

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Resumen de Evidencias y Recomendaciones

TRIAGE HOSPITALARIO DE  
PRIMER CONTACTO EN LOS  
SERVICIOS DE URGENCIAS  
ADULTOS PARA EL SEGUNDO Y  
TERCER NIVEL

# GPC

Guía de práctica clínica

Catálogo Maestro ISSSTE- 339-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450 piso 13 Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC.

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conformaran el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la guía aquí contenida sea completa y actual; por lo que sume la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de interés.

Las recomendaciones son de carácter general por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán, basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la tención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Triage Hospitalarios de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención** México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

## CIE-10: Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel

### Coordinadores:

Dra. Greta Miranda Cerda	Urgencias Médico Quirúrgicas	ISSSTE	Jefe de Departamento Central de Emergencias
--------------------------	------------------------------	--------	---

### Autores :

Dr. Oliver García Trujillo	Médico General	ISSSTE	Médico Supervisor del Departamento del Desarrollo de la Atención Quirúrgica y de Urgencias
Dr. Enrique Elguero Pineda	Médico Internista	ISSSTE	Jefe de Servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos
Dr. Jorge Juan Ordoñez Cerón	Urgencias Quirúrgicas	ISSSTE	Coordinador de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de León, Guanajuato
Dr. Alfredo Cabrera Rayo	Médico Internista	ISSSTE	Jefe de Urgencias Adultos del Hospital Regional 1º de Octubre
Dr. Royma Sibely Ávila Ramírez	Médico General	ISSSTE	Adscrita al departamento de Atención Quirúrgica y de Urgencias
Dr. Héctor Rodolfo Hurtado Reyna	Ginecología y Obstetricia	ISSSTE	Jefe de Servicio de Medicina Especializada y Hospitalaria
Dr. Luis Alberto Castañón Ramírez	Cirugía General	ISSSTE	Jefe de Departamento del Desarrollo de la Atención Quirúrgica y de Urgencias
Dra. Beatriz Pozos Loza	Urgencias Quirúrgicas	IMSS	Jefe de Servicio de Urgencias del HGZ 8
Dr. José Antonio Bandillo	Urgencias Quirúrgicas	IMSS	Subdirector Médico del HGZ 8
Dr. Fernando Hernández González	Urgencias Quirúrgicas	IMSS	Subdirector Médico de la Clínica 24
Dr. Osman Paz	Urgencias Quirúrgicas	IMSS	Adscrito a la Clínica 98
Dr. René Ortega León	Urgencias Quirúrgicas	IMSS	Adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital General e Uruapan, Mich.
Dr. Jorge Loria Castellanos	Urgencias Quirúrgicas	IMSS	Profesor Titular de Especialidad de Urgencias HGZ 25
Dr. Miguel Ángel Russi	Urgencias Quirúrgicas	IMSS	Médico Adscrito al Hospital de Especialidades de La Raza
Dr. Juan Manuel Roca Luna	Urgencias Quirúrgicas	IMSS	Médico Adscrito a Urgencias del HGZ 25
Dr. Gerardo Eduardo Gutiérrez Guijón	Urgencias Quirúrgicas	SSA	Jefe de Proyecto SUMAR
Dra. Mitzi Lorena López	Médico General	Hospital Médica Sur	Coordinador Médico de Estudios

CIFBIOTEC

**Validación interna:**

Dr. José Bernabé Ramírez  
Cabrera

Médico  
Intensivista

ISSSTE

Subdirector de Regulación y Atención  
Hospitalaria

**Validación  
Interinstitucional:**

Dr. Rafael Rodríguez  
Cabrera

Médico  
Ortopedista

IMSS

Director de Unidad Médica de Alta  
Especialidad Magdalena de las Salinas

Academia Mexicana  
de Cirugía

**Validación Externa:**

Dr. Carlos Lijtszain Sklar

Médico  
Intensivista.

Hospital ABC  
Observatorio

Jefe de Servicio de Urgencias

Academia Nacional de  
Medicina

Maestría en  
Gestión de  
Hospitales

## Índice

1. <b>Clasificación</b> .....	6
2. Preguntas a responder por <b>esta guía</b> .....	7
3. Aspectos generales	
3.1. <b>Justificación</b> .....	8
3.2. Objetivo. ....	9
3.3. Definición. ....	9
4. Evidencias y <b>recomendaciones</b> .....	11
4.1. Aplicación y manejo del Triage en un servicio de Urgencias de 2° y 3er nivel.....	11
5. <b>Bibliografía</b> .....	14
6. Comité Académico.....	16
7. <b>Directorio</b> .....	17
8. <b>Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica</b> .....	18

## 1. Clasificación

Catálogo maestro: ISSSTE-339-08	
<b>Profesionales de la salud.</b>	Enfermería, Médicos Generales, Médicos Familiares, Cirujanos, Anestesiólogos, Cardiólogos, Ginecólogos, Intensivistas, Ortopedista, Geriatras y Urgenciólogos
<b>Clasificación de la enfermedad.</b>	Dado que es una clasificación y no una enfermedad, no aplica el CIE-10
<b>Categoría de GPC.</b>	Segundo y Tercer nivel de atención. Consejería en relación a los factores de riesgo. Evaluación y Educación para la Salud.
<b>Usuarios potenciales.</b>	Enfermeras Generales                      Médicos Generales                      Paramédicos Enfermeras Especializadas              Médicos urgenciólogos Personal de Salud en Servicio Social      Médicos pediatras Planificadores de Servicios de Salud      Médicos familiares Personal médico en formación              Técnicos en enfermería
<b>Tipo de organización desarrolladora.</b>	Gobierno Federal Secretaría de Salud Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Hospital Regional 1° de Octubre) Instituto Mexicano del Seguro Social (Hospital General de Zona No. 8, Hospital General de Zona No. 25, Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, Hospital General de Uruapan, Clínica 98) Hospital Médica Sur Sanatorio Durango Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
<b>Población blanco.</b>	Mujeres y Hombres de 19 años y más.
<b>Fuente de financiamiento / patrocinador.</b>	Gobierno Federal Secretaría de Salud Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Hospital Regional 1° de Octubre) Instituto Mexicano del Seguro Social (Hospital General de Zona No. 8, Hospital General de Zona No. 25, Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, Hospital General de Uruapan, Clínica 98) Hospital Médica sur Sanatorio Durango Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
<b>Intervenciones y actividades consideradas.</b>	Signos vitales, preguntas dirigidas, exploración física dirigida y estadificación de la gravedad del paciente.
<b>Impacto esperado en salud.</b>	Contribuir con la categorización del paciente con urgencias calificada. Disminuir los tiempos de espera del paciente para ingresar a una sala de urgencias.
<b>Metodología<sup>1</sup>.</b>	<Adopción de guías de práctica clínica ò elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
<b>Método de validación</b>	Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Registro y actualización</b>	REGISTRO: ISSSTE- 339-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2 a 3 años a partir de la fecha de publicación

<sup>1</sup> Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

<sup>1</sup> Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: [www.cenetec.salud.gob.mx/](http://www.cenetec.salud.gob.mx/).

## 2. Preguntas a responder por esta Guía

1. ¿Qué y cuál es el objetivo del Triage Hospitalario de primer contacto?
2. ¿Quién realiza el Triage Hospitalario de primer contacto?
3. ¿En dónde se aplica el Triage Hospitalario de primer contacto?
4. ¿Qué acciones específicas realiza el Triage Hospitalario de primer contacto?
5. ¿Cuáles son los datos clínicos utilizados en el Triage Hospitalario de primer contacto?
6. ¿Cuáles son los parámetros clínicos utilizados en el Triage Hospitalario de primer contacto?
7. ¿Con base a la prioridad de atención a qué área del Servicio de Urgencias se derivará al paciente una vez clasificado?
8. ¿Cuáles son las acciones específicas de capacitación para el personal médico, paramédico y en formación?

### 3. Aspectos Generales

#### 3.1 Justificación

Se estima para finales del 2008 en México una población de 106,361,239 habitantes que demandarán un total de 314,245,170 consultas, de las cuales 32,554,818 serán atendidas en el servicio de Urgencias con un promedio diario de 89,192 consultas, que representa al 10.35% del total de consultas. Esta cifra representa un incremento en la demanda de la población del 4.33% con respecto al 2006.

El proceso de clasificación de los pacientes (Triage) que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios, se ha convertido en una necesidad apremiante. Por una parte existe una gran demanda de atención y saturación de dichos servicios y por la otra, es necesario establecer criterios y procesos específicos de atención, que reduzcan la morbi-mortalidad de los usuarios independientemente de la unidad hospitalaria que los reciba.

Es necesario homologar estos criterios en el Sistema Nacional de Salud, para que todas las instituciones manejen la misma escala de gravedad, que permita establecer las prioridades para la atención del paciente crítico, asegurando que este reciba atención eficaz, oportuna y adecuada, procurando con ello limitar el daño, disminuir las secuelas y acortar el tiempo de convalecencia.

En ocasiones, el paciente que asiste a urgencias, puede encontrarse en una fase terminal de la enfermedad, en donde la intervención clínica no mejorará las expectativas de sobrevivencia, dando lugar al encarnizamiento terapéutico. En estos casos, el Triage facilitará la identificación de estos casos, reduciendo intervenciones innecesarias, permitiendo así una muerte digna con apego a los aspectos éticos y legales que privan en la sociedad.

La guía tiene aplicación en cualquier servicio de urgencias de adultos de segundo y tercer nivel, facilitando el abordaje y valoración inicial por el personal de salud, del paciente que solicita el servicio de urgencias determinando la prioridad de la atención para derivarlo al área correspondiente.

## 3.2 Objetivo de esta Guía

La guía de práctica clínica: **Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias de Adultos para el Segundo y Tercer Nivel**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Categorizar la atención del paciente en una urgencia calificada.
- Identificar los factores de riesgo para categorizar la urgencia calificada.
- Priorizar al paciente en el área correspondiente: sala de reanimación, sala de observación o primer contacto (consultorios).

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

## 3.3 Definición

Triage es un término francés utilizado para seleccionar, escoger, optimizar.

El Triage entendido como proceso de valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de Urgencias y que en una situación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primero. (Gómez Jiménez J.,2003)

## 4. Evidencias y Recomendaciones

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía.



Evidencia.



Recomendación.



Punto de buena práctica.

## 4.1 Aplicación y Manejo del Triage en un Servicio de Urgencias de Segundo y Tercer Nivel

Evidencia / Recomendación	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Todos los pacientes que solicitan atención médica con un Traumatismo Craneoencefálico deben ser evaluados por un miembro entrenado del grupo médico dentro de los primeros 15 minutos de llegada al servicio de urgencias.	III NICE 2004
E	Diversos autores, entre ellos los de Canadá, consideran que la utilización de Triage redundaría en beneficios sobre resultados en la atención de pacientes en los servicios de urgencias.	D NICE 2004
E	El Triage tiene origen en Francia con Napoleón. Se utilizó por primera vez en la Primera Guerra Mundial para atender a los heridos.	D NICE 2004
R	Se sugiere que se establezca en los servicios de Urgencias un Triage de 3 niveles o más para optimizar la atención del paciente.	B United States, Preventive Services Task Force, 2002
E	El Triage permite la reducción de los tiempos de espera y la administración de analgesia en los <b>pacientes que acuden presentando "dolor" al servicio de Urgencias.</b>	B SIGN 2005
R	Los objetivos de hacer un Triage están encaminados a mejorar la atención de los pacientes y disminuir el tiempo de espera para su atención y secundariamente disminuir la saturación de los servicios de Urgencias.	C NICE 2004

R	Es indispensable promover el concepto de urgencia médica y su significado en la población general y en el personal de salud.	D NICE 2004
E	El binomio enfermera-médico o la enfermera es el personal indicado para realizar el Triage.	IV NICE 2004
R	Debe homogeneizarse el tipo de profesional que efectúa el Triage de primer contacto.	IV NICE 2004
R	El médico es la persona indicada para realizar el Triage en los pacientes cardiopatas.	B SIGN 2005
R	Debe mejorarse la clasificación de los pacientes mediante la capacitación del personal y la utilización de un Triage bien estructurado.	IV NICE 2004
R	Se recomienda que se analice la forma en que se ha clasificado y atendido al paciente para desarrollar índices de calidad.	D NICE 2004
R	La categoría del Triage debe modificarse dependiendo del estado de conciencia del paciente, mediante el uso de escalas, como la escala de Glasgow u otras.	IV NICE 2004
R	El nivel del Triage con que se clasifique al paciente adulto dependerá de las constantes vitales, así como la sintomatología y patología asociada.	B SIGN 2005



El paciente con probable patología cardiovascular, los datos clínicos apoyados con el electrocardiograma permitirán un mejor nivel de clasificación en el Triage.

B  
SIGN 2005



El Triage debe basarse en la evaluación de signos vitales, condiciones de vida, tratamiento, apoyo de laboratorio y gabinete, intervenciones terapéuticas y evaluación dinámica.

C  
NICE 2004



De acuerdo al nivel de Triage se asignará al paciente a un área específica de atención.

III  
NICE 2004



De acuerdo al Triage se decidirá si el paciente puede esperar o pasa a la sala de observación.

B  
SIGN 2005



El nivel de Triage determinará si la atención del paciente será inmediata o puede esperar.

C  
NICE 2004

## 5. Bibliografía

- American College of Emergency Physicians. A uniform Triage Scale in Emergency Medicine.
- BULLARD Michael, UNGER Bernard, SPENCE Julie, et al.; "Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines"; Canadian Journal of Emergency Medicine, 2008; 10(2); pp. 136-142.
- BUSTOS-CÓRDOVA E, MARTINEZ-PANTALEON OB, et al. "¿Cuándo un problema de salud es una urgencia médica y cuándo no lo es?"; Rev Mex Pediatr, 2005; 72(6); 308-314.
- Brendan M. REILLY, Arthur T. EVANS, et al. "Impact of a Clinical Decision Rule on Hospital Triage patients with acute cardiac ischemia in the Emergency Department"; JAMA, 2002; 288(3):342-350.
- "Documento de Consenso en Triage de Urgencias y Emergencias Estructurado"; Comisión Nacional de Consenso en Triage (CNCT)- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Febrero 2003.
- DUCHARME James, TANABE Paula, HOMEL Peter, et al. "The Influence of Triage Systems and Triage Scores on Timelines of ED Analgesic Administration"; American Journal of Emergency Medicine, 2008; 26: 867- 873.
- FOSNOCHT David, SWANSON Eric. "Use of Triage Pain Protocol in the ED". American Journal of Emergency Medicine, Jan 2007(25):791- 793.
- R. F. García González, M. Gago Fornells, et al. "Visión de la enfermería de urgencias hospitalaria ante la herramienta de triage". Emergencias, 2003;15:28-32.
- "Guideline Head Injury. Triage, assessment, investigation and early management of head injury in infants, children, and adults". National Institute for Health and Clinical Excellence. September 2007, p. 54.
- ILLESCAS FERNANDEZ Gerardo José; "Triage: Atención y Selección de Pacientes." Trauma, Mayo-Agosto 2006; 9(2): pp. 48-56.
- Iserson KV, Moskop JC. "Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types". Ann Emerg Med. 2007 Mar;49(3):275-81.
- Les Vertesi. Does the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? CJEM, 2004;6(5):337-342.
- López Resendiz J, Montiel Estrada MD, Liconza Quezada R. "Triage en el Servicio de Urgencias". Medicina Interna, 2006, 22: 310-318.
- Education and Quality Report. Consistency of Triage in Victoria's Emergency Departments. Monash Institute of Health Services Research, Monash Medical Centre, Clayton, Australia. July 2001.
- Moskop JC, Iserson KV. "Triage in medicine, Part II: Underlying Values and Principles". Ann Emerg Med. 2007 Mar;49(3):282-7.

- Palacio Marco, Nuria; Casablanca Claramunt, Magdalena. Triage en el servicio de urgencias-emergencias pediátricas.  
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo171/capitulo171.htm>
- Pines J, Prosser J, et al. "Predictive values of triage temperature and pulse for antibiotic administration and hospital admission in elderly patients with potential infection." , 2006 Oct;24(6):679-83.
- Prah R, Lewis L, Richter C. "Identifying high-risk patients for tiage and resource allocation in the ED". Am J Emerg Med, 2006(25): 794-798.
- Sacco W, Navin M, et al. "A new Resource- Constrained Method Applied to Victims of Penetrating Injury". J Trauma, 2007;63:316 –325.
- Subash F, Dunn F. "Team Triage improves Emergency Department Efficiency". Emerg Med J, 2004;21:542-544.
- Tanabe P, Travers D, et al. "Referring Emergency Severity Index Triage Criteria." Acad Emerg Med, June 2005; (12)6: 497- 501.
- Van Veen M, Steyerber E, Ruige M, et al. "Manchester Triage System in Pediatric Emergency Care: Prospective observational study". BMJ, 2008; 337:a1507.
- Warren DW, Jarvis A, et al. "Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines (PaedCTAS)". CJEM. 2008 May;10(3):224-43.

## 6. Comité académico

### Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Sergio Barragán Padilla

Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria

Dr. Emeterio Leobardo Gómez Torres

Jefe de Servicios

Lic. Patricia Reynoso Hernández

Asesores de Guías Prácticas Clínica

Dra. María Fernanda Acosta Martínez

Dr. Alfonso Bahena Pérez

Lic. Yoseli Guzmán Piña

## 7. Directorio

Secretaría de Salud  
Dr. Salomón Chertorivski  
Woldenberg  
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro  
Social / IMSS  
Mtro. Daniel Karam Toumeh  
Director General

Instituto de Seguridad y  
Servicios Sociales de los  
Trabajadores del  
Estado / ISSSTE  
Lic. Jesús Villalobos López  
Director General

Sistema Nacional para el  
Desarrollo  
Integral de la Familia / DIF  
Lic. María Cecilia Landerreche  
Gómez Morin  
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX  
Dr. Jesús Federico Reyes  
Heróles González Garza  
Director General

Secretaría de Marina  
Almirante Mariano Francisco  
Saynez Mendoza  
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa  
Nacional  
General Guillermo Galván  
Galván  
Secretario de la Defensa  
Nacional

Consejo de Salubridad General  
Dr. Enrique Ruelas Barajas  
Secretario del Consejo de  
Salubridad General

### DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. A. Irán Suárez Villa  
Encargado del despacho de la  
Dirección Médica.

Dr. Sergio Barragán Padilla  
Subdirector de Regulación y  
Atención Hospitalaria

Dr. Emeterio Leobardo Gómez Torres  
Jefe de Servicios

## 8. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez	Presidenta
<b>Subsecretaría de Innovación y Calidad</b>	
Dr. Mauricio Hernández Ávila	Titular
<b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	
Dr. Julio Sotelo Morales	Titular
<b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg	Titular
<b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	
Dr. Jorge Manuel Sánchez González	Titular
<b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	
Dr. Octavio Amancio Chassin	Titular
<b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes	Titular
<b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos	Titular
<b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	
Dr. Santiago Echevarría Zuno	Titular
<b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	
Dr. A. Irán Suárez Villa	Titular
<b>Encargado del Despacho de la Dirección Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate	Titular
<b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna	Titular
<b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci	Titular
<b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	
Dr. Rafael Santana Mondragón	Titular
<b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
<b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	
Dra. Gabriela Villarreal Levy	Titular
<b>Directora General de Información en Salud</b>	
M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular y suplente del presidente
<b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	
Dr. Franklin Libenson Violante	Titular 2008-2009
<b>Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	
Dr. Luis Felipe Graham Zapata	Titular 2008-2009
<b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola	Titular 2008-2009
<b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero	Titular
<b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	
Dr. Jorge Elías Dib	Titular
<b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo	Asesor Permanente
<b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	
Mtro. Rubén Hernández Centeno	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	
Dr. Roberto Simon Sauma	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	
Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
<b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	