






El servicio de emergencia del Hospital Rebagliati y la especialidad de Medicina de Emergencias y Desastres en Perú

The emergency service at Rebagliati Hospital and the specialty of Emergency and Disaster Medicine in Peru

Fernando Tazza-Quiroz^{1,2,a} ; Waldo Taype-Huamani^{1,3,b} ; Rolando Vásquez-Alva^{1,2,b} ; Lino Castro-Coronado^{1,4,a} ; José Amado-Tineo^{1,2,c} 

¹ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú.

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

³ Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.

⁴ Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.

^a Médico Internista y Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres.

^b Médico Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres.

^c Médico Internista y Doctor en Medicina.

Autor de correspondencia: José Amado-Tineo; jpamadot@gmail.com

Historia del artículo:

Recibido: 01/01/2026

Aceptado: 27/01/2026

Publicado: 1/04/2026

Resumen

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) es un referente en Perú y América del Sur, fundado en 1958, cuyo servicio de emergencia se adaptó progresivamente a las necesidades del sistema sanitario. En 1985 se crearon áreas específicas para emergencias pediátricas, gineco-obstétricas y de salud mental, quedando la emergencia de adultos orientada a emergencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas en población asegurada mayor de 14 años. En 1988 inició la unidad de trauma-shock destinada a la reanimación inmediata de pacientes con riesgo de vida. En 2016, la emergencia de adultos fue trasladada a un nuevo edificio de cinco niveles con infraestructura y equipamiento especializados. Pese a la sobredemanda y el hacinamiento relacionados con el sistema sanitario, el servicio se adecuó para responder a eventos epidémicos como cólera (1991), influenza A(H1N1) (2009) y COVID-19 (2020). Actualmente brinda más de 160 000 atenciones anuales y admite a más de 22 000 pacientes a salas de observación. En 1993 se formalizó la especialidad de Medicina de Emergencias y Desastres en el Perú, siendo el HNERM un pilar para la formación de especialistas y otros profesionales vinculados a la respuesta organizada ante emergencias y desastres.

Palabras clave: Urgencias médicas; Servicio de urgencia en hospital; Medicina de emergencia; Historia.

Abstract

The Edgardo Rebagliati Martins National Hospital (HNERM) is a benchmark in Peru and South America. Founded in 1958, its emergency department has progressively adapted to the needs of the healthcare system. In 1985, dedicated areas were created for pediatric, obstetric-gynecological, and mental health emergencies, while the adult emergency department focused on medical, surgical, and trauma emergencies in the insured population older than 14 years. In 1988, a trauma-shock unit started operating to provide immediate resuscitation for life-threatening patients. In 2016, the adult emergency department moved to a new five-story facility with specialized infrastructure and equipment. Despite persistent overcrowding related to the national health system, the department adapted to major epidemics such as cholera (1991), influenza A(H1N1) (2009), and COVID-19 (2020). It currently delivers more than 160,000 visits per year and admits more than 22,000 patients to observation wards. In 1993, the specialty of Emergency and Disaster Medicine was formally established in Peru, with the HNERM emergency department becoming a key pillar for training specialists and other professionals involved in organized responses to emergencies and disasters.

Keywords: Emergencies; Emergency department; Emergency medicine; History.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Versión electrónica: ISSN 3119-7213e CrossRef DOI: 10.65920/rpmed

OJS: <https://rpmed.pe/ojs>

Citar como:

Tazza-Quiroz F, Taype-Huamani W, Vásquez-Alva R, Castro-Coronado L, Amado-Tineo J. El servicio de emergencia del Hospital Rebagliati y la especialidad de Medicina de Emergencias y Desastres en Perú. *Rev Per Med Emg Desast.* 2026;1(1):5–11. DOI: 10.10.65920/rpmed.202611.7

Introducción

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) es uno de los hospitales emblemáticos de la seguridad social en el Perú y uno de los más grandes del continente. Su Servicio de Emergencia realiza aproximadamente 160 mil atenciones anuales [1], constituyendo una puerta de entrada crítica para pacientes con patologías agudas y trauma. A lo largo de su historia, el servicio ha experimentado procesos de adaptación organizacional y tecnológica para responder a la demanda creciente y a la complejidad del sistema sanitario.

En el Perú, el desarrollo de la Medicina de Emergencias y Desastres ha avanzado en complejidad sanitaria, responsabilidad organizacional y trascendencia social. Conceptualmente, la organización de emergencias pasó de un enfoque reactivo, inicialmente confinado al manejo de urgencias, a consolidarse como disciplina con principios, competencias y rol estratégico en el sistema de salud [2, 3].

El objetivo de un servicio de emergencia hospitalario es evitar la muerte o secuelas invalidantes en pacientes con lesiones o enfermedades agudas, mediante atención continua y especializada; por ello, sus procesos deben alinearse al volumen de demanda, flujo de pacientes, actividad asistencial y aspectos médico-legales [4].

El presente artículo describe la evolución del Servicio de Emergencia del HNERM, resume cronológicamente hitos relevantes, discute problemas críticos afrontados, presenta avances obtenidos y proyecta perspectivas relacionadas con la especialidad de Medicina de Emergencias y Desastres en el contexto peruano.

El hospital Rebagliati y el inicio del servicio de emergencia

El HNERM inició su funcionamiento el 3 de noviembre de 1958 bajo el nombre de "Hospital Central del Empleado" con 466 camas y 167 trabajadores (médicos, técnicos y enfermeras) y servicios de maternidad, laboratorio clínico, banco de sangre, rayos X, farmacia, consulta externa, emergencia y sala de operaciones; desde entonces fue uno de los hospitales más grandes de América del Sur [5].

En 1972, el servicio de emergencia del hospital era uno solo y estaba a cargo de cirujanos, con equipos de guardia rotativos de 12 horas y una sola sala de observación. En 1985, el HNERM disponía de 1333 camas hospitalarias y ese mismo año se inauguró el servicio de emergencia gineco-obstétrica. En 1986, el servicio de emergencia pediátrica inició atención diferenciada de menores de 14 años, independiente de la emergencia de adultos. Posteriormente entró en funcionamiento la emergencia de salud mental, en áreas separadas con personal propio [5].

Desde entonces, la Emergencia de adultos funcionó en el primer piso del bloque C del hospital y ese año

realizó 152 650 consultas (promedio diario 420 pacientes), superando en volumen a otros servicios de emergencia en Lima. Funcionaba con 55 médicos del Departamento de Medicina, además de especialistas, residentes e internos en turnos rotativos. Los pacientes críticos se atendían en las primeras tres camas de la sala de observación [5] (Figura 1).

Funcionamiento de la unidad de reanimación de emergencia (Trauma shock)

El análisis realizado entre septiembre de 1985 y agosto de 1986 reveló problemas significativos en la capacidad de atención y un incremento anual del 24 % en la atención de pacientes; se reportaron 91 316 atenciones anuales en Medicina, 15 449 en Cirugía y 47 446 en Traumatología. La sala de observación contaba con 18 camillas, con un promedio de 22 pacientes amanecidos diarios, ambientes físicos deficientes y equipo instrumental obsoleto. A pesar del personal disponible y unas 13 000 salidas anuales de ambulancias, la capacidad asistencial era insuficiente para el manejo oportuno de pacientes graves. Durante varios años, el servicio dependió del apoyo de otras especialidades para procedimientos de reanimación como manejo avanzado de vía aérea (anestesiología), cricotirotomía, cardioversión eléctrica y accesos venosos centrales, que se realizaban en sala de operaciones, con pérdida de minutos valiosos para la supervivencia y pronóstico del paciente [5].

A fines de 1986 se realizaron mejoras en la emergencia de adultos del HNERM, optimizando infraestructura e incorporando personal especializado exclusivo del servicio, configurando un modelo más resolutivo y autónomo [5].

En marzo de 1988 se inauguró la Unidad de Shock Trauma (la segunda en el país después del hospital de policía), capacitando al personal médico en técnicas avanzadas de intubación endotraqueal, cateterismo venoso central, punción cricotiroidea, cricotirotomía, y conocimientos en ACLS, BCLS, ATLS y aspectos médico-legales. Se incorporaron enfermeras(os), técnicos de enfermería y camilleros propios del servicio [5].

En 1987 se incorporaron seis médicos adicionales al equipo de planta para fortalecer la capacidad del servicio, mejorando la atención en Shock Trauma, sala de observación y estabilización preoperatoria de pacientes críticos, incluidos aquellos en parada cardiorrespiratoria. Ante la gran demanda, se instauró el sistema de triaje y se aperturó un consultorio para pacientes no agudos (tópico de alivio), además de un ambiente de atención crítica con 3 a 4 camas [5].

El servicio de emergencia en la década de 1990

En abril de 1990, las jefaturas de guardia fueron asumidas por médicos del servicio de emergencia, entrenando a médicos internistas contratados. Durante esta década, la crisis económica y el aumento de la pobla-



Figura 1: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud. Jesús María, Lima, Perú (Foto: TVPerú).

ción asegurada exacerbaron los problemas de hacinamiento y elevada morbilidad, motivando controles más rigurosos. La saturación de recursos y la comunicación deficiente afectaron el trabajo en equipo y disminuyeron la calidad de la atención [5].

En esa época, la emergencia de adultos registraba un promedio de 90 pacientes amanecidos diariamente en salas de observación A (varones), B (mujeres) y una sala temporal (pasadizos). El hacinamiento limitaba la movilidad del personal y camillas, con déficit de monitores, ventiladores mecánicos y otros equipos esenciales. La carga asistencial de enfermería y técnicos excedía su capacidad (9 a 10 pacientes por profesional), además de la falta de técnicos en salas y tópicos. Se contaba con 50 médicos de especialidades como medicina interna, cuidados intensivos y otras afines [5].

En 1991, la epidemia de cólera se inició con los primeros casos en Chancay y Chimbote el 23 de enero y se extendió rápidamente por las pobres condiciones de salubridad. El HNERM tuvo participación relevante, con aproximadamente 400 pacientes hospitalizados hasta marzo, de los cuales 80 desarrollaron insuficiencia renal y ocho requirieron hemodiálisis [6, 7]. Se habilitó una sala a cargo del servicio de emergencia para atender a los pacientes hospitalizados por cólera, describiéndose casos de “cólera seca” [6, 7].

Inicio de la especialidad de Medicina de Emergencias y Desastres en el Perú

En 1980, el establecimiento de asistencia pública de salud de Lima se fusionó con el de Miraflores y se conformó el actual Hospital Casimiro Ulloa, con cuatro quirófanos, 100 camas de internamiento, unidad de cuidados intensivos y servicios de apoyo diagnóstico avanzados para la época. Este establecimiento se especializó

en la atención de emergencias, principalmente trauma, destacando la atención a víctimas del terrorismo [2, 8].

En 1986, debido a altas tasas de mortalidad por traumatismos en ciudades de América Latina como Cali y Ciudad de México, se inició la organización de servicios hospitalarios para atención de trauma con la finalidad de mejorar resultados, impulsada por cirujanos dedicados a la atención de emergencias, consolidándose la Sociedad Panamericana de Trauma [9].

En 1990, en el Perú comenzó a desarrollarse de manera formal la atención prehospitalaria a través de instituciones privadas. La especialidad de Medicina de Emergencias y Desastres se formalizó en 1993, posicionando al Perú como uno de los primeros países de Latinoamérica en establecerla. El HNERM se consolidó como centro clave para la formación de especialistas, contribuyendo al desarrollo de equipos altamente capacitados [8].

Los cambios en la emergencia de adultos del HNERM contribuyeron al desarrollo del campo de la medicina de emergencia en el país. Parte del personal de planta se integró a la atención prehospitalaria; además, se crearon iniciativas como el Servicio de Transporte Asistido de EsSalud (STAE) y la Escuela de Emergencias y Desastres de EsSalud en 1995, destinada a entrenar médicos, enfermeras y técnicos en técnicas avanzadas de emergencia y desastres [5].

En 1993, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos creó formalmente la especialidad, siendo el HNERM una de las sedes principales. Ese año inició con cuatro médicos residentes y, desde entonces, egresan anualmente entre dos y ocho residentes. En enfermería, la especialidad con residencia formal en emergencia y desastres se estableció a partir de 2018 [8].

El servicio de emergencia en la década de 2000

La pandemia por influenza A(H1N1) se inició en México y Estados Unidos en abril de 2009 y llegó al Perú en mayo, con su primera víctima en junio, confirmándose aproximadamente 10 000 casos en el país [10]. Aunque la tasa de mortalidad fue baja y afectó principalmente a niños y pacientes con comorbilidades, en la emergencia de adultos se adecuaron dos salas de observación para recibir pacientes, derivándose a cuidados intensivos los casos críticos [10].

En 2015, la emergencia de adultos reportó 164 370 atenciones y 22 883 admisiones al año, con hacinamiento en salas de espera y pacientes en pasadizos, además de tiempos de espera prolongados por falta de camas de hospitalización [11]. La necesidad de cama crítica impulsó la creación de áreas para continuidad del manejo del paciente crítico en Shock Trauma, denominadas UCE (Unidad de Críticos de Emergencia) y UCINE (Unidad de Cuidados Intermedios en Emergencia); asimismo, se creó la unidad de dolor torácico para casos de riesgo. Estas unidades han sido replicadas en distintas emergencias del país (Figura 2).

Funcionamiento del Nuevo Centro de Emergencias

El 2 de junio de 2016, la emergencia de adultos del HNERM se mudó a un nuevo edificio construido al costado del servicio de salud mental (calle Miller). Inicialmente se denominó Central de Emergencias de Lima Metropolitana (CELM) con la propuesta de concentrar emergencias de la capital; sin embargo, funcionó como emergencia de adultos del HNERM, denominándose posteriormente Centro de Emergencia Rebagliati [1, 5].

Desde esa fecha, operan unidades especializadas como reanimación (Shock Trauma), tópicos de medicina, cirugía y traumatología, UCI, UCE, UCINE, salas de observación y salas transitorias para cubrir la demanda, con capacidad estable de 169 camillas, incrementándose a más de 200 según necesidad. Se cuenta con aproximadamente 150 médicos, 250 enfermeras y 300 técnicos asistenciales exclusivos del servicio, además de especialistas de apoyo (cirugía, neurología, cardiología, nefrología, neumología, neurocirugía y cardiovascular) en turnos rotatorios. Existen servicios adicionales de radiología, radiología intervencionista, procedimientos de gastroenterología y neumología, y patología clínica [1] (Figura 3).

El triaje evolucionó con identificación por DNI en la puerta de ingreso, permitiendo registrar "hora cero" desde la llegada. Se incorporó el triaje estructurado de cinco prioridades, requiriendo capacitación formal para evaluación objetiva [1].

No obstante, la sobrecarga continuó, con hacinamiento y tiempos de espera prolongados para hospitalización [12]. La escasez de camas, desorganización de la

red y deficiencias del primer nivel contribuyen a la saturación, afectando calidad y generando inseguridad en pacientes y familias. Para mitigar este problema se han implementado estrategias como triaje estructurado [1], planificación del alta, gestión de flujos, historia clínica electrónica, redes de comunicación en tiempo real, unidades funcionales e intervención de facilitadores de procesos [5].

La pandemia por COVID-19 marcó un hito internacional. La emergencia del HNERM adaptó inicialmente un área separada para pacientes respiratorios (área COVID) [13, 14], luego convirtió el edificio nuevo en área COVID y, finalmente, gran parte del hospital se destinó a esa atención por la demanda [15, 16]. Se reportaron brotes en personal de salud [17] y se adoptaron estrategias de telemedicina para mejorar la comunicación y seguimiento [18].

En la actualidad, el servicio continúa enfrentando hacinamiento crónico. Se reporta que diariamente permanecen más de 300 pacientes en salas de observación, acondicionándose pasillos con camillas e incluso sillones para pacientes admitidos. Aproximadamente el 74% de los pacientes sobrepasa el tiempo establecido por la norma técnica nacional [4], con estancias de 3 a 8 días y dificultades de egreso tras estabilización [19]. Esta situación incrementa riesgo de complicaciones, eventos adversos e infecciones intrahospitalarias, con impacto en mortalidad [20, 21].

La tecnología se ha incrementado con el uso de ecografía a pie de cama, videolaringoscopia y broncofibroscopia para vía aérea difícil; además, se consolidaron estrategias de reperfusión (fibrinólisis) y códigos asistenciales (infarto agudo de miocardio, ictus) que favorecen el reconocimiento temprano y mejoran resultados.

Perspectiva de la Medicina de Emergencias y Desastres en el Perú y el mundo

La medicina de emergencias y desastres ha evolucionado desde intervenciones rudimentarias y no protocolizadas hacia cuidados críticos avanzados basados en evidencia, integrales y coordinados. Antes de 1992, la atención se sustentaba en una respuesta limitada, enfocada en estabilizar síntomas o lesiones, sin visión sistémica del proceso crítico [8, 22]. En la práctica, muchos servicios dependían de médicos generales, con poca tecnología y marcos normativos incipientes.

Un hito conceptual ocurrió cuando se estableció formalmente la especialidad en el país, integrando conocimientos de fisiopatología del paciente crítico, toma de decisiones rápidas, liderazgo clínico, gestión del tiempo y trabajo interdisciplinario [22]. La estandarización se fortaleció progresivamente mediante capacitación y guías (ATLS, ACLS, PHTLS), triaje estructurado y diagnóstico rápido. Entre 2010 y 2020, la especialidad se consolidó como eje integrador de la cadena de super-



Figura 2: Antiguo servicio de emergencia de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud (Foto: ANDINA/Difusión).



Figura 3: Nuevo servicio de emergencia de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud (Foto: TVPerú).

vivencia, incorporando POCUS, códigos de emergencia (ictus, infarto, sepsis), coordinación con UCI y equipos quirúrgicos y estrategias de shock y trauma.

En el escenario contemporáneo, la preparación y respuesta ante desastres se orienta a reducción de riesgos, resiliencia institucional y coordinación multisectorial [21, 22]. Desde 2020, la pandemia evidenció el rol estratégico de los servicios de emergencia para liderazgo clínico, gestión de crisis y rediseño de flujos, con uso de herramientas rápidas de evaluación y monitoreo [23].

En el Perú, la realidad obliga al especialista a priorizar recursos, enfrentar dilemas bioéticos y médico-legales y tomar decisiones complejas en escenarios de irreversibilidad o limitación de medidas de soporte vital. El avance tecnológico y la incorporación de inteligencia artificial constituyen retos adicionales, manteniendo siempre un enfoque humanístico centrado en el paciente. Asimismo, el desarrollo de la investigación es crucial para fortalecer la especialidad y generar impacto transformador en el ámbito nacional e internacional [24, 25].

Conclusiones

A pesar de los avances logrados, el Servicio de Emergencia del HNERM enfrenta retos persistentes vinculados a la capacidad de atención y la gestión de recursos. La implementación de la Unidad de Shock Trauma, la reorganización de áreas críticas y la formación de especialistas han sido hitos relevantes; sin embargo, la resolución definitiva del hacinamiento requiere intervenciones sistémicas que incluyan fortalecimiento del primer nivel, aumento de camas hospitalarias, mejoras de gestión de flujos y articulación efectiva de redes. Un servicio de emergencia aprende de su pasado, enfrenta el presente y se adapta al futuro. Debe funcionar como un equipo multidisciplinario que incluya especialistas en emergencias, especialistas de apoyo, enfermería, técnicos, personal administrativo, comunicación, vigilancia y logística, integrándose de manera efectiva al sistema sanitario para recuperar la salud y reducir secuelas de los pacientes atendidos.

Aprobación ética: No aplica.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Taype Huamaní WA, De-La-Cruz Rojas LA, Amado Tineo JP. Impacto del triaje estructurado en el hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital terciario. *Rev Cuerpo Med Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2021;14(4):491–495.
2. Garmendia-Lorena F, Mendoza-Arana P. Servicio Nacional de Asistencia Pública. Modelo para fortalecer el primer nivel de atención en salud. *Diagnóstico*. 2021;60(3):127–130.
3. Ugarte Taboada C. Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao. *Rev Méd Herediana*. 2000;11(3):97–106.
4. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia: NT N.042-MINSA/DGSP-V.01 [Internet]. [citado 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353462-norma-tecnica-de-salud-de-los-servicios-de-emergencia-nt-n-042-minsa-dgsp-v-01>
5. EsSalud. Historia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el sexagésimo aniversario de su inauguración [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.essalud.gob.pe/historia-del-hospital-rebagliati-de-essalud-en-sesenta-aniversario-de-su-inauguracion/>
6. Cueto Caballero M. *El regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX* [Internet]. Instituto de Estudios Peruanos; 2019 [citado 8 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=981598>
7. Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de cólera en el Perú [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/0f4cdc60-372c-4729-95ec-4e9bd36cd2c7>
8. Morales-Soto NR. Medicina de Emergencias y Desastres: los últimos 50 años. *Acta Méd Peru*. 2014;31(4):245–247.
9. Ordóñez CA. El cirujano de trauma y emergencias: pasado, presente y futuro. *Rev Colomb Cir*. 2018;17–26.
10. Suárez-Ognio L, Arrasco J, Gómez J, Munayco C, Vílchez A, Cabezas C, et al. Mortalidad relacionada a influenza A H1N1 en el Perú durante la pandemia en 2009–2010. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2011 [citado 8 de diciembre de 2025]. Disponible en: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011_V15_N01/4AO_Vol15_No1_2011_Mortalidad_influenza_peru.pdf
11. Vásquez-Alva R, Amado-Tineo J, Ramírez-Calderón F, Velásquez-Velásquez R, Huari-Pastrana R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *An Fac Med*. 2016;77(4):379–385.

12. Peña-Capcha J, Taype-Huamaní W, Tineo JA. Factores asociados a tiempo de espera para admisión de pacientes al servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario. *Rev Méd Trujillo*. 2023;18(3):056–061.
13. Acosta G, Escobar G, Bernaola G, Alfaro J, Taype W, Marcos C, et al. Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;253–258.
14. Taype W, Amado J. Respuesta del servicio de emergencia de un hospital terciario durante el inicio de la pandemia COVID-19 en el Perú. *An Fac Med*. 2020;81(2):218–223.
15. Amado-Tineo J, Ayala-García R, Apolaya-Segura M, Mamani-Quiroz R, Matta-Pérez J, Valenzuela-Rodríguez G, et al. Factores asociados a mortalidad en enfermedad SARS-CoV-2 grave de un hospital peruano. *Rev Cuerpo Med Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2021;14(3):280–286.
16. Chucas-Ascencio L, Matos-Iberico G, Roldan-López J, Arévalo-Salvador E, Salazar-Jauregui C, Rodríguez-Gonzales R, et al. Afrontando la tercera ola de COVID-19 en el departamento de emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú, 2021. *Acta Méd Peru*. 2022;39(3):311–315.
17. Rodríguez-Gonzales R, Wong-Buckler K, Pintado-Caballero S, Cieza-Yamunaqué L, Mateo-Pacora J, Amado-Tineo J. Transmisión intrahospitalaria de SARS-CoV-2 en médicos de un servicio de urgencias. *Rev Cuerpo Med Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2020;13(4):471–472.
18. Huamaní WAT, Rojas LADLC. La comunicación de reportes médicos a familiares en tiempos de COVID-19. *Rev Fac Med Hum*. 2021;21(1):246–247.
19. Taype-Huamaní W, Amado-Tineo J. Hacinamiento en los servicios de emergencia: el desafío de los pacientes que ya no requieren atención urgente. *Rev Soc Peru Med Int*. 2025;38(2):166–168.
20. Taype-Huamaní W, Miranda-Soler D, Castro-Coronado L, Amado-Tineo J, et al. Saturación y hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital urbano. *Rev Fac Med Hum*. 2020;20(2):216–221.
21. Khorram-Manesh A, Burkle FM. Disasters and Public Health Emergencies—Current Perspectives in Preparedness and Response. *Sustainability*. 2020;12(20):8561.
22. Kocak H, Kinik K, Caliskan C, Aciksari K. The Science of Disaster Medicine: From Response to Risk Reduction. *Medeni Med J*. 2021;36(4):333–342.
23. Ciottone GR. Introduction to Disaster Medicine. In: *Ciottone's Disaster Medicine* [Internet]. Elsevier; 2024 [citado 9 de diciembre de 2025]. p.2–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978032380932000001X>
24. Ota-Nakasone A, Lissón-Abanto R, Torres-Anaya D, Cornejo-Carrasco C, Martínez-Montoya P, Aliaga-Tabraj L, et al. Diagnóstico situacional de la investigación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati 2024. *Rev Méd Rebagliati*. 2025;5(1):7–14.
25. Estrella AE, Barriga JA, Villasante MC. Producción científica y redes de colaboración en la Seguridad Social de Salud del Perú: análisis bibliométrico en Scopus 2008–2017. *Acta Méd Peru*. 2019;36(2):116–123.