

LA CONAMED EN EL CONTEXTO  
DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD





# La CONAMED en el contexto del derecho a la protección de la salud

## El derecho a la protección de la salud

La salud no es solo una norma biomédica, sino el resultado de interacciones complejas entre cargas biológicas, comportamientos individuales, circunstancias sociales, económicas y culturales que interactúan con una amplia gama de políticas públicas, además de que está vinculada en forma estrecha con problemas como la pobreza, la desigualdad en la distribución del ingreso o la disparidad de oportunidades. Peter y Evans (2002) señalan al respecto:

(...) la equidad en salud no puede ser un concepto apolítico, acultural, “tecnocrático”, limitado al campo de la asistencia sanitaria y de la salud pública (...) no es como un objetivo social en sí mismo y aislado sino como algo inherente a la búsqueda más amplia de justicia social.

Los instrumentos normativos internacionales en materia de derechos humanos están plenamente identificados con una concepción amplia de la salud como un derecho universal. En el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) se señala que “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”.

El derecho a la salud también se encuentra plasmado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976) al reconocer: “(...) el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Este documento, al que el gobierno mexicano se adhirió el 23 de marzo de 1981, destaca como ejes estratégicos que deberán adoptar los estados partes para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, los siguientes:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En el ordenamiento jurídico mexicano, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) define en su artículo 4° la protección de la salud como un derecho universal (Elizondo, 2007). Por otro lado, es en la Ley General de Salud (LGS) (2015) donde se reglamenta este derecho común a todos y se establecen “(...) las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”. Hasta aquí, tanto en la CPEUM como en la LGS están presentes la universalidad y la igualdad cuando se afirma que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que éste es común a todos. Considerando que el Estado no puede garantizar la salud, resultó preciso y exacto que el derecho que se elevó a rango constitucional fuera la *protección de la salud* y no el derecho a la salud como lo señalan algunos de los instrumentos internacionales.

Desde esta perspectiva el Estado protege la posibilidad de acceder, en condiciones de equidad, a los servicios de salud, siendo éstos los mecanismos a través de los cuales tutela el derecho a la protección de la salud. Sin embargo, aun cuando es común entender el término *derecho a la protección de la salud* en un sentido estrecho como el derecho individual y colectivo a recibir los servicios que otorgan los profesionales de la salud, en el artículo 2° de la LGS se afirma que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

De lo anterior se interpreta que el Artículo 2° de la LGS concibe el derecho a la protección de la salud como parte de los valores de universalidad, igualdad, justicia, responsabilidad y solidaridad.

Fue la reforma constitucional en materia de derechos humanos del 10 de junio de 2011 la que cambió la naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud. Dicha reforma tuvo como finalidad lograr la

armonización de los derechos previstos en la CPEUM con los derechos humanos que se encuentran en los instrumentos internacionales.

Aun y cuando no fue objeto de reforma el artículo 4° Constitucional, este dejó de ser una garantía de igualdad otorgada por la CPEUM, para convertirse en un derecho humano de todas las personas reconocido por la Constitución que presupone su existencia, de conformidad con el artículo 1°, que a partir del 11 de junio de 2011 señala lo siguiente:

Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Actualmente, el derecho a la protección de la salud es un derecho humano que la Constitución reconoce a todas las personas, y los servidores públicos tienen la obligación de promoverlo, respetarlo, protegerlo y garantizarlo, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Conforme a los principios citados, todas las personas somos titulares del derecho a la protección de la salud, este es un derecho infragmentable, que no está por debajo de ningún otro y su transgresión impacta en el resto de los derechos.

El derecho a la protección de la salud debe entenderse como un derecho al acceso universal y equitativo a toda una gama de opciones equivalentes, facilidades, bienes, servicios y condiciones, a través de políticas públicas intersectoriales debidamente diseñadas y financiadas, que permitan a las personas tomar las mejores decisiones posibles para satisfacer sus necesidades de salud. Además de los derechos y libertades básicas asentados en las declaraciones, pactos y constituciones, los medios concretos para la protección de la salud

se encuentran en el acceso de la población a servicios básicos (agua potable, electricidad, gerencia de excretas, combustible para cocinar en la vivienda, entre otros), las formas de estilo vida y alimentación, las condiciones de vida y laborales así como los servicios médicos preventivos, curativos y de rehabilitación. La satisfacción de las necesidades de salud promueve el funcionamiento normal y a su vez, protege la parte equitativa de la gama de oportunidades que a cada quien le corresponde y de esta manera contribuye a corregir las desviaciones características de un mercado imperfecto en una de las economías con mayor desigualdad a nivel global (Dieterlen, 2015). Para hacer efectivo el derecho fundamental a la protección de la salud en México el Estado como garante de los derechos humanos debe lograr el acceso universal de la población a servicios de salud de calidad y reducir la enorme brecha de desigualdad.

La construcción de un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, debe garantizar a todos los ciudadanos, con énfasis en los sectores más vulnerables y marginados, el acceso a servicios de salud integrados y de alta calidad con protección financiera para todos de modo que, en forma igualitaria, se pueda alcanzar el máximo nivel de salud posible y se evite el empobrecimiento relacionado con las catástrofes financieras derivadas del gasto de bolsillo y la reducción en la capacidad para trabajar (Knaul et al., 2013). Para alcanzar estos objetivos, el Estado, además de las funciones de rectoría y regulación, debe garantizar el cumplimiento adecuado de las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud, tanto por los organismos públicos como los privados.

Por otra parte, la unidad de salud, como el lugar en el que se concretan muchas de las estrategias para garantizar el derecho a la protección de la salud, sólo alcanza la calidad cuando cuenta con un equipo directivo bien formado y eficiente, distribuye los recursos según criterios de equidad, calidad, necesidad, eficiencia y costo de oportunidad; cuenta con programas de mejora continua, prevención de errores, reducción de variabilidad y pérdidas; vela por la seguridad e higiene laboral de sus trabajadores, instrumenta procedimientos justos de selección y promoción del personal; fomenta la promoción, formación y desarrollo profesional; crea un ambiente laboral sano; y arbitra también procedimientos eficaces para resolver conflictos entre profesionales; arbitra procedimientos eficaces para presentar quejas; comunica en forma adecuada y respeta a sus usuarios y a sus trabajadores (Moreno, 2007). Para ello, requiere estructuras más horizontales con la jerarquía depositada sobre una dinámica de redes integradas de equipos de trabajo participativo y no las organizaciones

verticales, jerárquicamente estructuradas, en las que el último nivel lo ocupan los pacientes y sus familiares.

Un elemento en común en los sistemas de salud de sociedades con un bajo nivel de participación ciudadana en la definición de las políticas públicas es la asimetría en la información entre los proveedores de los servicios y la población usuaria de los mismos. En la mayoría de los casos el paciente no se encuentra en condiciones para determinar si la atención que recibe es la adecuada conforme a los estándares de calidad aceptados por la profesión médica. En el marco del derecho a la protección de la salud es obligación del Estado promover que los usuarios de los servicios, tanto en el ámbito público como en el privado, sean debidamente informados sobre los pormenores de su proceso de atención, así como dotar a la ciudadanía de instituciones e instrumentos para resolver las quejas relacionadas con la prestación de los servicios de salud. Un derecho vale lo que valen jurídicamente los instrumentos para defenderlo (Rovira, 1996).

## **Los derechos de los pacientes**

No puede negarse que los grandes cambios de finales del siglo XX en los patrones de utilización y prestación de los servicios médicos, tales como el reconocimiento a la protección de la salud como derecho social, la participación de la sociedad en su autocuidado y autodeterminación, así como la socialización de la medicina y el avance en la ciencia y tecnología para la salud, han contribuido con logros significativos en la calidad de vida de la población, pero también han propiciado la aparición de dilemas éticos y legales, que hacen más conflictiva la relación médico-paciente (Fernández, 2000).

Entre las transformaciones que esta relación ha sufrido ocupa un lugar destacado la multiplicación de las quejas y demandas de los pacientes en contra de los médicos sea por la insatisfacción con el trato recibido durante el proceso de atención o con los resultados de los servicios prestados, o por influencias mal intencionadas que buscan la judicialización indebida del acto médico o la obtención de algún beneficio derivado de la fractura de la relación entre el usuario, los profesionales de la salud y las instituciones.

Con anterioridad se aceptaban los mínimos de actuación y proceder de buena fe como criterios para una buena práctica de la medicina mientras que en la actualidad nuestra sociedad ya no acepta mínimos de preparación profesional, por el contrario, exige estándares homogéneos de calidad en los profesionales de la salud como parte del ejercicio del derecho a la protección de la salud.

En el contexto del movimiento por los derechos civiles que tuvo lugar principalmente en los Estados Unidos de América, al final de la década de los años sesenta del siglo veinte apareció la Organización Nacional por los Derechos al Bienestar (*National Welfare Rights Organization, NWRO*) activa de 1966 a 1975 y conformada en su mayoría por mujeres afroamericanas destinatarias de subsidios de asistencia social. La organización tenía cuatro objetivos: ingresos adecuados, dignidad, justicia y participación democrática. En 1970 la NWRO elaboró un documento en el que reivindicó la salud como un derecho en el marco de una creciente industria de la atención a la salud y entre sus demandas destacaban las siguientes: procedimientos para quejas; representación comunitaria en la dinámica del hospital; no discriminación económica, social, religiosa o de otro tipo; contar con un abogado para los pacientes; no ser intervenido quirúrgicamente por residentes o médicos internos; medidas para preservar la privacidad y confidencialidad; y pronta atención a pacientes en urgencia. Este documento debe considerarse como la primera declaración de los derechos de los pacientes formulada por una organización social ajena al ámbito médico institucional, es decir, como la primera formulación desde la perspectiva del usuario (Ocampo, 2011). Tres años después, la Asociación Americana de Hospitales (*American Hospital Association, AHA*) publicó una Carta de los Derechos de los Pacientes que se considera el primer documento proveniente de una asociación médica sobre el asunto y en el que se desconocieron por motivos de carácter político e ideológico la mayoría de las demandas y aportaciones de la NWRO. Este documento está centrado en el derecho del paciente a ser tratado en forma considerada y respetuosa, el derecho a la información durante todo el proceso de atención hospitalaria, el respeto a la autonomía del paciente, el derecho a la intimidad y confidencialidad, el derecho a una asistencia continua, y a una “razonable responsabilidad” del hospital sobre la correcta atención de los enfermos de acuerdo con su capacidad (*Ídem*).

Durante los meses de septiembre y octubre de 1981 se realizó la 34ª Asamblea Médica Mundial (AMM) en la ciudad de Lisboa, Portugal. En ella se formuló la *Declaración de Lisboa sobre los Derechos de los Pacientes*. Sin embargo, la propia Asociación aprobó una importante enmienda a este documento en su 47ª Asamblea General celebrada en Bali, Indonesia en septiembre de 1995. La pretensión de la AMM fue contar con un instrumento que orientara los esfuerzos por garantizar la autonomía y justicia con el paciente a través del seguimiento a una serie de derechos: 1) derecho a la atención médica de buena calidad; 2) derecho a la libertad de elección del paciente; 3) derecho a la autodeterminación; 4) deberes con el paciente inconsciente; 5)



deberes con el paciente legalmente incapacitado; 6) excepcionalidad de los procedimientos realizados contra la voluntad del paciente; 7) derecho a la información; 8) derecho a la confidencialidad; 9) derecho a la educación en salud; 10) derecho a una muerte digna; y 11) derecho a recibir o rechazar asistencia religiosa, espiritual o moral (Declaración de Lisboa de la AMM sobre los derechos del paciente, 1996) .

En el año 2001, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), con una influencia clara de la Declaraciones de Lisboa y de la AHA, promulgó, como resultado de un intenso trabajo multiinstitucional, la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*; uno de los compromisos derivados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios. Al igual que los documentos que la precedieron, este decálogo se presenta en la forma de un código moral en el que se estipulan una serie de derechos del paciente correspondientes con obligaciones de buena conducta de un profesional de la salud. En la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes están incluidos los derechos a recibir una atención médica adecuada, un trato digno, respetuoso y confidencial, el respeto a la autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica conforme a lo estipulado en la normatividad jurídica de México (Tena, 2002).

En estos documentos prevalece una interpretación estrecha del derecho a la protección de la salud que lo reduce a una relación entre dos personas, el usuario y el proveedor de los servicios. Esta concepción deja fuera las relaciones que se establecen entre los requirentes de los servicios y las instituciones que conforman el sistema de salud. No existe en su espíritu una consideración de mayor alcance que, como en el documento de la NWRO, incluya el derecho del ciudadano de contar con un sistema de salud universal, eficiente y solidario, integrado por instituciones dotadas de recursos suficientes y adecuados, incluyendo plantillas completas de personal competente.

Desde una perspectiva amplia, el acceso al sistema de salud debe ser libre de cualquier tipo de discriminación y de situaciones que coloquen en riesgo la dignidad de las personas. Además, en un sistema de salud de una sociedad democrática la población usuaria de los servicios de salud debe contar con el derecho de queja y su correcta ejecución como condiciones insoslayables.

## **Apuntes sobre la reforma de salud en México 1994-2000**

En México la crisis económica de los años ochenta originó tanto una agudización del empobrecimiento de los grupos más marginados como una concentración aun mayor de la riqueza lo cual abrió una brecha de desigualdad que arrastró a la clase media y trabajadora: bajos salarios,

costos elevados de los productos de primera necesidad, el desempleo aumentó a cifras nunca antes vistas, el dólar alcanza la cotización más alta de los tiempos, se generó más migración a los Estados Unidos de América, todo esto en el marco de un incremento tenaz y sostenido de las deudas interna y externa. En este contexto, el Fondo Monetario Internacional exigió a los gobiernos que recortaran el gasto social lo cual inevitablemente afectó al sector salud (los llamados ajustes estructurales), lo que provocó un mayor deterioro en la calidad de los servicios y el aumento en la insatisfacción de los proveedores y de los usuarios, como lo demostró el incremento observado a partir de 1988 de las denuncias de hechos por responsabilidad médica (Leal, 2012). El Banco Mundial aprovechó esta situación para fortalecer su presencia en el sector salud a través de programas de préstamos, lo que le permitió incidir en la política sanitaria mediante la promoción de una reforma de salud basada en que la función del gobierno es regular un mercado imperfecto con una procuraduría mixta de servicios de salud. Derivado de lo anterior, este organismo financiero internacional propuso la descentralización de los servicios, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete básico de servicios definido con base en los recursos existentes y estudios de efectividad en función de los costos (Homedes y Ugalde, 2005). La calidad de los servicios como discurso, política pública de salud y estrategia económica entró a la palestra y gradualmente alcanzaría niveles protagónicos.

En 1994 dio inicio la segunda etapa de la descentralización de los servicios de salud para población abierta (la primera etapa ocurrió en el período 1983-1988), la cual coincidió también con el inicio de una grave crisis financiera y con el establecimiento de un nuevo gobierno. Entre lo más destacado de lo ocurrido en este tema durante el sexenio 1994-2000 fue la firma de los *Acuerdos de Descentralización*, que determinaban las responsabilidades de los estados y de la federación, la flexibilidad en el uso de fondos federales a partir de la creación de los *Fondos de Aportaciones para Servicios de Salud (FASSA)* y la ampliación de la cobertura de servicios de salud a población abierta que pasó de 10 millones de mexicanos sin acceso a ningún tipo de servicio de salud en 1994, a 99.5% de mexicanos con acceso al paquete básico de servicios esenciales de salud al final del período (Leal, 2012). Sin embargo, la calidad continuaría siendo una materia pendiente.

### **El nacimiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)**

Hasta mediados de la década de los noventa, los usuarios de los servicios de salud contaban con pocas instancias para la presentación

de quejas, con resultados frecuentemente pobres, carentes de imparcialidad y de un análisis profesional de los casos, después de procesos frecuentemente lentos, complicados y costosos.

En nuestra sociedad, la vía jurisdiccional se encuentra sumamente arraigada como primera instancia para la resolución de las quejas que, en el caso de las originadas en el contexto de la relación de los usuarios con los profesionales de la salud, tiene la intención de que el médico sea sancionado y obtener una restitución en el derecho lesionado a través de la atención médica rehabilitadora o el pago de una indemnización. Debido a lo anterior, el Ministerio Público y los tribunales presentaban cargas excesivas de trabajo por los asuntos relacionados con la responsabilidad profesional del médico. En este contexto surgió la necesidad de crear una instancia que resolviera las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud a través de mecanismos alternos de solución de conflictos (MASC), lo que además de reducir la presión sobre los órganos jurisdiccionales, constituye una alternativa legal válida para la resolución de los conflictos, con ventajas sobre los juicios ordinarios gracias a la evaluación realizada por expertos en la materia, la garantía de imparcialidad, la rapidez en la conclusión y el bajo costo económico (Moctezuma, 1998).

Vale la pena abundar un poco sobre la gran importancia que tiene el que la evaluación sea realizada por expertos en la materia. Para determinar la calidad del servicio y, en consecuencia, la responsabilidad, así como para otorgar una mayor seguridad legal a médicos y usuarios la prueba pericial es la idónea. De ahí que en 1989 surgiera la figura administrativa de la opinión técnico-científica, como un mecanismo de colaboración entre la Secretaría de Salud y la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal con el propósito de que la primera, a petición de la segunda, obtuviera un dictamen médico especializado, sin valor probatorio, en aquellos casos en los que los profesionales de las disciplinas de la salud se vieran involucrados, a fin de proporcionar mayor consistencia a las averiguaciones previas. La figura de las opiniones técnico-científicas se extendió al resto de entidades federativas de la república, y poco después se adhirieron el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Ídem).

No obstante la solidez moral y la consistencia del procedimiento, el reto que desde su origen enfrentó el mecanismo de la opinión técnica fue el de la carencia de fuerza legal, lo que dio la pauta para crear una instancia que de origen la tuviera. Por ello, en junio de 1995, la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Instituto de Investigaciones Jurídicas, firmó un convenio de colaboración con la Secretaría de Salud, mediante el cual se elaboraría el diseño para la constitución de la Procuraduría de la Salud (Ríos, 2014).

El proyecto de la Procuraduría de la Salud se canceló y dio paso a la CONAMED que se creó el 3 de junio de 1996, mediante Decreto del Titular del Ejecutivo Federal, para que la sociedad cuente con una instancia alterna extrajudicial que intervenga en la solución ágil, imparcial, gratuita y confidencial, de los conflictos entre pacientes y prestadores de servicios de salud (profesionales, técnicos y auxiliares), tanto de instituciones públicas como privadas o sociales, a través de la investigación de los motivos que los originan y la propuesta de una solución que busque siempre evitar el conflicto y que con ese mismo espíritu emita recomendaciones que se desprendan del análisis científico de la queja médica, con el objetivo de participar en la mejoría de la calidad de los servicios. Además, es la CONAMED la instancia que cuenta actualmente con la atribución de “elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia”, de acuerdo con la fracción IX, del artículo 4° de su Decreto de Creación (Secretaría de Salud, 1996).

En las condiciones actuales de México, la calidad de la atención en los servicios de salud se distribuye en forma diferenciada de acuerdo con la pertenencia a la seguridad social, al lugar de residencia o al nivel de pobreza. Para lograr una transformación de fondo que haga efectivo el derecho a la protección de la salud es importante destacar la pertinencia que tiene la atención primaria como plataforma sobre la que se debería construir el sistema de salud. Sin embargo, existen diversos factores que dificultan la instalación correcta de una atención primaria que responda en forma satisfactoria a las necesidades de salud de la población como son: la ausencia de regionalización y de un adecuado sistema de referencia, así como las condiciones laborales y de desarrollo profesional, en las que vive la mayoría del personal de salud que desempeña la función que tiene el mayor impacto económico y en salud del sistema.

No obstante que la protección de la salud tiene en sí misma una gran relevancia, en el marco de la justicia social no puede ceñirse exclusivamente y de forma aislada al acceso a servicios de salud. La protección de la salud tiene un alcance mayor al relacionado con el acceso a servicios médicos e incluye la promoción de la salud y las políticas encargadas de la distribución equitativa de bienes y servicios para atender las necesidades de salud de la población como un elemento fundamental de justicia y desarrollo social. Además de que las políticas de salud frecuentemente dependen de las políticas sociales orientadas a la atención de otras dimensiones del bienestar como son el acceso a la educación, el empleo y la vivienda; el combate a la discriminación y el cuidado del medio ambiente. La obligación del

Estado de brindar acceso universal a los servicios de protección de la salud descansa en los determinantes que se relacionan con la salud, con la calidad de vida y con el bienestar individual y colectivo.

No existe duda sobre la enorme relevancia de contar con una instancia conciliadora, facultada para arbitrar cuando las partes en conflicto lo solicitan en forma voluntaria, cuyos laudos cuentan con plena fuerza legal y que no cancela que las partes en conflicto conserven su derecho a buscar la satisfacción de sus pretensiones ante los tribunales de orden civil, penal o administrativo. Se trata de una institución que, manteniendo a salvo los derechos de las partes en conflicto, participa en la sustitución de la cultura de la confrontación y el litigio por la de la conciliación, el consenso y el arbitraje, lo que se considera como un nuevo paradigma en la impartición de justicia y en el desarrollo colectivo.

Debido a que uno de los elementos en los que descansa la legitimidad de los estados de derecho modernos es la capacidad estatal de resolver los conflictos que surjan entre sus ciudadanos, estableciendo reglas claras que conlleven a soluciones justas y equitativas de las disputas, es muy necesario que la CONAMED sea ampliamente conocida y que su acceso se encuentre libre de cualquier tipo de barrera. Es claro que el ejercicio pleno de los derechos no se limita a formalidades: la existencia de la CONAMED no tutela por sí misma el derecho a la protección de la salud de la población. Se impone la obligación del Estado de proporcionar a todos los ciudadanos, sin ningún tipo de distinción, los métodos y las herramientas necesarias para que el sujeto titular de esos derechos pueda hacerlos efectivos (Díaz, 2014). En este sentido, si bien es importante ser escuchado, recibir una respuesta o disponer de vías alternas a las judiciales para resolver las controversias derivadas de la relación entre los usuarios y los servicios de salud, no basta cuando la ciudadanía desconoce quién tiene la competencia y el poder para intervenir, regular y decidir; cuando las vías para resolver una inconformidad son ineficaces o lentas y propician que el ciudadano prefiera abstenerse antes de verse inmerso en ese entramado que desconocen, en el que no confían y al que a veces temen.

El camino hacia la garantía efectiva del derecho a la protección de la salud y al derecho a la atención con calidad es largo y sinuoso pero transitable cuando en todos los niveles del sistema las decisiones se tomen con respeto a los derechos de los usuarios de los servicios de salud y las acciones se ejecuten con eficacia, efectividad, eficiencia, oportunidad, equidad y solidaridad, de acuerdo a los requisitos establecidos.

