras que prestan sus servicios al Estado.

Igualmente, en la misma línea, los propios Estados tienen libertad de configuración para constituir el régimen de financiamiento de sus institutos de seguridad social locales, el cual deberá atender al número de seguros y prestaciones que proporcione su régimen y a la cuantía económica de los beneficios que otorga y, desde luego, **podrán optar por regular las fuentes principales como son las**

---

<sup>99</sup> Consultable en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Décima Época. Libro 36. Noviembre de dos mil dieciséis. Tomo II. Página novecientos sesenta y tres, que dice:

**“ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS DEL ESTADO DE QUINTANA ROO. EL LEGISLADOR SECUNDARIO TIENE FACULTADES PARA SUJETAR LAS RELACIONES LABORALES ENTRE AQUÉLLOS Y SUS TRABAJADORES A LA LEY DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES LEGISLATIVO, EJECUTIVO Y JUDICIAL, DE LOS AYUNTAMIENTOS Y ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS DE ESA ENTIDAD.** Conforme a lo sostenido por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, respecto a que la voluntad del Constituyente plasmada en el artículo 116, fracción VI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, consiste en otorgar flexibilidad para que las normas locales respondan a las características y peculiaridades de los servidores públicos de cada uno de los Estados y Municipios, **las entidades federativas tienen la potestad constitucional de regular las relaciones laborales entre los distintos organismos descentralizados locales y sus trabajadores, según sea el caso, de acuerdo con los apartados A o B del artículo 123 constitucional, inclusive de manera mixta, sin que deban sujetarse a alguno de ellos en especial.** Por tanto, si en uso de sus facultades, el legislador secundario sujetó las relaciones de los organismos públicos descentralizados del Estado de Quintana Roo y sus trabajadores a lo previsto en el apartado B del precepto 123 constitucional y, en consecuencia, a la legislación local -Ley de los Trabajadores al Servicio de los Poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial, de los Ayuntamientos y Organismos Descentralizados de esa entidad-, ello no transgrede el texto constitucional, ya que el legislador local que expidió este último ordenamiento está facultado para hacerlo”.

**contribuciones de las personas trabajadoras y del Estado respectivo en su carácter tanto de empleador como de gobierno – además de otros ingresos derivados de los activos que posean–, pero siempre en respeto a los derechos fundamentales de los y las particulares, esto es, apegándose a los principios de accesibilidad económica, equidad, justicia y solidaridad sociales, y seguridad jurídica –que miran a considerar la capacidad económica de las personas usuarias del servicio y a generar en éstos la certidumbre suficiente sobre la forma y términos en que deberán aportar al financiamiento del régimen–.**

**C. Antecedente inmediato de las normas cuya invalidez se impugna.** A efecto de proporcionar un contexto adecuado, se destaca que el seis de mayo de dos mil once fue publicada en el Periódico Oficial del Estado de Coahuila, la anterior Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila, la cual fue sujeta de reforma mediante decreto publicado en el mismo órgano de difusión oficial el ocho de enero de dos mil dieciséis. Sobre lo cual, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos promovió la acción de inconstitucionalidad 12/2016, en la que, entre otros temas, planteó que **"el artículo 4, fracciones II y III, de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila viola el diverso 4 constitucional en cuanto a la obligación del Estado de garantizar el más alto nivel posible de salud, en la medida en que subroga servicios médicos a los derechohabientes atendiendo a las posibilidades económicas del Servicio Médico, lo que supone el pago proporcional 'compartido', circunstancia que también transgrede las bases mínimas constitucionales del derecho a la seguridad social, aunado a que obliga al paciente a obtener por gestión personal y directa los servicios médicos con profesionales del ramo o instituciones especializadas en salud, aspecto que también violenta los derechos antes mencionados"**. Disposición que es conveniente reproducir a continuación:

**"Artículo 4.** Para ayudar a los trabajadores y a sus beneficiarios en la prevención y curación de enfermedades, el Servicio Médico ofrecerá el auxilio económico en los siguientes aspectos:

I. Atención médica de primero y segundo nivel que se ofrecen en la (sic) clínicas pertenecientes al Servicio Médico, que incluyen: servicio de consulta externa de medicina general y de especialidad, hospitalización, cirugía, servicio de urgencia médica, servicio dental, servicio de laboratorio, gabinete y servicio de farmacia;

II. Servicios subrogados que corresponden a los servicios de atención médica que el Servicio Médico no ofrece y que serán proporcionados por profesionales del ramo o instituciones especializadas en salud, con los que el mismo haya celebrado convenios para tal propósito;

**Los costos derivados de los servicios subrogados, serán compartidos por el servicio médico y el derecho-habiente en proporciones definidas anualmente por el Consejo de Administración en función de las posibilidades económicas del Servicio Médico;**

III. Servicio de prestaciones que corresponden a los servicios de atención médica que el Servicio Médico no ofrece por sí mismo ni en la modalidad de subrogados y que el paciente debe obtener por gestión personal y directa con los profesionales del ramo o instituciones especializadas en salud, previa autorización de la Dirección Médica de la Unidad correspondiente;

**El total de los costos derivados de esta atención no subrogada serán cubiertos por el derecho-habiente y un porcentaje del mismo será reembolsado por el Servicio Médico, previa presentación de factura y sujeto al cumplimiento de los requisitos que este solicite. Este porcentaje y los requisitos serán definidos anualmente por el Consejo de Administración en función de las posibilidades económicas del Servicio Médico;**

IV. Servicios de atención médica y hospitalaria de primero y segundo nivel en instalaciones propias a particulares que deseen adquirirlos en el esquema de pago por eventualidad o de servicio médico facultativo individual o colectivo que el Servicio Médico pudiese ofrecer de acuerdo a su capacidad instalada y sin detrimento de la atención de sus derecho-habientes;

V. El Servicio Médico podrá implementar planes de protección médico familiar. Los así llamados serán convenios entre la institución y los derechohabientes mediante los cuales, por una prima quincenal adicional descontada de su salario, la Institución cubre parte o todo de los gastos que corresponda sufragar por servicios médicos hospitalarios recibidos, según el reglamento que se expida para tal fin".

Al respecto, este Tribunal Pleno emitió la sentencia respectiva el nueve de julio de dos mil dieciocho, en la que declaró la invalidez de las normas reclamadas –específicamente en las porciones normativas destacadas con negritas–, con base en las consideraciones que se sintetizan a continuación:

- Este Alto Tribunal ha reconocido que, en materia de derecho a la salud y su protección, el Estado está obligado a garantizar el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud físico-psicológica; y si bien es compartida la responsabilidad de su protección, lo cierto es que esa corresponsabilidad debe darse a partir de los principios y fundamentos que rigen cada tipo de servicio de salud atendiendo, en su caso, al prestador.
- El Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación es una institución de servicio público, como ente asegurador, que presta atención médica obligatoria a los trabajadores y trabajadoras de la educación pública.
- El artículo 4 prevé diversas modalidades de prestación de servicios de salud, entre las que destacan: los proporcionados, per se, por el servicio médico (de primero y segundo nivel), los servicios subrogados (entendidos como las atenciones que se brinden en forma externa al servicio de las clínicas por convenio) y los de prestaciones (por gestión personal y directa con profesionales o instituciones especializadas de salud previa autorización de la dirección médica). Todo esto, a fin de ofrecer a los beneficiarios distintas posibilidades a través de las cuales puedan ver cumplido o satisfecho su derecho a la seguridad social y, por tanto, a la salud.
- En los servicios subrogados y de prestaciones, **los costos son compartidos por el servicio médico y la persona**

**derechohabiente en proporciones definidas anualmente por el Consejo de Administración en función de las posibilidades económicas del citado organismo público estatal; esto es, implican un pago adicional para la persona trabajadora o beneficiaria.**

- Los servicios de salud proporcionados a personas derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social se fundan en los criterios de capacidad contributiva y redistribución del ingreso, es decir, en la aportación de cuotas de seguridad social que atienden al porcentaje aplicable al ingreso de cada persona trabajadora o interesada, las cuales se destinan a un fondo que se utiliza para proporcionar los servicios a todas las personas derechohabientes o beneficiarias.
- El artículo 18 de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila establece que el patrimonio del citado organismo se integra, entre otros, con las aportaciones mensuales del Gobierno del Estado, de la Universidad Autónoma de Coahuila, de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro y de la Sección 38 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación equivalente al 13.25% (trece punto veinticinco por ciento) de sueldos compactados, compensaciones especiales, eficiencia en el trabajo y prima de antigüedad, o sus equivalentes en la denominación de las instituciones aportantes y por la contribución mensual de los trabajadores y trabajadoras equivalente al 3% (tres por ciento) sobre esos mismos conceptos.
- **No es constitucionalmente aceptable que la persona derechohabiente deba pagar una cantidad extra de dinero por la prestación de un servicio de atención médica, incluso, de primero y segundo nivel que, de ordinario, el organismo debe**

**proporcionar en sus clínicas, simple y sencillamente porque eso va más allá del fundamento antes comentado y, más aun, del principio de solidaridad que rige en la materia.**

- El hecho de que la norma impugnada establezca que la persona derechohabiente o beneficiaria debe compartir los costos de los servicios subrogados con el referido organismo descentralizado o, incluso, pagarlos en su totalidad y obtener una cifra de dinero vía reembolso, origina una carga desproporcional para la persona trabajadora, pues además de soportar los descuentos por las cuotas aplicables por concepto de servicio médico, debe compartir esos gastos, siendo que, se reitera, puede ser que en esas modalidades se proporcione cualquiera de los niveles de salud comentados.
- Tal circunstancia origina que la o el derechohabiente soporte no sólo la carga comentada, sino ver obstaculizado su derecho de acceso y de protección de la salud.
- Además, **si los niveles de atención primero y segundo pueden ser proporcionados también vía subrogación o prestaciones en los casos en que el Servicio Médico no los preste en sus clínicas, es clara su inconstitucionalidad, no sólo porque el beneficiario no tiene certeza en cuanto a qué servicios le serán proporcionados gratuitamente y cuáles vía pago adicional, sino también porque esas nuevas modalidades implican un copago que, de suyo, desconoce las aportaciones que periódicamente realizan los beneficiarios a fin de gozar de esos servicios.**
- Más aún, la proporción que debe pagar la persona derechohabiente derivado del costo compartido del servicio de salud subrogado, así como el porcentaje que se le puede reembolsar bajo la modalidad de servicio de prestaciones, se fija atendiendo a las posibilidades económicas del Servicio Médico de los Trabajadores de la

Educación, y no a partir de la situación del trabajador o trabajadora, lo que evidentemente atenta contra los principios de justicia social y solidaridad que rigen en la materia.

- El disfrute de los beneficios de seguridad social no deben estar condicionados a aspectos económicos relacionados con la situación patrimonial del instituto; sobre todo porque, en el caso, no se prueba la necesidad y/o la idoneidad de establecer la figura de pago compartido o copago o de pago adicional, como sería algún elemento que acredite que se ha aplicado el máximo de los recursos para el mantenimiento del servicio médico, por ejemplo a través del cotejo con los respectivos presupuestos de egresos o que los recursos de que se disponía se aplicaron para tutelar otro derecho humano, o bien, que los cambios normativos analizados se sustentan en diversas razones de peso suficientes que puedan justificarlos.

Cabe precisar que esa anterior Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila fue **abrogada** por la actual Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila publicada en el Periódico Oficial el nueve de noviembre de dos mil dieciocho, conforme a su artículo segundo transitorio<sup>10</sup> (materia de la litis en este asunto).

**D. Aplicación del marco constitucional y convencional expuesto a la normatividad tildada de inconstitucional de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza.** Respecto del sistema de seguridad social, a nivel estatal, existe la Ley de Pensiones y otros Beneficios Sociales

---

<sup>10</sup> **"Segundo.** Se **abroga** la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 6 de mayo de 2011, sin perjuicio de lo establecido en los artículos transitorios siguientes".



para los Trabajadores al Servicio del Estado que, conforme a su artículo 1<sup>11</sup>, es aplicable a las y los trabajadores y servidores públicos de los Poderes del Estado, sus dependencias y entidades, pero excluye a las y los trabajadores de la educación que se rigen por la Ley del Seguro de los Trabajadores de la Educación, por la Ley de Pensiones y otros Beneficios Sociales para los Trabajadores de la Educación Pública, por la Ley del Fondo de la Vivienda para los Trabajadores de la Educación y, específicamente, **por lo que hace a la asistencia médica, por la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado.**

Conforme al artículo 1 de este último ordenamiento legal<sup>12</sup>, se aprecia que el Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila constituye el órgano de seguridad social encargado de prestar los servicios de salud a las personas trabajadoras de ese gremio; mientras que el artículo 2<sup>13</sup> de la misma ley establece que la normatividad tiene como sujetos a:

---

<sup>11</sup> **"Artículo 1.** Tendrán derecho a percibir las prestaciones que esta ley establece, **los trabajadores y servidores públicos de los Poderes del Estado, sus dependencias y entidades**, cualquiera que sea su rango, cuando se reúnan los requisitos que la misma determina.

Tendrán derecho, asimismo, a percibir los beneficios sociales que en su favor otorga este ordenamiento, aquellas personas que, en los términos y condiciones establecidos, deban ser considerados como beneficiarios de los trabajadores y servidores públicos a que se refiere el párrafo anterior.

No quedan comprendidos dentro de las disposiciones de este ordenamiento los trabajadores sujetos al Estatuto Jurídico para los Trabajadores de la Educación al Servicio del Estado y los Municipios, ni las personas que presten servicios al Estado mediante contrato civil o sujetos a pago de honorarios, gastos generales o análogos, y tampoco los que presten servicios eventuales o cubran interinatos sin ser titulares de plaza alguna".

<sup>12</sup> **"Artículo 1.** La presente ley es de orden público e interés social y tiene por objeto regular la prestación de los servicios de salud para los trabajadores de la educación pública y de instituciones educativas del Estado, así como normar la estructura, funcionamiento y atribuciones del Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila, como responsable de otorgar las prestaciones establecidas en este ordenamiento".

<sup>13</sup> **"Artículo 2.** Son sujetos de la presente ley:

I. El Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza;

II. La Universidad Autónoma de Coahuila;

III. La Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro;

IV. La Sección 38 del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Educación;

V. Las instituciones de seguridad social creadas en el Estado para servicio de los trabajadores de la educación pública agremiados a la Sección 38 del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Educación;

VI. Las personas que conforme al presente ordenamiento cuenten con la calidad de derechohabientes del servicio médico y sus beneficiarios".

1. Las personas derechohabientes del servicio médico y sus beneficiarios, esto es, las y los trabajadores y pensionados del ramo de la educación y sus familiares.
2. El Gobierno del Estado.
3. Como empleadores, la Universidad Autónoma de Coahuila, la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro, y las instituciones educativas relativas a la Sección 48 del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Educación.

En cuanto a su régimen financiero, el artículo 37, fracciones I a V<sup>14</sup>, de la legislación en análisis opta por establecer dentro de sus fuentes las aportaciones al instituto conformadas por las cuotas mensuales calculadas sobre los sueldos compactados, compensaciones especiales, eficiencia en el trabajo y prima de antigüedad o sus equivalentes de cada persona trabajadora, a saber: 16% (dieciséis por ciento) del Gobierno del Estado; 16% (dieciséis por ciento) de la Universidad Autónoma de Coahuila, de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro o de la Sección 38 del Sindicato

---

<sup>14</sup> "Artículo 37. El patrimonio del Servicio Médico se constituye de la siguiente manera:

I. Con la aportación mensual del Gobierno del Estado del 16% de los sueldos compactados, compensaciones especiales, eficiencia en el trabajo y prima de antigüedad, o sus equivalentes;

II. Con la aportación mensual de la Universidad Autónoma de Coahuila del 16% de los sueldos compactados, compensaciones especiales, eficiencia en el trabajo y prima de antigüedad, o sus equivalentes;

III. Con la aportación mensual de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro del 16% de los sueldos compactados, compensaciones especiales, eficiencia en el trabajo y prima de antigüedad, o sus equivalentes;

IV. Por la aportación mensual de la Sección 38 del SNTE y de sus instituciones de Seguridad Social, de una cantidad equivalente al 16% de los sueldos compactados, compensaciones especiales, eficiencia en el trabajo y prima de antigüedad, o sus equivalentes en la denominación de las instituciones aportantes;

V. Por la contribución mensual de los trabajadores equivalente al 3% de los sueldos compactados, compensaciones especiales, eficiencia en el trabajo y prima de antigüedad, o sus equivalentes en la denominación de las instituciones aportantes;

VI. Por los ingresos provenientes de los servicios prestados por los organismos auxiliares, así como por la venta de medicamentos y por los ingresos bajo la modalidad de copagos en favor de derechohabientes y beneficiarios;

VII. Por los ingresos provenientes de los servicios prestados por los organismos auxiliares, así como por la venta de medicamentos en favor de particulares;

VIII. Por los demás ingresos que esta ley y sus reglamentos derivados autoricen;

IX. Por donaciones, herencias o legados que recibiere;

X. Por los muebles, inmuebles, útiles y enseres que hubiere adquirido para su fin social, o los que por cualquier título legítimo adquiera en lo futuro;

XI. Por los ingresos derivados de los convenios que suscriba el Organismo con el Gobierno del Estado y demás entidades aportantes".

Nacional de los Trabajadores de la Educación; y 3% (tres por ciento) del trabajador o trabajadora. Estas últimas sobre las que corresponde al patrón el deber de retener de la nómina la cuota a cargo de la persona trabajadora y enterarla al instituto; de lo contrario, el patrón quedará obligado a cubrir los montos con cargo a su patrimonio interno (artículo 41 y 46<sup>15</sup>).

Ahora, en términos del artículo 7<sup>16</sup> de la ley de trato, "para garantizar a los trabajadores y a sus beneficiarios en la prevención y curación de enfermedades, el servicio médico ofrecerá el **auxilio económico**" en los aspectos siguientes:

1. En caso de requerir alguna atención médica, el usuario debe acudir a una clínica propia del organismo en donde se ofrece **atención médica de primer y segundo nivel** (proporcionada en las clínicas pertenecientes al organismo, que incluyen: servicio de consulta externa de medicina general y de especialidad,

---

<sup>15</sup> "Artículo 41. Las retenciones en favor del patrimonio del organismo previstas en la fracción V del artículo 37 **serán descontadas a los trabajadores en nóminas de los empleadores, quienes tienen la obligación de entregarlas al organismo**, junto con los descuentos por adeudos contraídos frente al Organismo y las aportaciones señaladas en las fracciones I, II, III y IV del mismo artículo 37".

"Artículo 46. Es responsabilidad y obligación de las instituciones aportantes hacer las retenciones en las nóminas a su cargo, en concepto de contribuciones y pago de adeudos al organismo. Cuando por cualquier causa no se hubieren aplicado a los sueldos de los trabajadores los descuentos procedentes conforme a esta ley, la institución aportante, con cargo a su patrimonio, enterará al organismo los montos correspondientes".

<sup>16</sup> "Artículo 7. Para garantizar a los trabajadores y a sus beneficiarios en la prevención y curación de enfermedades, el Servicio Médico ofrecerá el auxilio económico en los siguientes aspectos:

I. Atención médica de primero y segundo nivel que se ofrecen en la Clínicas pertenecientes al Organismo, que incluyen: servicio de consulta externa de medicina general y de especialidad, hospitalización, cirugía, servicio de urgencia médica, servicio dental, servicio de laboratorio, gabinete y servicio de farmacia;

II. Servicios Subrogados que corresponden a los servicios de atención médica que el Organismo no ofrece y que serán proporcionados por profesionales del ramo o instituciones especializadas en salud, con los que el mismo haya celebrado convenios para tal propósito;

III. Servicio de prestaciones que corresponden a los servicios de atención médica que el Organismo no ofrece por sí mismo ni en la modalidad de subrogados y que el paciente debe obtener por gestión personal y directa con los profesionales del ramo o instituciones especializadas en salud, previa autorización de la dirección médica de la unidad correspondiente;

IV. Servicios de atención médica y hospitalaria de primero y segundo nivel en instalaciones propias a particulares que deseen adquirirlos en el esquema de pago por eventualidad o de servicio médico facultativo individual o colectivo que el Organismo pudiese ofrecer de acuerdo a su capacidad instalada y sin detrimento de la atención de sus derechohabientes;

V. El organismo podrá implementar planes de protección médico familiar, los así llamados serán convenios entre el organismo y los derechohabientes mediante los cuales, por una prima quincenal adicional descontada de su salario, el organismo le cubre parte o todo de los gastos que corresponda sufragar por servicios médicos hospitalarios recibidos, según el reglamento que se expida para tal fin".

hospitalización, cirugía, servicio de urgencia médica, servicio dental, servicio de laboratorio, gabinete y servicio de farmacia).

2. En caso de requerir alguna atención que no se ofrezca en las clínicas del instituto, operarán los **servicios subrogados** conforme a los cuales el usuario deberá ser canalizado a **profesionales del ramo o instituciones especializadas con los que ese instituto haya celebrado convenios** para ese propósito.

3. En caso de que el tipo de atención médica requerida no se ofrezca en las dos modalidades referidas anteriormente, el usuario puede solicitar autorización a la unidad de dirección médica respectiva del instituto para gestionar personalmente la atención con profesionales del ramo o instituciones especializadas con quienes no se tenga convenio de subrogación.

Respecto de los servicios médicos en las modalidades referidas en los numerales precedentes, el instituto calcula el costo del servicio brindado y está en aptitud de cobrar una parte a la persona derechohabiente bajo un concepto llamado "**copago**", conforme a los lineamientos que se deducen de los artículos 3, fracciones VI, VIII y XVI, 8, 27, fracción XII, 37, fracción VI, 41 y 46, de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza, que dicen:

"**Artículo 3.** Para los efectos de esta ley se entiende por: [...]

**VI. Copago:** El costo de los servicios médicos, hospitalarios y farmacéuticos compartidos entre el Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila y el derechohabiente; [...]

**VIII. Fondo de garantía:** El fondo que el organismo puede constituir, de acuerdo al máximo de los recursos disponibles y sin detrimento del servicio a los derechohabientes y sus beneficiarios, **para garantizar el pago de los saldos insolutos que dejen, por concepto de créditos en curso, los derechohabientes en caso de fallecimiento;** [...]

**XVI. Retención:** La deducción que por efectos de esta ley o que por mandato judicial se haga de los salarios de los trabajadores, o percepciones de los pensionados o jubilados según corresponda, para cumplir obligaciones o compromisos contraídos previamente y que se aplican directamente a la nómina de pago. **Con independencia de lo anterior podrán realizarse retenciones adicionales convenidas voluntariamente con el trabajador, pensionados y jubilados, según corresponda.**

**Se consideran retenciones para efectos de la presente ley, las deducciones que se hagan a los derechohabientes del organismo en concepto de aportaciones y pago de adeudos con la institución; [...]."**

**"Artículo 8.** El Servicio Médico podrá otorgar a sus derechohabientes **convenios para el pago en parcialidades de los adeudos generados por servicios prestados a los mismos o a sus beneficiarios en concepto de copago, costos de recuperación y otros.**

A dichos créditos **deberá agregarse siempre un 20% destinado a constituir el fondo de garantía.**

El fondo de garantía deberá integrarse al patrimonio del Servicio Médico y utilizarse para los fines que esta ley establece".

**"Artículo 27.** Son facultades y obligaciones del Consejo de Administración: [...]

**XII. Fijar, en función de las posibilidades económicas del Organismo, el monto de las prestaciones que se den a los derechohabientes y beneficiarios; [...]."**

**"Artículo 37.** El patrimonio del Servicio Médico se constituye de la siguiente manera: [...]

**VI.** Por los ingresos provenientes de los servicios prestados por los organismos auxiliares, así como por la venta de medicamentos y **por los ingresos bajo la modalidad de copagos en favor de derechohabientes y beneficiarios; [...]."**

**"Artículo 41.** Las retenciones en favor del patrimonio del organismo previstas en la fracción V del artículo 37 serán descontadas a los trabajadores en nóminas de los empleadores, quienes tienen la obligación de entregarlas al organismo, **junto con los descuentos por adeudos contraídos frente al Organismo** y las aportaciones señaladas en las fracciones I, II, III y IV del mismo artículo 37".

**"Artículo 46.** Es responsabilidad y obligación de las instituciones aportantes **hacer las retenciones en las nóminas a su cargo,** en concepto de contribuciones y **pago de adeudos al organismo.**

Cuando por cualquier causa no se hubieren aplicado a los sueldos de los trabajadores los descuentos procedentes conforme a esta ley, la

institución aportante, con cargo a su patrimonio, enterará al organismo los montos correspondientes".

De la interpretación sistemática de las disposiciones reproducidas, se infieren los extremos siguientes:

1. El "**copago**" consiste en el importe de los servicios médicos, hospitalarios y farmacéuticos compartidos entre el Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila y la persona derechohabiente, como si fuera un costo de recuperación.

2. Dado que el legislador no limita ese copago sino que lo establece en general respecto de cualquier servicio médico, incluso, hospitalario y farmacéutico, **debe entenderse que puede ser cobrado ante cualquiera de las modalidades de servicio descritas en los párrafos precedentes.**

3. Ese concepto **es independiente de la retención del 3% (tres por ciento) por concepto de aportaciones**, en la medida en que se trata de cargas diversas.

4. El **monto del copago es determinado en cada caso por el Consejo de Administración del instituto<sup>17</sup>, en función de las posibilidades económicas del organismo.**

5. Además de los ingresos por aportaciones de seguridad social, el legislador integra al patrimonio del instituto los montos que percibe por virtud del cobro de los copagos.

6. El copago implica un costo a cargo de los asegurados que debe ser cubierto al instituto a través de una retención que el empleador debe hacer del salario del trabajador o trabajadora o de las

---

<sup>17</sup> "**Artículo 3.** Para los efectos de esta ley se entiende por:

**V. Consejo de Administración:** El órgano de gobierno del Instituto de Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila; [...]."

percepciones de los pensionados y pensionadas, para después ser entregadas al organismo asegurador.

7. En su caso, el copago generará un adeudo respecto del cual el instituto y la persona derechohabiente **"convengan el pago en parcialidades"**; las cuales también deberán ser retenidas periódicamente por el patrón de la nómina de las personas trabajadoras o percepciones de las y los pensionados.

8. En el supuesto que se convenga este pago en parcialidades del adeudo, **automáticamente se agrega un 20% (veinte por ciento) adicional** sobre el crédito para construir un **"fondo de garantía"**, a efecto de garantizar el pago del adeudo en caso de fallecimiento. Parcialidades que el patrón está obligado a retener de la nómina de la persona trabajadora y enterar al instituto.

Sobre este sistema, es conviene relatar que el proceso legislativo de la normatividad en análisis tuvo como origen dos iniciativas, a saber:

**a.** Una iniciativa popular de la Coalición de Trabajadores de la Educación Pública de Coahuila que, en lo conducente, expresó:

"[...] Por lo que se refiere al Estado de Coahuila, la seguridad social guarda una condición atípica y contraria a los principios generales que caracterizan a este subsistema, pues a diferencia de la mayoría de las entidades federativas, aquí en Coahuila hay una dispersión de los esfuerzos que se concretan en una diversidad de instituciones de esta naturaleza, que hacen que éstas tengan recursos insuficientes derivados de su diversidad y también por los usos indebidos de los recursos públicos por parte de quienes los administran, en connivencia muchas veces con los propios funcionarios de la administración pública estatal. [...]"

Por lo que respecta a la prestación que ofrece el servicio médico de los trabajadores de la educación, y derivado de los antecedentes que referimos, se encuentra en una situación crítica que afecta gravemente la atención a la salud de los trabajadores de la enseñanza, de los pensionados y sus beneficiarios, ya que ha generado como resultado que la atención médico hospitalaria languidezca y que se incumpla con las disposiciones que se contienen en la propia Ley General de Salud y en

las correlativas leyes del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, **al establecer en la legislación local cargas económicas adicionales a las cuotas y aportaciones obrero patronales como lo son los copagos, los planes de protección, créditos y fondos de garantía que contravienen los principios de seguridad social.** Siendo una institución que debiera cumplir de manera permanente con la prestación de servicios a la salud para todos los derechohabientes, ésta padece graves deficiencias en sus clínicas y hospitales regionales así como en sus clínicas periféricas por la falta de médicos suficientes, por el desabasto de medicamentos, detrimento en la calidad de los servicios de urgencias y hospital, tanto como de los servicios de radiología y laboratorios, que han derivado incluso en fallecimientos de derechohabientes. [...]

Igualmente se ha incurrido en prácticas contrarias a los principios de la administración pública y la ética al apartarse de las disposiciones legales contenidas en la Ley de Entidades Paraestatales que obliga a que los responsables del funcionamiento del servicio médico sean profesionales competentes y cuya contravención genera el uso indebido de los recursos de que disponen las clínicas creadas para otorgar servicios a los derechohabientes y beneficiarios. [...]

Se reforma el artículo relativo a los conceptos y definiciones **con el objeto de derogar conceptos tales como: copagos, planes de protección, fondos de garantía, SNTE, secretario general, comité ejecutivo, que nada tienen que ver con el funcionamiento normal de una institución pública de salud, y que propician daños a los derechos humanos, inseguridad jurídica, desigualdad, discriminación y afectación económica a los derechohabientes y, un evidente y directo daño al salario de los trabajadores y a la pensión de quienes ya dejaron el servicio activo. [...]**".

b. Otra iniciativa del Gobernador del Estado de Coahuila, que no aborda en lo particular el tema del copago, los convenios para pagos en parcialidades y el fondo de garantía.

Mientras que, la Comisión de Trabajo y Previsión Social de la Sexagésima Primera Legislatura del Congreso del Estado, una vez analizadas ambas iniciativas, determinó en el dictamen de veintidós de octubre de dos mil dieciocho, lo siguiente:

"1. [...]



Por tanto, el servicio médico para los trabajadores de la educación en Coahuila, **nace precisamente en base al principio solidario del pago compartido y bajo otras reglas dirigidas a garantizar el auxilio económico a los trabajadores y pensionados, en una concepción distinta a los institucionales previstos en el artículo 123 de la Constitución Federal.** En consecuencia, la institución del servicio médico desde su origen ha funcionado a través de la figura del copago.

Asimismo, **es importante que se mantenga el copago** en la nueva ley, porque constituye una fuente de su patrimonio, fundamental para su subsistencia, que de eliminarse colocaría en grave riesgo financiero al servicio médico.

Por su parte, el Pleno de la SCJN, en cuanto a las cuotas de recuperación o copago, en la tesis jurisprudencial P./J. 136/2008 'SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN CONFORME AL ARTÍCULO 4, TERCER PÁRRAFO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ES UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL', ha determinado que 'el derecho a la protección de la salud se traduce en la obligación de Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud y que en virtud de que ésta es una responsabilidad que comparten el Estado, la sociedad y los interesados, el financiamiento de los respectivos servicios no corre a cargo del Estado exclusivamente, pues incluso, se prevé el establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de los servicios públicos de salud y del sistema de protección social en salud...'

**2. El fondo de garantía**, tal como lo establece su definición en la ley vigente, existe para garantizar el pago de los saldos insolutos que dejaran, por concepto de créditos en curso, los derechohabientes en caso de fallecimiento. Hasta el año 2010, los adeudos por servicios médicos prestados que dejaran los derechohabientes al momento de su fallecimiento, eran recuperados mediante descuentos directos a la pensión de sus beneficiarios. El fondo de garantía hizo posible que esta práctica se eliminara cubriendo todo o parte de dichos saldos y disminuyendo las cuentas incobrables y la consiguiente afectación patrimonial del instituto.

Cabe señalar que al momento, las cuentas incobrables representan una cantidad que está por encima de los cincuenta millones de pesos, por lo que se hace indispensable la continuidad del fondo de garantía.

**Aunado a lo anterior y considerando que el servicio médico nace y subsiste bajo el principio solidario del pago compartido, tanto la ley vigente como la iniciativa prevén para aquellos derechohabientes que convienen el pago diferenciado de adeudos, agregar una aportación del 20% del monto original a pagar, a fin de permitir hacer frente a las cuentas incobrables.**

Por lo tanto, el 20% que se adiciona al monto total del convenio, no se trata de intereses, sino de una aportación para la constitución del fondo de garantía.

3. Se propone incorporar al proyecto de decreto que los **derechohabientes y beneficiarios tengan el derecho a celebrar convenios con el servicio médico, para el pago en parcialidades de los adeudos generados por las prestaciones recibidas**, los cuales se celebrarán en los términos que determine el Consejo de Administración. [...]"

De lo hasta aquí expuesto, se aprecia que el sistema legal descrito resulta violatorio de los derechos a la salud y a la seguridad social previstos en los artículos 4 y 123, apartado B, fracción XI, de la Constitución Federal.

En efecto, como se ha apuntado, es cierto que esta Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido que la protección del derecho a la salud es una responsabilidad que comparte el Estado, la sociedad y los interesados, por lo que el financiamiento de los respectivos servicios no corre sólo a cargo del gobierno, sino que en él participan los gobernados. Empero, esta participación de los particulares debe ajustarse, como se ha apuntado, a los principios que se derivan de los artículos 4 y 123 de la Constitución Federal y de los instrumentos internacionales (Declaración Universal de los Derechos Humanos, Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Adicional en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Convenio 102 sobre Seguridad Social de la Organización Internacional del Trabajo); principios entre los que se encuentran los de justicia y solidaridad social, accesibilidad económica, equidad y seguridad jurídica que, se insiste, miran a considerar la capacidad económica del usuario del servicio y a generar en éste la certidumbre suficiente sobre la forma y términos en que deberá aportar al financiamiento del régimen.

Y, en ese entendido, adquiere relevancia la clasificación a la que pertenezca la asistencia que provea el Estado en cada caso (servicios públicos, servicios a personas derechohabientes de instituciones de seguridad social, servicios sociales y privados y otros prestados a quienes no tienen mecanismo alguno de previsión social), toda vez que cada uno debe tener una mecánica que, atendiendo a su naturaleza y características, permite la intervención de los particulares beneficiarios pero siempre atendiendo a los principios referidos en el párrafo precedente.

Al respecto, ya se ha dicho que, tratándose de los regímenes de seguridad social en favor de las personas trabajadoras, la financiación se realiza, entre otras fuentes, a través de las cotizaciones sociales (aportaciones de trabajadores y trabajadoras, empleadores y gobierno), ya que las prestaciones que otorga, tanto en la adquisición del derecho como en la determinación de su cuantía, están relacionadas con la obligación de contribuir al sistema; cotizaciones que, por regla general, atienden a un porcentaje aplicable al ingreso de cada persona trabajadora o interesada, las cuales se destinan a un fondo que se utiliza para proporcionar los servicios de salud a todas las personas derechohabientes o beneficiarias. Esto es, en este tipo de servicio, la participación conjunta de los sujetos involucrados conlleva la carga de hacer aportaciones económicas, desde luego, de una manera justa y equitativa que atienda a la situación económica del gobierno pero, sobre todo, a la de los gobernados, quienes deberán tener acceso a las prestaciones de salud que otorgue el órgano asegurador respectivo a través de la formación de ese fondo común o colectivo que pasa a formar parte del patrimonio de ese órgano con la finalidad, precisamente, de cubrir las prestaciones de salud que requieran los asegurados y sus beneficiarios.

Sobre todo porque este tipo de servicio deriva de una relación de trabajo y se sustenta propiamente en el salario, por lo que, para pagarla, se acude a ese fondo constituido durante la vida activa laboral. Y si bien ni la Constitución Federal ni los instrumentos internacionales obligan a que, en cada caso, el legislador establezca sólo una mecánica de aportación –sino que, incluso, sería factible que cada régimen establezca distintos tipos de cuotas a enterar dependiendo del tipo de servicio que se reciba–, lo cierto es que es indispensable que siempre se tutele la accesibilidad económica en favor de los particulares, así como la equidad y la seguridad jurídica en los pagos.

Pues bien, en el caso, el artículo 15 de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza establece que el Instituto de Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación “tiene por objeto prestar atención médica con el carácter de obligatorio”. Para lo cual, el legislador local fijó la forma y monto de las aportaciones conformadas por las cuotas mensuales calculadas sobre los sueldos compactados, compensaciones especiales, eficiencia en el trabajo y prima de antigüedad o sus equivalentes de cada persona trabajadora, a saber: 16% (dieciséis por ciento) del Gobierno del Estado; 16% (dieciséis por ciento) de la Universidad Autónoma de Coahuila, de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro o de la Sección 38 del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Educación; y 3% (tres por ciento) del trabajador o trabajadora. Aportaciones que, desde luego, están destinadas al cumplimiento del objeto del sistema de seguridad social a cargo del Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila, que no es otro que prestar atención médica con el carácter obligatorio a esas personas trabajadoras.

Empero, **el artículo 7 del mismo ordenamiento, en su primer párrafo, indica que la atención médica que presta implica "auxilio económico" en los diversos servicios que relata, a saber, los de**

primero y segundo nivel que el organismo debe proporcionar en sus clínicas (consulta externa de medicina general y de especialidad, hospitalización, cirugía, servicio de urgencia médica, servicio dental, servicio de laboratorio, gabinete y servicio de farmacia), además del servicio subrogado (que conlleva la atención médica que el instituto no ofrece y que es proporcionada por profesionales del ramo o instituciones especializadas con los que haya celebrado convenios para ese propósito), y del de prestaciones (que corresponden a los servicios que el instituto no ofrece por sí mismo ni en la modalidad de subrogados y que el paciente debe obtener por gestión personal y directa con los profesionales del ramo o instituciones especializadas previa autorización de la dirección médica de la unidad correspondiente).

Como puede apreciarse, **este elemento normativo anuncia que el servicio de salud que otorga el Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila se ciñe, más que a otorgar la atención médica a los asegurados y a sus beneficiarios, sólo a prestar un auxilio económico para el acceso a los servicios, lo que, de suyo, ya implica una inconsistencia con el artículo 123, apartado B, de la Carta Magna** que, como se ha explicado, prevé como una prestación laboral mínima y obligatoria el derecho a la asistencia médica en favor de las y los trabajadores y sus familias que los proteja ante la contingencia de enfermedades o eventualidades en materia de salud; protección que, desde luego, debe entenderse a través de una cobertura total de las prestaciones que cada persona requiera, y no como un mero apoyo económico que de ninguna manera cumple con los deberes impuestos a cargo del Estado por el Constituyente Permanente.

En efecto, esta forma de prestación de servicios como "auxilio económico" implica que, independientemente del tipo de atención médica que otorgue el instituto, su costo no será cubierto con su

patrimonio al que ya se encuentran incorporadas las cotizaciones previamente efectuadas por la persona trabajadora, el empleador y el Estado, sino que requerirá que la o el derechohabiente soporte una carga económica extra que represente al menos una parte de los costos de las prestaciones médicas.

Y, es a partir de esta forma de seguridad social que el legislador de Coahuila implementa diversas figuras adicionales al sistema de aportaciones, como lo es el "copago" conforme al cual la o el derechohabiente debe pagar una cantidad cuando reciba la prestación de un servicio de atención médica de cualquier modalidad, es decir, debe pagarse tratándose de cualquier nivel de ese servicio, incluso, aquéllos que el organismo debe proporcionar en sus clínicas, además del servicio subrogado y del de prestaciones.

Así, el hecho de que el sistema normativo en análisis establezca que la persona derechohabiente o beneficiaria debe compartir los costos de los servicios médicos que reciba con el referido organismo descentralizado, origina una carga desproporcional para la persona trabajadora, pues, además de soportar los descuentos por las cuotas aplicables por concepto de servicio médico, debe cubrir al menos parcialmente esos gastos en relación con cualquier modalidad y/o nivel de servicio de salud del que se constituya como usuario o usuaria.

Al respecto, debe destacarse que en la jurisprudencia P./J. 136/2008, si bien este Tribunal Pleno previó la posibilidad del establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de un servicio de salud considerando su costo y las condiciones socioeconómicas de aquéllos, lo cierto es que lo hizo en relación con los servicios públicos de salud, mientras que para los servicios a derechohabientes de instituciones de seguridad social consideró, en principio, que el mecanismo adecuado son las cotizaciones pagadas en

términos de ley, según se aprecia del rubro y texto de la tesis respectiva que se reproduce a continuación:

**"SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN CONFORME AL ARTÍCULO 4o., TERCER PÁRRAFO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ES UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL.** La Ley General de Salud, reglamentaria del citado precepto constitucional, precisa que los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en: **a) servicios públicos a la población general**, que se prestan en establecimientos públicos de salud a los residentes del país, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad, **cuyas cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios**, debiéndose eximir del cobro cuando éstos carezcan de recursos para cubrirlas; **b) servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, que son los prestados a las personas que cotizan o las que hubieren cotizado conforme a sus leyes**, así como los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal se presten por tales instituciones a otros grupos de usuarios; c) servicios sociales y privados, los primeros se prestan por los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y beneficiarios de los mismos, directamente o mediante la contratación de seguros individuales y colectivos, y privados, los que se prestan por personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, sujetos a las leyes civiles y mercantiles, los cuales pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros individuales o colectivos y, d) otros que se presten de conformidad con la autoridad sanitaria, como lo son aquellos que conforman el Sistema de Protección Social en Salud, previsto para las personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, que será financiado de manera solidaria por la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los propios beneficiarios mediante cuotas familiares que se determinarán atendiendo a las condiciones socioeconómicas de cada familia, sin que el nivel de ingreso o la carencia de éste sea limitante para acceder a dicho sistema. Lo anterior permite advertir que el derecho a la protección de la salud se traduce en la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud y que en virtud de que ésta es una responsabilidad que comparten el Estado, la sociedad y los interesados, el financiamiento de los respectivos servicios, no corre a cargo del Estado exclusivamente, pues incluso, **se prevé el establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de los servicios públicos de salud y del sistema de protección social en salud**, que se determinan considerando el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, eximiéndose de su cobro

a aquellos que carezcan de recursos para cubrirlas, de ahí que la salud sea una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados, con base en criterios de capacidad contributiva y redistribución del ingreso"<sup>18</sup>.

Y, en ese tenor, ese "copago" provoca que las y los derechohabientes vean obstaculizado su derecho de acceso y protección a la salud, específicamente en el régimen de seguridad social en favor de los trabajadores y trabajadoras de la educación; máxime que este pago adicional no se basa en criterios racionales de justificación ni en los principios de justicia y solidaridad social, accesibilidad económica, equidad y seguridad jurídica.

Ciertamente, el "copago" no sólo implica una obligación extra a cargo de las personas derechohabientes que ya han gestado su derecho a recibir las prestaciones relativas a la asistencia médica, no por virtud de una concesión gratuita del Estado, sino a través de los descuentos constantes y obligatorios sufridos a lo largo de la vida laboral –aun cuando no se haya actualizado el siniestro de una enfermedad o incidencia en la salud que conllevara la prestación del servicio–; sino que, además, su monto es determinado de manera unilateral y automática por el Consejo de Administración del instituto "en función de las posibilidades económicas del organismo", sin que la legislación en análisis establezca algún tipo de porcentaje o límite máximo que pueda llevar a generar siquiera cierta certeza en cuanto a cuáles son los márgenes dentro de los cuales se determinará la cantidad respectiva.

Esto es, aun cuando pudiera afirmarse que los aportes por concepto de copago tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema de seguridad social, lo cierto es que los usuarios no conocen cuál es el monto que deberán de pagar, porque éste será determinado

---

<sup>18</sup> Consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena Época. Tomo XXVIII. Octubre de dos mil ocho. Página sesenta y uno.



casuísticamente por el Consejo de Administración atendiendo a las condiciones económicas del instituto –disponibilidad presupuestaria–, sin que haya un mandato del legislador a que se considere la situación del o la derechohabiente, lo que revela que se privilegian las posibilidades del organismo sobre las de los gobernados y gobernadas, además de que no se implementa algún mecanismo o procedimiento por virtud del cual se garantice una distribución equitativa de las cargas económicas.

Situación ésta que, evidentemente, transgrede no sólo los principios de justicia y solidaridad social, sino también los de seguridad jurídica, equidad y accesibilidad económica en el servicio de salud tutelados por el artículo 4 de la Constitución Federal, específicamente en cuanto a los regímenes de seguridad social en favor de las personas trabajadoras a que se refiere el artículo 123, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La anterior conclusión no desconoce que en la determinación de la forma y montos en que las personas derechohabientes deben aportar para obtener las prestaciones de atención médica, debe considerarse la situación del órgano asegurador –pues es evidente que para garantizar los servicios de salud en favor de los gobernados debe existir un financiamiento sostenido y, por ende, velar por que el instituto respectivo cuente con los recursos necesarios para satisfacer las prestaciones presentes y futuras–; sin embargo, ello no implica que los sistemas implementados por los legisladores puedan ignorar la capacidad económica de los gobernados con el riesgo de pagos excesivos a cargo de éstos.

Más aún, la Constitución Federal y los instrumentos internacionales no impiden que se amplíen las fuentes económicas de la seguridad social a través de la financiación tripartita, lo que se traduce

en la posibilidad de incrementar las cuotas o, incluso, de implementar pagos complementarios, sobre todo cuando el objetivo es allegar recursos que impidan la insolvencia o la imposibilidad de prestar los servicios. Empero, para ello, es necesario que el Estado demuestre que ha hecho todo para evitar incurrir en esa situación y, más aún, es menester que medien proyecciones actuariales periódicas que permitan concluir indefectiblemente que los ajustes o aumentos derivan de una necesidad equilibrada y real, y no de la ausencia de una administración eficiente y transparente en el uso de los recursos; dado que en este último supuesto, la persona derechohabiente no tiene por qué enfrentar cargas económicas.

No obstante, en el caso, aun cuando la autoridad legislativa tanto en la exposición de motivos del ordenamiento en estudio como en su informe, indicó que la intención del "copago" es garantizar la continuación en el servicio de atención médica porque "constituye una fuente de su patrimonio, fundamental para su subsistencia, que de eliminarse colocaría en grave riesgo financiero al servicio médico", lo cierto es que no exhibe algún medio de convicción que soporte su dicho, que justifique la idoneidad de la medida o que acredite que se ha aplicado el máximo de los recursos para el mantenimiento del servicio médico –por ejemplo a través del cotejo con los respectivos presupuestos de egresos o que los recursos de que se disponía se aplicaron para tutelar otro derecho humano, o bien, que los estándares normativos analizados se sustentan en diversas razones de peso suficientes que puedan justificarlos–.

Máxime que la legislación no establece que ese pago adicional a las cotizaciones de seguridad social se apliquen solamente cuando un usuario requiera servicios médicos que van más allá de la obligación constitucional del organismo asegurador, en cuyo caso pudiesen ser justificables o, incluso, tratarse como una figura con un fin progresivo.

Así, es claro que el copago, lejos de crear condiciones que aseguren la asistencia y los servicios médicos como argumentan el legislador y el ejecutivo locales, supone una carga adicional de las y los derechohabientes que no sólo desconoce las aportaciones de seguridad social que ya pagan de manera constante en detrimento de su salario, sino que genera incertidumbre en las y los usuarios porque, en caso de requerir algún tipo de atención médica, no tienen elementos que siquiera lo aproximen al costo que deberán cubrir, lo que implica el riesgo de un cobro inequitativo y/o alejado de su capacidad económica, además de la inaccesibilidad al sistema de salud.

Cabe precisar que no pasa inadvertida la afirmación sostenida por el legislador en el proceso legislativo en cuanto a que el servicio médico en Coahuila "**nace precisamente en base al principio solidario del pago compartido y bajo otras reglas dirigidas a garantizar el auxilio económico a los trabajadores y pensionados, en una concepción distinta a los institucionales previstos en el artículo 123 de la Constitución Federal**"; sobre lo cual se advierte que se acoge a reglas y lineamientos que aduce son distintos a los que derivan del artículo 123 constitucional, específicamente para basar el sistema de seguridad social en una obligación de "auxilio económico" y, más aún, de "pago compartido". No obstante, como ha quedado demostrado, estas figuras no respetan los derechos mínimos que se deducen de la indicada disposición de la Ley Fundamental, siendo que si bien las legislaturas locales cuentan con la facultad de expedir leyes de trabajo que rijan las relaciones laborales que surjan en los Estados y, por ello, tienen libertad de configuración para constituir el régimen de sus institutos de seguridad social y de su financiamiento –a partir de la voluntad del Constituyente de otorgar flexibilidad para que las normas locales respondan a las características y peculiaridades de los servidores públicos de cada entidad federativa y sus municipios–, lo cierto es que esas **legislaturas no pueden desconocer los derechos**

**fundamentales de los particulares, sino que deben apegarse a los principios de accesibilidad económica, equidad, justicia y solidaridad sociales, y seguridad jurídica; lo que en el caso, no acontece.**

De ahí que este Tribunal Pleno concluya que **la figura del copago es inconstitucional** y, por ende, también lo es el sistema normativo en que se basa o que regula su operación, específicamente en cuanto a los aspectos siguientes:

1. La limitación a una actuación de "**auxilio económico**" por parte del Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila.

2. La facultad del Consejo de Administración de fijar, en función de las posibilidades económicas del órgano asegurador, el monto del copago por las prestaciones que se otorguen a las personas derechohabientes y sus beneficiarios.

3. La forma en que debe cubrirse por las personas derechohabientes, esto es, a través de una **retención** que el empleador debe hacer del salario del trabajador o trabajadora o de las percepciones de los pensionados y pensionadas, para después ser entregadas al organismo asegurador.

4. La posibilidad de generarse adeudos a cargo de las personas derechohabientes por concepto de copagos, respecto de los cuales el instituto y aquellas "**convengan el pago en parcialidades**"; y, en consecuencia, la posibilidad de que éstas sean retenidas periódicamente por el patrón de la nómina de los trabajadores y trabajadoras o percepciones de los pensionados y pensionadas.

5. En relación con este pago en parcialidades del adeudo, la adición automática de un 20% (veinte por ciento) sobre el crédito para

construir un "**fondo de garantía**", a efecto de garantizar el pago del adeudo en caso de fallecimiento. Y, desde luego, la existencia de este "fondo de garantía".

6. La integración de los recursos recaudados por concepto de copago (incluyendo los pagos en parcialidades y el fondo de garantía) al patrimonio del Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila.

**SEXTO. Estudio.** Por lo que hace a los "**planes de protección**", la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza los regula a través de sus artículos 3, fracciones XIV y XVI, 7, párrafo primero y fracción V, y 27, fracción XIV, que dicen:

**"Artículo 3.** Para los efectos de esta ley se entiende por: [...]

**XIV. Plan de protección:** Los programas que se establezcan con fines de ampliación de cobertura de servicios de atención médica, de carácter optativo; [...]

**XVI. Retención:** La deducción que por efectos de esta ley o que por mandato judicial se haga de los salarios de los trabajadores, o percepciones de los pensionados o jubilados según corresponda, para cumplir obligaciones o compromisos contraídos previamente y que se aplican directamente a la nómina de pago. **Con independencia de lo anterior podrán realizarse retenciones adicionales convenidas voluntariamente con el trabajador, pensionados y jubilados, según corresponda.** [...].

**"Artículo 7.** Para garantizar a los trabajadores y a sus beneficiarios en la prevención y curación de enfermedades, el Servicio Médico ofrecerá el auxilio económico en los siguientes aspectos: [...]

**V. El organismo podrá implementar planes de protección médico familiar, los así llamados serán convenios entre el organismo y los derechohabientes mediante los cuales, por una prima quincenal adicional descontada de su salario, el organismo le cubre parte o todo de los gastos que corresponda sufragar por servicios médicos hospitalarios recibidos, según el reglamento que se expida para tal fin.** [...].

**"Artículo 27.** Son facultades y obligaciones del Consejo de Administración: [...]

**XIV. Implementar planes de protección médico familiar, los así llamados serán convenios entre el organismo y los derechohabientes mediante los cuales, por una prima quincenal adicional descontada de su salario, la institución cubre parte o todo de los gastos que al derechohabiente corresponda sufragar por servicios médicos hospitalarios recibidos, según el reglamento que se expida para tal fin; [...]"**.

Las normas reproducidas introducen y regulan los llamados "planes de protección" que son definidos, en principio, como los programas que se establecen **con fines de ampliación de cobertura** de servicios de atención médica, **de carácter optativo**; es decir, en principio, el legislador señala que su finalidad es que las personas derechohabientes accedan a más servicios de salud, pero no especifica a cuáles de éstos se refiere. Y, en las disposiciones siguientes, indica que se trata de convenios por virtud de los cuales, **mediante el pago de una prima quincenal adicional** descontada del salario de las y los derechohabientes que decidan celebrarlo, el Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila cubre **parte o todo de los gastos que corresponda sufragar por servicios médicos hospitalarios recibidos**, según el reglamento que se expida para ese fin.

Cabe precisar que esta figura es incorporada a la legislación a partir de lo expuesto en el dictamen de veintidós de agosto de dos mil dieciocho de la Comisión de Trabajo y Previsión Social de la Sexagésima Primera Legislatura del Congreso del Estado que, en lo conducente, dice:

"4. Respecto a los **planes de protección**, en congruencia con el tipo de sistema del servicio médico, se conservan, pues constituye una herramienta más a disposición de los derechohabientes, mediante la cual **se presta el auxilio a los trabajadores y pensionados de la educación para tener acceso a un espectro más amplio de servicios médicos.**

Además, estos planes de protección son de **carácter voluntario, por lo que su contratación no se debe entender como obligatoria para los derechohabientes y beneficiarios.**

A vía de ejemplo, actualmente en un plan de protección se paga una cuota mensual que va de ciento quince pesos a seiscientos pesos, dependiendo de la edad y sexo del contratante, con una cobertura de un millón doscientos sesenta mil pesos por evento, sin deducible y sin límite de eventos.

De acuerdo a datos del servicio médico, de un total de 49,648 derechohabientes, el 80% que equivale a 39,334 cuentan con un plan de protección médico, lo cual refleja una alta demanda de esta prestación por los beneficios que representa.

**Se reitera que los conceptos de planes de protección y los convenios son de carácter accesorio al copago y tienen como única finalidad, facilitar el goce de las prestaciones a cargo de la institución y el cumplimiento de las obligaciones de pago a cargo de los derechohabientes".**

Como puede apreciarse, en este documento se justifica la conservación de esta figura de los "planes de protección" en que se trata de una supuesta herramienta en favor de las y los derechohabientes que les permite "tener acceso a un espectro más amplio de servicios médicos", para lo cual podrán contratarlos con el órgano asegurador **como un instrumento accesorio al copago**, en la medida en que su finalidad es facilitarles el pago de la parte que les corresponde del costo de las prestaciones de servicio médico que reciben; sobre lo cual se hace especial hincapié en que se trata de una contratación de carácter voluntario, es decir, no constituye una obligación a cargo de esas personas derechohabientes.

A efecto de entender el justo alcance de la figura en comento, es conveniente reiterar que la **atención médica** que comprende el Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila, se refiere a diversos servicios, a saber, los de primero y segundo nivel que el organismo debe proporcionar en sus clínicas (consulta externa de medicina general y de especialidad, **hospitalización**, cirugía, servicio de urgencia médica, servicio dental,

servicio de laboratorio, gabinete y servicio de farmacia), además del servicio subrogado (que conlleva la atención médica que el instituto no ofrece y que es proporcionada por profesionales del ramo o instituciones especializadas con los que haya celebrado convenios para ese propósito), y del de prestaciones (que corresponden a los servicios que el instituto no ofrece por sí mismo ni en la modalidad de subrogados y que el paciente debe obtener por gestión personal y directa con los profesionales del ramo o instituciones especializadas previa autorización de la dirección médica de la unidad correspondiente).

Mientras que el "**copago**" –que ha sido declarado violatorio de derechos fundamentales al tenor de las consideraciones plasmadas en párrafos precedentes–, es el costo de los servicios compartido entre el instituto y la o el derechohabiente, y que éste debe pagar en una parte cuando reciba la prestación de un servicio de atención médica de cualquier modalidad, es decir, debe pagarse tratándose de cualquier nivel de ese servicio, incluso, aquéllos que el organismo debe proporcionar en sus clínicas, además del servicio subrogado y del de prestaciones.

Así, los "planes de protección" fueron introducidos con la finalidad de constituirse como una forma en la que las personas derechohabientes puedan pagar la parte que les corresponde del "copago", específicamente cuando reciben la prestación de un servicio médico hospitalario –entendido como aquél que se brinda al usuario que ingresa en una institución de salud para recibir tratamiento médico–, tanto en instalaciones propias del instituto o mediante el servicio subrogado o de prestaciones. En otras palabras, a cambio de una prima quincenal preestablecida y retenida previamente, el órgano asegurador cubre hasta cierto punto el costo de los servicios médicos hospitalarios cuando se presenten a un asegurado, por lo que ya no se genera el



adeudo en el momento en que surge la contingencia, al menos no en su totalidad.

Conforme a lo expuesto, estos "planes de protección" son accesorios del copago, toda vez que fueron creados para que las y los derechohabientes estuvieran en condiciones de enfrentar su pago; esto es, no se trata de una figura aislada, sino que está inmersa en el sistema de pago compartido introducida por el legislador local. Más aún, sin bien tanto en el proceso legislativo como en el propio texto de la ley se anuncia que su objetivo es ampliar la cobertura de servicios médicos, lo cierto es que no se precisa cuál es la atención adicional que se va a recibir y, menos aún, se revela que se trate de prestaciones más allá de los derechos constitucionales, sino que, al regular la figura, el legislador se limita a tratarla como una forma de cubrir el copago, específicamente en servicios médicos hospitalarios.

De ahí que si el "copago" introducido por el Congreso de Coahuila ha sido declarado inconstitucional por este Alto Tribunal, es evidente que las formas que se previeron para que los gobernados lo pagaran, comparten el mismo vicio.

No pasa inadvertido a esta Suprema Corte de Justicia de la Nación que el legislador es expreso en que esta figura de los "planes de protección" se materializa a través de convenios de **carácter optativo** y que, por ende, no es obligatorio que las personas derechohabientes lo firmen. Sin embargo, el elemento volitivo no salva la constitucionalidad de las disposiciones legales respectivas en la medida en que, se insiste, no se trata de una figura aislada, sino que forma parte de todo el sistema del copago; y, en esa medida, de subsistir, podría generar que aun cuando no se obligara al particular a contratarlos, sí se condicionara a ello la prestación del servicio médico hospitalario.

En atención a todo lo hasta aquí expuesto, los artículos 3, fracciones VI, VIII, XIV y XVI, 7, primer párrafo y fracción V, 8, 27, fracción XIV, 37, fracción VI, y 41 de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza publicada en el Periódico Oficial el nueve de noviembre de dos mil dieciocho, específicamente en los enunciados normativos analizados a lo largo de este considerando, son violatorios de los derechos a la salud y a la seguridad social previstos en los artículos 4 y 123, apartado B, fracción XI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Vicio de inconstitucionalidad que es compartido por los diversos artículos 27, fracción XII, y 46 del mismo ordenamiento legal porque, aun cuando no fueron impugnados, forman parte del sistema normativo que sostiene y regula los copagos, los adeudos, los pagos en parcialidades y los planes de protección.

**SÉPTIMO. Declaración de invalidez.** Conforme a los artículos 41, fracción IV, y 42, párrafos primero y tercero, de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del Artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos<sup>19</sup>, **se impone declarar la invalidez** de las disposiciones impugnadas, a saber, de los artículos 3, fracciones VI, VIII, XIV y XVI, párrafos primero, en su porción normativa ‘Con independencia de lo anterior podrán realizarse retenciones adicionales convenidas voluntariamente con el trabajador, pensionados y jubilados, según corresponda’, y segundo, en su porción normativa ‘y pago de

---

<sup>19</sup> **Artículo 41.** Las sentencias deberán contener:

**IV.** Los alcances y efectos de la sentencia, fijando con precisión, en su caso, los órganos obligados a cumplirla, las normas generales o actos respecto de los cuales opere y todos aquellos elementos necesarios para su plena eficacia en el ámbito que corresponda. Cuando la sentencia declare la invalidez de una norma general, sus efectos deberán extenderse a todas aquellas normas cuya validez dependa de la propia norma invalidada; [...].”

**Artículo 42.** Siempre que las controversias versen sobre disposiciones generales de los Estados o de los Municipios impugnadas por la Federación, de los Municipios impugnadas por los Estados, o en los casos a que se refieren los incisos c), h) y k) de la fracción I del artículo 105 constitucional, y la resolución de la Suprema Corte de Justicia las declare inválidas, dicha resolución tendrá efectos generales cuando hubiera sido aprobada por una mayoría de por lo menos ocho votos.

En aquellas controversias respecto de normas generales en que no se alcance la votación mencionada en el párrafo anterior, el Pleno de la Suprema Corte de Justicia declarará desestimadas dichas controversias. En estos casos no será aplicable lo dispuesto en el artículo siguiente. [...].”

adeudos con la institución', 7, primer párrafo en su porción normativa 'el auxilio económico en', y fracción V, 8, 27, fracción XIV, 37, fracción VI, en su porción normativa 'y por los ingresos bajo la modalidad de copagos en favor de derechohabientes y beneficiarios', y 41, en su porción normativa 'junto con los descuentos por adeudos contraídos frente al organismo', de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza publicada en el Periódico Oficial el nueve de noviembre de dos mil dieciocho; **y, por extensión**, de los diversos artículos 27, fracción XII, y 46, párrafo primero, en su porción normativa 'y pago de adeudos al organismo', del mismo ordenamiento legal, específicamente en cuanto a lo siguiente:

**a.** En relación con el artículo 3, se declara la invalidez de sus fracciones VI, VIII, XIV y XVI, párrafo primero en el enunciado normativo que indica "Con independencia de lo anterior podrán realizarse retenciones adicionales convenidas voluntariamente con el trabajador, pensionados y jubilados, según corresponda", y párrafo segundo en el enunciado normativo que indica "y pago de adeudos con la institución", para quedar:

**"Artículo 3.** Para los efectos de esta ley se entiende por: [...]

**VI.** Copago: ~~El costo de los servicios médicos, hospitalarios y farmacéuticos compartidos entre el Instituto de Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila y el derechohabiente; [...]~~

**VIII.** Fondo de garantía: ~~El fondo que el organismo puede constituir, de acuerdo al máximo de los recursos disponibles y sin detrimento del servicio a los derechohabientes y sus beneficiarios, para garantizar el pago de los saldos insolutos que dejen, por concepto de créditos en curso, los derechohabientes en caso de fallecimiento; [...]~~

**XIV.** Plan de protección: ~~Los programas que se establezcan con fines de ampliación de cobertura de servicios de atención médica, de carácter optativo; [...]~~

**XVI. Retención:** La deducción que por efectos de esta ley o que por mandato judicial se haga de los salarios de los trabajadores, o percepciones de los pensionados o jubilados según corresponda, para

cumplir obligaciones o compromisos contraídos previamente y que se aplican directamente a la nómina de pago. ~~Con independencia de lo anterior podrán realizarse retenciones adicionales convenidas voluntariamente con el trabajador, pensionados y jubilados, según corresponda.~~

Se consideran retenciones para efectos de la presente ley, las deducciones que se hagan a los derechohabientes del organismo en concepto de aportaciones y ~~pago de adeudos con la institución; [...]~~".

**b.** En relación con el artículo 7, se declara la invalidez de su párrafo primero en el enunciado normativo que indica "el auxilio económico en", y fracción V, para quedar:

**"Artículo 7.** Para garantizar a los trabajadores y a sus beneficiarios en la prevención y curación de enfermedades, el Servicio Médico ofrecerá ~~el auxilio económico en los siguientes aspectos: [...]~~

~~V. El organismo podrá implementar planes de protección médico familiar, los así llamados serán convenios entre el organismo y los derechohabientes mediante los cuales, por una prima quincenal adicional descontada de su salario, el organismo le cubre parte o todo de los gastos que corresponda sufragar por servicios médicos hospitalarios recibidos, según el reglamento que se expida para tal fin. [...]~~".

**c.** En relación con el artículo 8, se declara la invalidez en su totalidad, para quedar:

~~"Artículo 8. El Servicio Médico podrá otorgar a sus derechohabientes convenios para el pago en parcialidades de los adeudos generados por servicios prestados a los mismos o a sus beneficiarios en concepto de copago, costos de recuperación y otros.~~

~~A dichos créditos deberá agregarse siempre un 20% destinado a constituir el fondo de garantía.~~

~~El fondo de garantía deberá integrarse al patrimonio del Servicio Médico y utilizarse para los fines que esta ley establece".~~

**d.** En relación con el artículo 27, se declara la invalidez de sus fracciones XII y XIV, para quedar:

**"Artículo 27.** Son facultades y obligaciones del Consejo de Administración: [...]

~~XII. Fijar, en función de las posibilidades económicas del Organismo, el monto de las prestaciones que se den a los derechohabientes y beneficiarios; [...]."~~

~~XIV. Implementar planes de protección médico familiar, los así llamados serán convenios entre el organismo y los derechohabientes mediante los cuales, por una prima quincenal adicional descontada de su salario, la institución cubre parte o todo de los gastos que al derechohabiente corresponda sufragar por servicios médicos hospitalarios recibidos, según el reglamento que se expida para tal fin; [...]."~~

e. En relación con el artículo 37, se declara la invalidez de su fracción VI, en el enunciado normativo que indica "y por los ingresos bajo la modalidad de copagos en favor de derechohabientes y beneficiarios", para quedar:

**"Artículo 37.** El patrimonio del Servicio Médico se constituye de la siguiente manera: [...]

~~VI. Por los ingresos provenientes de los servicios prestados por los organismos auxiliares, así como por la venta de medicamentos y por los ingresos bajo la modalidad de copagos en favor de derechohabientes y beneficiarios; [...]."~~

f. En relación con el artículo 41, se declara la invalidez del enunciado normativo que indica "junto con los descuentos por adeudos contraídos frente al organismo", para quedar:

**"Artículo 41.** Las retenciones en favor del patrimonio del organismo previstas en la fracción V del artículo 37 serán descontadas a los trabajadores en nóminas de los empleadores, quienes tienen la obligación de entregarlas al organismo, ~~junto con los descuentos por adeudos contraídos frente al organismo~~ y las aportaciones señaladas en las fracciones I, II, III y IV del mismo artículo 37".

g. En relación con el artículo 46, se declara la invalidez de su primer párrafo, en el enunciado normativo que indica "y pago de adeudos al organismo", para quedar:

**"Artículo 46.** Es responsabilidad y obligación de las instituciones aportantes hacer las retenciones en las nóminas a su cargo, en concepto de contribuciones ~~y pago de adeudos al organismo.~~

Cuando por cualquier causa no se hubieren aplicado a los sueldos de los trabajadores los descuentos procedentes conforme a esta ley, la

institución aportante, con cargo a su patrimonio, enterará al organismo los montos correspondientes".

Invalidez que, con fundamento en el artículo 45 de la propia Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del Artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos<sup>20</sup>, no tendrá efectos retroactivos y **surtirá sus efectos a partir de la notificación de los puntos resolutivos de esta ejecutoria al Congreso del Estado de Coahuila de Zaragoza.**

Por lo expuesto y fundado, **se resuelve:**

**PRIMERO.** Es **procedente y fundada** la presente acción de inconstitucionalidad y su acumulada.

**SEGUNDO.** Se **declara la invalidez** de los artículos 3, fracciones VI, VIII, XIV y XVI, párrafos primero, en su porción normativa "Con independencia de lo anterior podrán realizarse retenciones adicionales convenidas voluntariamente con el trabajador, pensionados y jubilados, según corresponda", y segundo, en su porción normativa "y pago de adeudos con la institución", 7, párrafo primero, en su porción normativa "el auxilio económico en", y fracción V, 8, 27, fracción XIV, 37, fracción VI, en su porción normativa "y por los ingresos bajo la modalidad de copagos en favor de derechohabientes y beneficiarios", y 41, en su porción normativa "junto con los descuentos por adeudos contraídos frente al organismo", de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza, expedida mediante el Decreto 86, publicado en el Periódico Oficial de dicha entidad federativa el nueve de noviembre de dos mil dieciocho, en los términos de los considerandos quinto y sexto de esta ejecutoria y, por extensión, la de los artículos 27, fracción XII, y 46, párrafo primero, en su porción normativa "y pago de adeudos al

---

<sup>20</sup> "Artículo 45. Las sentencias producirán sus efectos a partir de la fecha que determine la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

La declaración de invalidez de las sentencias no tendrá efectos retroactivos, salvo en materia penal, en la que regirán los principios generales y disposiciones legales aplicables de esta materia".

organismo", del citado ordenamiento legal, de conformidad con el considerando séptimo de esta decisión.

**TERCERO.** Las declaraciones de invalidez decretadas en este fallo surtirán sus efectos a partir de la notificación de los puntos resolutiveos de esta sentencia al Congreso del Estado de Coahuila de Zaragoza, en los términos precisados en su considerando séptimo.

**CUARTO.** Publíquese esta resolución en el Diario Oficial de la Federación, en el Periódico Oficial Órgano del Gobierno Constitucional del Estado Independiente, Libre y Soberano de Coahuila de Zaragoza, así como en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.

**Notifíquese;** haciéndolo por medio de oficio a las partes y, en su oportunidad, archívese el expediente como asunto concluido.

Así lo resolvió el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

**En relación con el punto resolutiveo primero:**

Se aprobó por unanimidad de once votos de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Franco González Salas, Aguilar Morales con reservas en cuanto a la oportunidad, Pardo Rebolledo, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea, respecto de los considerandos primero, segundo, tercero y cuarto relativos, respectivamente, a la competencia, a la oportunidad, a la legitimación y a las causas de improcedencia.

**En relación con el punto resolutiveo segundo:**

Se aprobó por unanimidad de once votos de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Franco González Salas, Aguilar Morales apartándose de algunas

consideraciones, Pardo Rebolledo en contra de algunas consideraciones, Piña Hernández por razones adicionales, Ríos Farjat apartándose de algunas consideraciones, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea apartándose de algunas consideraciones y por consideraciones adicionales, respecto del considerando quinto, relativo al estudio, en su parte primera, consistente en declarar la invalidez de los artículos 3, fracciones VI, VIII y XVI, párrafos primero, en su porción normativa "Con independencia de lo anterior podrán realizarse retenciones adicionales convenidas voluntariamente con el trabajador, pensionados y jubilados, según corresponda", y segundo, en su porción normativa "y pago de adeudos con la institución", 8, 37, fracción VI, en su porción normativa "y por los ingresos bajo la modalidad de copagos en favor de derechohabientes y beneficiarios", y 41, en su porción normativa "junto con los descuentos por adeudos contraídos frente al organismo", de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza, expedida mediante el Decreto 86, publicado en el Periódico Oficial de dicha entidad federativa el nueve de noviembre de dos mil dieciocho. Los señores Ministros Pardo Rebolledo y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea anunciaron sendos votos concurrentes.

Se aprobó por mayoría de diez votos de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Franco González Salas, Pardo Rebolledo apartándose de las consideraciones, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea, respecto del considerando sexto, relativo al estudio, en su parte segunda, consistente en declarar la invalidez de los artículos 3, fracción XIV, 7, párrafo primero, en su porción normativa "el auxilio económico en", y fracción V, y 27, fracción XIV, de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza, expedida mediante el Decreto 86, publicado en el Periódico Oficial de dicha entidad federativa el nueve de



noviembre de dos mil dieciocho. El señor Ministro Aguilar Morales votó en contra. El señor Ministro Pardo Rebolledo anunció voto concurrente.

Se aprobó por mayoría de nueve votos de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena por la invalidez por extensión de artículos adicionales, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Franco González Salas, Piña Hernández por la invalidez por extensión de artículos adicionales, Ríos Farjat por la invalidez por extensión de artículos adicionales, Laynez Potisek por la invalidez por extensión de artículos adicionales, Pérez Dayán por la invalidez por extensión de artículos adicionales y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea por la invalidez por extensión de artículos adicionales, respecto del considerando séptimo, relativo a los efectos de la declaración de invalidez, consistente en: 1) declarar la invalidez, por extensión, de los artículos 27, fracción XII, y 46, párrafo primero, en su porción normativa "y pago de adeudos al organismo", de la Ley del Servicio Médico para los Trabajadores de la Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza, expedida mediante el Decreto 86, publicado en el Periódico Oficial de dicha entidad federativa el nueve de noviembre de dos mil dieciocho. Los señores Ministros Aguilar Morales y Pardo Rebolledo votaron en contra.

**En relación con el punto resolutivo tercero:**

Se aprobó por unanimidad de once votos de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa con la precisión relativa a que las obligaciones pendientes de pago convenidas con anterioridad se liquiden conforme a lo pactado, Franco González Salas, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán con la precisión relativa a que las obligaciones pendientes de pago convenidas con anterioridad se liquiden conforme a lo pactado y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea,

respecto del considerando séptimo, relativo a los efectos de la declaración de invalidez, consistente en: 2) determinar que las declaraciones de invalidez decretadas en este fallo no tendrán efectos retroactivos y surtirán a partir de la notificación de los puntos resolutiveos de esta sentencia al Congreso del Estado de Coahuila de Zaragoza.

**En relación con el punto resolutivo cuarto:**

Se aprobó por unanimidad de once votos de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Franco González Salas, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea.

El señor Ministro Presidente Zaldívar Lelo de Larrea declaró que el asunto se resolvió en los términos propuestos.

Firman los señores Ministros Presidente y el Ponente, con el Secretario General de Acuerdos quien da fe.

**PRESIDENTE**

**MINISTRO ARTURO ZALDÍVAR LELO DE LARREA**

**PONENTE**

**MINISTRO ALBERTO PÉREZ DAYÁN**

**SECRETARIO GENERAL DE ACUERDOS**

**LICENCIADO RAFAEL COELLO CETINA**

Esta foja corresponde a la acción de inconstitucionalidad 109/2018 y su acumulada 110/2018 falladas el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en su sesión del veinticinco de mayo de dos mil veinte. Conste.

**ILV/IMA.**