ACUERDO nacional para la descentralización de los servicios de salud

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

ACUERDO NACIONAL PARA LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

I. INTRODUCCION

El proyecto de nación al que aspira el pueblo de México está claramente definido en sus principios constitucionales, entre los que destaca el Federalismo como expresión política esencial. El Federalismo encuentra sus raíces en la historia del país. Se advierte en la lucha de independencia y en la defensa de su soberanía. Es a su vez el origen de la unidad que representa la diversidad cultural de la nación y permite la integración armónica de todas las regiones. El México de hoy, complejo, diverso, y de promisorio futuro, requiere de un Federalismo renovado en su organización política que fortalezca su capacidad democrática y propicie un país más equilibrado y más justo.

Por otra parte, la salud es un elemento imprescindible del bienestar. Es el sustento para el pleno desarrollo de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura, por ello no se le puede concebir sólo como un valor biológico. Es también un bien social. Entendida de esta manera, la salud constituye un derecho esencial de todos. El nivel de salud poblacional es, sin duda, el más importante de los indicadores que dan cuenta del desarrollo social. Las medidas para elevarlo representan el componente más elemental de la justicia social. El derecho a la protección de la salud, previsto en el artículo 4o. Constitucional, determina principios de equidad y justicia que, con vocación humanista, asume el Estado Mexicano en todos sus órdenes de gobierno. Así lo identifica el Gobierno de la República y por ello convoca a un acuerdo nacional sobre la responsabilidad pública en la materia.

Este documento contiene, ya formalizado, el Acuerdo Nacional que permitirá la descentralización de los servicios de salud y lo suscriben: El Gobierno Federal, los gobiernos de cada una de las entidades federativas de la República Mexicana y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Los suscriptores de este Acuerdo Nacional reconocen los innegables avances logrados en la salud de los mexicanos que el Sistema Nacional de Salud ha alcanzado, pero les está claro también, la poca probabilidad que se tiene, bajo la forma actual de organización, de superar los rezagos acumulados y hacer frente a los nuevos retos, por lo que resulta indispensable la redefinición estructural del sistema.

El Gobierno Federal concurre al Acuerdo Nacional con los compromisos que en materia de salud se determinaron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y en el Programa de Reforma del propio sector. Los compromisos se atenderán principalmente por el desarrollo de cuatro estrategias:

1. La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada.

2. La configuración de sistemas estatales.

3. La ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios, y

4. El mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial.

Los trabajadores de la Secretaría de Salud se suman a este Acuerdo Nacional por convicción y vocación social.

II. ANTECEDENTES

La historia de la salud pública en el país y la conformación de éste como nación, se han entrelazado porque una ha sido siempre el propósito de la otra. El México independiente, en su origen, se caracterizó por la lucha de ideologías entre liberales y conservadores, federalistas y centralistas, que posteriormente se concretó en hechos por parte del Estado en beneficio de la población, de los cuales la política asistencial en salud es, sin duda, una de sus expresiones más vivas.

Al amparo de la filosofía liberal de gobierno, se alcanzaron importantes logros en la materia, entre otros, se suprimieron las contribuciones de hospital y, con ello, se estableció la obligación para que en todos los hospitales del país se admitiera a los indígenas enfermos como a cualquier otra persona. Asimismo, se eliminó el antiguo Tribunal del Protomedicato, lo que permitió que se desarrollara la Academia de Medicina Práctica de México, se expidiera el bando sobre Salubridad e Higiene Pública y se creara la Facultad Médica de la Ciudad de México. Estos hechos representan la esencia del modelo de atención a la salud, cuyos principios se plasmaron en el primer Código Sanitario de México.

Por otra parte, el siglo XX abrió amplias posibilidades para una definición moderna de la política asistencial en el campo de la salud. A partir de los años cuarenta se inicia una nueva etapa en la vida económica del país, caracterizada por el acelerado proceso de industrialización y urbanización. Con esto se transforma el México preponderantemente rural en un país más urbano, con importantes polos de desarrollo económico y con asentamientos humanos de los más importantes en el mundo. Sin embargo, persisten zonas de alta marginación y severos rezagos en satisfactores básicos y comunidades dispersas alejadas de las ciudades y con grandes necesidades sociales.

Este México contrastante presenta en el campo de la salud un perfil singular que marca su transición epidemiológica, donde coexisten enfermedades vinculadas al desarrollo industrial y tecnológico con aquéllas que caracterizan a la pobreza. Al tiempo que han disminuido las enfermedades y muertes de origen infeccioso, han aumentado los padecimientos crónico degenerativos. Las diarreas y las enfermedades respiratorias se han reducido a sólo algunas zonas del país, mientras que en las ciudades prevalecen las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, los accidentes, las muertes por homicidio y la diabetes.

En los últimos veinte años, el crecimiento de la población ha pasado de una tasa global de 3.2% anual a una de 1.8%; pero su composición y distribución plantean serias contradicciones. Del mismo modo, se ha incrementado de manera importante la esperanza de vida de la población, se han reducido las tasas de mortalidad infantil y las de fecundidad.

Estos cambios se explican básicamente por la mejoría en las condiciones de la vivienda, la alimentación, el acceso a los servicios de salud de grandes sectores de la población y los avances en la tecnología médica, los cuales han permitido disminuir la letalidad de muchas enfermedades infecciosas, generando con ello desafíos adicionales ligados a problemas de salud más costosos, de larga evolución y difícil prevención.

La permanencia de enfermedades propias de sociedades rurales poco desarrolladas, se explica por la desigual distribución de los recursos en la sociedad. Existen amplios sectores de la población, alrededor de 10 millones de personas, que enfrentan problemas graves de vivienda y hacinamiento, carencias alimentarias, falta de servicios básicos y acceso limitado a los servicios de salud. Esto hace que en los estados menos desarrollados todavía se encuentren enfermedades ya resueltas en las regiones de mayor desarrollo, lo que contribuye a la formación de un círculo vicioso de marginación, pobreza y enfermedad.

Por todo ello, es necesario revisar las condiciones actuales en las que se proporcionan los servicios de salud, con independencia del carácter público o privado del prestador, o la condición socioeconómica del usuario. La política asistencial en esta materia logra su consolidación en un Sistema Nacional de Salud que comprende a la Secretaría de Salud, que representa una de las principales instituciones promotoras de la justicia social en el país, a las instituciones dedicadas a la seguridad social, así como al campo de la medicina privada.

La conformación del actual Sistema Nacional de Salud ha implicado una enorme concentración de esfuerzos, cuyo efecto negativo se ha traducido en la centralización de decisiones y recursos; sin embargo, no podría afirmarse que todos los problemas en materia de salud se deban a ésta. También obedecen a la evolución histórica del país, a su conformación poblacional y, en última instancia, al carácter asimétrico del propio desarrollo social.

La adición Constitucional al artículo 4o. en el año de 1983, fue concebida como reclamo legítimo de la sociedad mexicana de aspirar a mejores niveles de vida y como responsabilidad histórica de los tres órdenes de Gobierno. A la par de esta adición, se reformó la legislación sanitaria, con lo cual se iniciaron los primeros esfuerzos por descentralizar los servicios de salud para la atención de la población abierta. En esa fase inicial, catorce estados de la Federación suscribieron convenios para hacerse cargo de la prestación de los servicios médicos; sin embargo, el proceso quedó incompleto aunque constituyó un ejercicio importante de reordenamiento del sistema en su conjunto.

Si bien el sistema de salud ha tenido avances importantes, aún no puede considerarse que est plenamente desarrollado, dado que debe transformarse para atender los problemas de salud que hoy enfrenta el país y sentar las bases para una estructura preventiva y de atención que resuelva eficazmente las necesidades del futuro. Esta realidad obliga a perfilar una nueva forma de organización del sistema de salud, a fin de fortalecer su capacidad y ampliar su cobertura para proporcionar más y mejores servicios a los mexicanos.

III. LA DESCENTRALIZACION

El grado actual de desarrollo del país y la complejidad para la ejecución de decisiones tomadas desde el orden federal en responsabilidades que de origen corresponden al orden local, entre otros factores, plantean la necesidad de descentralizar responsabilidades, recursos y decisiones con las que se cumple un doble propósito: el político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal; y el social, al acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad.

Los objetivos señalados se vinculan con los siguientes principios:

1. Los estados de la Federación asumirán cabalmente las responsabilidades que la Ley General de Salud les ha asignado.

2. Los estados de la Federación manejarán y operarán directamente los servicios de salud, en el ámbito de su competencia.

3. Los estados de la Federación manejarán, y operarán directamente los recursos financieros con la posibilidad de distribuirlos de forma acorde con las necesidades de los servicios y con las prioridades locales.

4. Los estados de la Federación participarán efectivamente en el diseño e instrumentación de la Política Nacional de Salud.

5. El fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud se dará a partir de la consolidación de los sistemas estatales.

6. La integración al ámbito estatal de las estructuras administrativas que actualmente operan los servicios federales de salud.

7. El desahogo de las cargas de trabajo administrativo para la Secretaría de Salud, permitirá hacer eficaz su reorientación como instancia normativa y operativa en aquellas materias que son de ejercicio exclusivo de la Federación.

8. El acercamiento de la autoridad local a la población demandante de servicios de salud, revitalizará la relación entre éstas y permitirá ejecutar con eficacia las funciones del Municipio en actividades sanitarias de conformidad con lo que la misma ley ordena y

9. En el marco del pleno respeto a los derechos laborales, se podrán desarrollar fórmulas innovadoras que permitan llevar hasta el límite regional los apoyos efectivos en beneficio de los trabajadores de la salud.

La descentralización de los servicios no implicará en medida alguna la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales, entidades federativas y municipios, para el establecimiento de las metas y la consecución de los objetivos.

El Consejo Nacional de Salud

Insertas en lo mejor de la herencia federal, en los últimos 50 años, las instituciones de salud han enfrentado y superado graves problemas sanitarios con espíritu y vocación humanista. Con ese espíritu y esa vocación se estableció la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud el 27 de enero de 1995. El Consejo Nacional de Salud funciona como instancia permanente de coordinación y concertación entre las autoridades centrales de la Secretaría y las autoridades de las 31 entidades federativas, para el desarrollo del proceso de descentralización.

Las funciones del Consejo son:

- Proponer lineamientos para la coordinación de acciones de atención en materia de salubridad general;

- Unificar criterios para el correcto cumplimiento de los programas de salud pública;

- Opinar sobre la congruencia de las acciones a realizar para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales de salud;

- Apoyar la evaluación de los programas de salud en cada entidad;

- Fomentar la cooperación técnica y logística entre los servicios estatales de salud en todo el país;

- Promover en las entidades los programas de salud; e,

- Inducir y promover la participación comunitaria y social para coadyuvar al proceso de descentralización y estudiar y proponer esquemas de financiamiento complementario para la atención de la salud pública.

Estas medidas y principios permitirán que la descentralización de los servicios de salud signifiquen la armonía y la congruencia de la política asistencial del Gobierno de la República, donde el papel rector que la ley le asigna a la Secretaría de Salud sea efectivo y permita afrontar con éxito, en un ejercicio de Federalismo, los rezagos y retos que encara la medicina mexicana.

El Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud

En el marco de absoluto respeto a los derechos laborales, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud ha decidido contribuir a la consolidación de los sistemas estatales de salud con su experiencia y vocación de servicio, a fin de que los gobiernos estatales asuman las funciones que la ley les asigna y los compromisos que se derivan del Acuerdo Nacional. De esta manera, el Sindicato Nacional hace suyos, una vez más, los contenidos de la tesis federalista, para el fortalecimiento de las instituciones del país.

La relación laboral, en el contexto de un Federalismo renovado, se sustenta en el respeto a la soberanía de las entidades federativas y en el respeto de la independencia de la agrupación gremial. El Sindicato Nacional hace suyos, una vez más, los contenidos de la tesis federalista. En tal virtud, formulará mecanismos innovadores que impulsen y alienten mayores espacios de participación a nivel seccional.

IV. LOS ORDENES DE GOBIERNO EN LA SALUD

La Ley General de Salud define con claridad las responsabilidades que a la Federación y a los estados corresponden en materia de salubridad general. En estricto apego a ella, la Federación, por conducto de la Secretaría de Salud, reitera su compromiso de:

1. Asegurar que la política nacional en la materia responda eficazmente a las prioridades locales y nacionales para así fortalecer a los sistemas estatales y, con ello, al Sistema Nacional, a través de la determinación de lineamientos claros para el ejercicio de atribuciones.

2. Revisar la normatividad de las materias de salubridad general y proponer las modificaciones legislativas y reglamentarias necesarias para la operación del nuevo esquema de atención.

3. Evaluar la prestación de los servicios, con miras a corregir desviaciones, revisar metas, reorientar acciones y mejorar el uso de los recursos.

4. Fortalecer el sistema integral de información para apoyar a los estados en lo que éstos consideren.

5. Consolidar y operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

6. Impulsar la investigación y enseñanza con el propósito de formar cuadros de investigadores capaces de generar conocimientos científicos y desarrollar nuevas tecnologías en el área médica.

7. Establecer mecanismos más eficientes de coordinación, con otras dependencias, en la atención de problemas de salud, en particular en materia de saneamiento ambiental.

8. Fortalecer el control sanitario, así como en los procesos de importación y de exportación de

medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, plaguicidas, fertilizantes, fuentes de radiación, sustancias tóxicas o peligrosas, y mantener permanentemente actualizada a la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

El nuevo esquema permite a la Secretaría de Salud mayor posibilidad de mejorar los sistemas de control y vigilancia sanitaria sobre el funcionamiento de servicios proporcionados a la población, sean éstos públicos, sociales o privados.

Los gobiernos estatales, por su parte, al asumir la operación de los establecimientos de salud, se abocarán a asegurar en beneficio de la población:

1. La adecuada organización y operación de los servicios de atención médica, materno infantil, planificación familiar y salud mental, entre otros.

2. La orientación y vigilancia en materia de nutrición.

3. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.

4. La salud ocupacional y el saneamiento básico.

5. La prevención y el control de enfermedades transmisibles.

6. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

7. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los discapacitados.

8. El programa contra el alcoholismo, el tabaquismo y las adicciones, y

9. Los programas de asistencia social.

La acción de los gobiernos estatales en el impulso, organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, en la promoción de la formación de los recursos humanos y la investigación, será decisiva para que el país alcance los niveles de bienestar social a que aspira la sociedad.

Los estados contribuirán de manera significativa en la consolidación del Sistema Nacional de Salud a través de la formulación y desarrollo de sus programas locales, y de conformidad con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa de Reforma del Sector Salud y este Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

Los estados adquieren el compromiso de mejorar sus sistemas de verificación y control sanitario de los establecimientos que expendan o suministren al público alimentos y bebidas no alcohólicas y alcohólicas, en estado natural, mezclados, preparados, adicionados o acondicionados, para su consumo dentro o fuera del mismo establecimiento, basándose en las normas que al efecto se emitan.

Por lo que se refiere a su relación con los actuales trabajadores federales que se incorporarán a los sistemas estatales de salud, los gobiernos de los estados asumen el compromiso de efectuar todas las acciones, gestiones o actos necesarios para que en las leyes o decretos de creación de los organismos públicos descentralizados estatales que se harán cargo de los servicios de salud, se establezca el respeto y la aplicación de todos los derechos, prerrogativas, beneficios y prestaciones contenidas en las

disposiciones federales legales y administrativas aplicables.

El esfuerzo y compromiso conjunto de los gobiernos federal y locales, a través de la coordinación entre estos órdenes de gobierno prevista en la Ley General de Salud, permitirá arribar a mejores resultados en áreas sanitarias que representan especial importancia para la salud pública, como son:

1. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación, y productos higiénicos, y el de los establecimientos dedicados a su proceso.

2. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios.

3. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

4. La prevención del consumo de drogas ilegales, y

5. La sanidad internacional.

La política compensatoria de la descentralización

El propósito que anima la fundación del pacto federal mexicano, estriba esencialmente en el logro de la justicia social. Asimismo, cuando se hace referencia a la variada composición nacional, se alude a la justicia distributiva. Por ello, en el contexto de la descentralización de los servicios de salud, la Federación por conducto de la Secretaría, ratifica su compromiso con la sociedad de hacer realidad este principio esencial del quehacer Republicano.

Así, la autoridad sanitaria federal destinará mayores recursos a aquellas regiones que cuentan con núcleos de población más vulnerables y con carencias más acusadas. Ello, con el objeto de promover el desarrollo equitativo de todos los integrantes de la Federación. El proceso de descentralización operativa tiene en el Programa de Ampliación de Cobertura, su expresión más ambiciosa para llegar a los lugares donde todavía no se prestan los servicios regulares de salud.

V. APOYO AL PROCESO DE DESCENTRALIZACION

Con el propósito de alcanzar las metas planteadas en el proceso de descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas, se dará inicio a un conjunto de acciones de apoyo que comprenderán dos importantes ámbitos de acción, el primero de ellos se orienta a desarrollar programas de carácter sustantivo y el segundo al reforzamiento de la operación estatal.

En los programas sustantivos se engloban aspectos relacionados con la consolidación y modernización de la infraestructura, estrategias de abasto y suministro de insumos de equipos médicos, impulso y desarrollo de la enseñanza y la investigación, la desregulación y simplificación de trámites federales en materia de control y regulación sanitaria, información y difusión sobre la prestación de los servicios, así como actualización en las cuotas de recuperación, estudios sobre la prestación de los servicios en el medio rural, urbano y en las comunidades marginadas, la generación de indicadores de productividad y eficiencia, y el fortalecimiento de acciones en medicina preventiva, educación y fomento a la salud.

Para reforzar la operación estatal, se instrumentarán programas relacionados con la regularización de inmuebles, activos y bienes muebles, simplificación administrativa, dotación de equipos y redes de

cómputo, fortalecimiento de las estructuras organizativas y ocupacionales, así como la celebración de convenios con instituciones educativas y el desarrollo de acciones conjuntas en materia de actualización y asistencia técnica para el personal.

Por otra parte, se realizarán reuniones permanentes de análisis y evaluación de la prestación y modernización de los servicios y se evaluará permanentemente el proceso de descentralización a través del Consejo Nacional de Salud.

VI. LA PARTICIPACION CIUDADANA

La importancia de la participación ciudadana en las acciones de gobierno, ha sido definida como fundamental por el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, al señalar que un fenómeno especialmente alentador de los últimos años, ha sido la multiplicación de los espacios de participación que la ciudadanía reclama para sí en asuntos de interés público, perfilando un compromiso colectivo entre el gobierno y las organizaciones sociales, cuyo rasgo definitivo radica en su espíritu de colaboración y corresponsabilidad en la atención de problemas de la comunidad. Está claro que diversos problemas de desarrollo social y comunitario sólo pueden ser resueltos conjuntando las acciones del gobierno, la sociedad y sus organizaciones.

Es necesario, por tanto, avanzar en la tarea de diseño de mecanismos concretos de participación permanente de la ciudadanía en la elección de alternativas, políticas y programas gubernamentales. Es por esto que toda transferencia de facultades y recursos a los gobiernos locales, deberá estar sujeta a la condición de incorporar la participación ciudadana. Se trata de que al fortalecer a los gobiernos locales, se fortalezca también un nuevo estilo de gestión pública.

Se deberá buscar la incorporación de comités de servicios de consejos ciudadanos, de asociaciones civiles y de organizaciones no gubernamentales en general, a las instancias de decisión de los programas de gobierno. En este tipo de participación se buscará mantener fuentes permanentes de opinión, evaluación y propuestas sobre la calidad de los servicios y la pertinencia de las acciones de gobierno. Sólo de la forma propuesta se podrán establecer en las instancias locales de gobierno, estructuras ciudadanas de monitoreo permanente sobre la eficacia de las instituciones y el acierto de las políticas con una mayor credibilidad sobre el quehacer gubernamental, mismo que deberá generar un clima de confianza necesario en este tipo de relaciones.

VII. EL DESARROLLO REGIONAL

El Acuerdo que se suscribe hoy, constituye una nueva forma de relación entre el gobierno federal y los gobiernos de los estados. Comprende también a los municipios, con una visión integral que contempla a la nación mexicana como la entidad compleja, plural y diversa que es, pero en toda su solidez y unidad.

Una organización que respete las diferencias, pero provea los medios para su convergencia en torno a objetivos comunes, conformando un federalismo que responda con plenitud y eficacia a la renovación de la República, para que cada día se avance en la consolidación de la justicia, la libertad y la democracia.

En virtud de lo anterior los firmantes del Acuerdo Nacional se comprometen a celebrar acuerdos de coordinación para concretar sus respectivas responsabilidades en la conducción y operación de los servicios de salud.

Ciudad de México, a los veinte días del mes de agosto de mil novecientos noventa y seis.- Estas firmas corresponden al Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, que se suscribe

el 20 de agosto de 1996.- Por el Ejecutivo Federal: El Secretario de Salud, **Juan Ramón de la Fuente**.- Rúbrica.- Por los Gobiernos de los Estados: El Gobernador de Aguascalientes, **Otto Granados Roldán**.- Rúbrica.- El Gobernador de Baja California, **Héctor Terán Terán**.- Rúbrica.- El Gobernador de Baja California Sur, **Guillermo Mercado Romero**.- Rúbrica.- El Gobernador de Campeche, **Jorge Salomón Azar García**.- Rúbrica.- El Gobernador de Colima, **Carlos de la Madrid Virgen**.- Rúbrica.- El Gobernador de Chiapas, **Julio César Ruiz Ferro**.- Rúbrica.- El Gobernador de Coahuila, **Rogelio Montemayor Seguy**.- Rúbrica.- El Gobernador de Chihuahua, **Francisco Javier Barrio Terrazas**.- Rúbrica.- El Gobernador de Durango, **Maximiliano Silerio Esparza**.- Rúbrica.- El Gobernador de Guanajuato, **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Gobernador de Guerrero, **Angel Heladio Aguirre Rivero**.- Rúbrica.- El Gobernador de Hidalgo, **Jesús Murillo Karam**.- Rúbrica.- El Gobernador de Jalisco, **Alberto Cárdenas Jiménez**.- Rúbrica.- El Gobernador del Estado de México, **César Camacho Quiroz**.- Rúbrica.- El Gobernador de Michoacán, **Víctor Manuel Tinoco Rubí**.- Rúbrica.- El Gobernador de Morelos, **Jorge Carrillo Olea**.- Rúbrica.- El Gobernador de Nayarit, **Rigoberto Ochoa Zaragoza**.- Rúbrica.- El Gobernador de Nuevo León, **Benjamín Clariond Reyes Retana**.- Rúbrica.- El Gobernador de Oaxaca, **Diódoro Carrasco Altamirano**.- Rúbrica.- El Gobernador de Puebla, **Manuel Bartlett Díaz**.- Rúbrica.- El Gobernador de Querétero, **Enrique Burgos García**.- Rúbrica.- El Gobernador de Quintana Roo, **Mario Ernesto Villanueva Madrid**.- Rúbrica.- El Gobernador de San Luis Potosí, **Horacio Sánchez Unzueta**.- Rúbrica.- El Gobernador de Sinaloa, **Renato Vega Alvarado**.- Rúbrica.- El Gobernador de Sonora, **Manlio Fabio Beltrones Rivera**.- Rúbrica.- El Gobernador de Tabasco, **Roberto Madrazo Pintado**.- Rúbrica.- El Gobernador de Tamaulipas, **Manuel Cavazos Lerma**.- Rúbrica.- El Gobernador de Tlaxcala, **Jos Antonio Alvarez Lima**.- Rúbrica.- El Gobernador de Veracruz, **Patricio Chirinos Calero**.- Rúbrica.- El Gobernador de Yucatán, **Víctor Manuel Cervera Pacheco**.- Rúbrica.- El Gobernador de Zacatecas, **Arturo Romo Gutiérrez**.- Rúbrica.- Por la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado: El Secretario General, **Héctor Valdés Romo**.- Rúbrica.- Por el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud: El Secretario General, **Joel Ayala Almeida**.- Rúbrica.

Fecha de Publicación: 25 de septiembre de 1996