



**TÍTULO DEL ESTUDIO: MAPEO DE LA  
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA MUNDIAL SOBRE  
REINGRESOS HOSPITALARIOS COMO  
INDICADOR DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN  
EN SALUD: UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO  
EN SCOPUS (2010–2024)**

**REPORTE PRELIMINAR DE RESULTADOS  
DE INVESTIGACIÓN 013-2025**

**MAPEO DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA MUNDIAL SOBRE REINGRESOS HOSPITALARIOS COMO INDICADOR DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD: UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO EN SCOPUS (2010–2024)**

**1. Miguel Ángel Paco Fernández**

**Filiación:** Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud.

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0003-7754-3628>

**2. Marysela Irene Ladera Castañeda**

**Filiación:** Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud.

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-5390-8256>

**3. Miguel Angel Huamani Contreras**

**Filiación:** Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud.

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-4154-6689>

**4. Luis Adolfo Cervantes Ganoza**

**Filiación:** Escuela Estomatología, Universidad Peruana San Juan Bautista, Lima.

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-6090-6750>

**5. Miriam Corina Castro Rojas**

**Filiación:** Facultad de Tecnología Médica, Universidad Nacional Federico Villareal

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-3547-9026>

**6. César Félix Cayo Rojas**

**Filiación:** Escuela de Estomatología, Universidad Privada San Juan Bautista, Lima.

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-5560-7841>

**Código del RRI:** 013-2025

**Tema:** Prestación de servicios

**Subtema:** Gestión de calidad en la atención con enfoque en la seguridad del paciente en ESSALUD

**Conflicto de interés:** Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés financiero o no financiero, con relación a los temas descritos en el presente documento.

**Aprobación de ética:** Este estudio bibliométrico fue exonerado de revisión protocolar por el Comité Institucional de Ética en Investigación con carta No. 2793-2025-CIEI-UPSJB, dado que se trabajó exclusivamente con registros recuperados de la base de datos Scopus.

**Financiamiento:** Colaborativo

**Citación:** Este documento debe ser citado como: Paco-Fernández MA, Ladera-Castañeda M, Huamán Contreras MA, Castro-Rojas MC, Cervantes Ganoza LA, Cayo-Rojas C. Mapeo de la producción científica mundial sobre reingresos hospitalarios como indicador de la calidad de atención en salud: un estudio bibliométrico en Scopus. Reporte de Resultados de Investigación RRI 013-2025. Lima: ESSALUD; 2025.

## **Contenido**

Resumen .....	4
Abstract .....	5
Introducción .....	6
Métodos .....	8
Resultados .....	10
Discusión .....	22
Referencias bibliográficas .....	26
Tablas y figuras .....	29

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar las tendencias de publicación, los patrones de colaboración y la evolución temática de la investigación sobre los reingresos hospitalarios como indicador de la calidad de la atención en salud, durante el período 2010–2024.

**Método:** Este estudio bibliométrico, descriptivo y retrospectivo, analizó artículos y revisiones indexados en Scopus entre 2010 y 2024. La búsqueda incluyó términos sobre reingreso hospitalario y calidad de la atención, excluyendo readmisiones electivas. El análisis, realizado en RStudio v.4.3.1 con bibliometrix, estimó indicadores de producción, citación e impacto, redes de coautoría y coocurrencia, y la evolución temática en cuatro períodos, aplicando además las leyes de Bradford y Lotka.

**Resultados:** Se analizaron 628 documentos publicados en 306 revistas, con un crecimiento anual del 16,72 %, una edad media de 5,9 años y 27,17 citas por artículo. La autoría fue altamente colaborativa (6,75 coautores), aunque con limitada coautoría internacional (10,19 %). La producción mostró picos en 2019 y 2021, liderados por Estados Unidos. La estructura temática se organizó en torno a la readmisión y sus desenlaces, con clústeres de calidad y seguridad, procesos clínico-operativos y un componente clínico-quirúrgico; entre 2020 y 2024 predominó un enfoque más operacional, con énfasis en complicaciones y medición a 30 días.

**Conclusiones:** Entre 2010 y 2024, la investigación sobre reingresos hospitalarios creció de forma sostenida, concentrada en países de altos ingresos y con limitada colaboración internacional. La agenda evolucionó hacia un enfoque más operativo y quirúrgico, evidenciando la necesidad de estandarizar definiciones, mejorar el ajuste por riesgo y fortalecer la colaboración internacional.

**Palabras clave:** Bibliometría, Reingreso Hospitalario, Reingreso de Pacientes, Indicador de Calidad, Calidad de la Atención Sanitaria.

## Abstract

**Objective:** To evaluate publication trends, collaboration patterns, and thematic evolution in research on hospital readmissions as an indicator of healthcare quality during the period 2010–2024.

**Method:** This bibliometric, descriptive, retrospective study analyzed articles and reviews indexed in Scopus between 2010 and 2024. The search included terms related to hospital readmission and quality of care, excluding elective readmissions. The analysis, performed in RStudio v.4.3.1 with bibliometrix, estimated indicators of production, citation, and impact, co-authorship and co-occurrence networks, and thematic evolution in four periods, also applying Bradford's and Lotka's laws.

**Results:** A total of 628 documents published in 306 journals were analyzed, with an annual growth of 16.72%, an average age of 5.9 years, and 27.17 citations per article. Authorship was highly collaborative (6.75 co-authors), although with limited international co-authorship (10.19%). Production peaked in 2019 and 2021, led by the United States. The thematic structure was organized around readmission and its outcomes, with clusters of quality and safety, clinical-operational processes, and a clinical-surgical component. Between 2020 and 2024, a more operational approach predominated, with an emphasis on complications and 30-day measurement.

**Conclusions:** Between 2010 and 2024, research on hospital readmissions grew steadily, concentrated in high-income countries and with limited international collaboration. The agenda evolved toward a more operational and surgical approach, highlighting the need to standardize definitions, improve risk adjustment, and strengthen international collaboration.

**Keywords:** Bibliometrics, Hospital Readmission, Patient Readmission, Quality Indicator, Quality of Healthcare.

## Introducción

Los reingresos hospitalarios (hospital readmissions) dentro de los 30 días posteriores al alta se definen como una nueva admisión aguda, relacionada clínica o temporalmente con la hospitalización previa y que excluye reingresos electivos o programados [1,2]. Este desenlace se ha consolidado como un indicador de la calidad de la atención porque refleja fallas potenciales en la continuidad asistencial, la planificación del alta, la coordinación entre niveles y el acceso oportuno a cuidados ambulatorios [2–5]. La elección del punto de corte de 30 días responde a su uso extendido en medidas estandarizadas y programas de pago por desempeño, especialmente en sistemas que vinculan el financiamiento hospitalario con resultados observables [1,3,6].

La evaluación de la calidad en servicios de salud se sustenta históricamente en el marco de Donabedian, que distingue entre estructura, proceso y resultados e identifica a los reingresos hospitalarios como desenlaces sensibles a la organización de la atención y a la calidad de los procesos clínicos [5]. Desde finales del siglo XX, diversos marcos conceptuales han avanzado hacia la interpretación de los reingresos hospitalarios como indicador de desempeño del sistema y no solo como evento clínico aislado [3,4,6]. En el año 2010, la promulgación del *Affordable Care Act* y la posterior implementación del *Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP)* en Estados Unidos consolidaron el uso de los reingresos ≤30 días como métrica de calidad y vinculándolos directamente a incentivos o penalizaciones financieras [3,6]. En paralelo, organismos de normalización como el *National Quality Forum (NQF)* y distintas agencias nacionales de calidad han desarrollado y actualizado medidas estandarizadas reingresos hospitalarios, incluidas las de reingresos hospitalarios a 30 días, definiendo criterios de inclusión y exclusión de pacientes, ventanas temporales y esquemas de ajuste por riesgo [1]. A su vez, la literatura metodológica ha descrito y sistematizado estos criterios en revisiones de modelos predictivos de reingresos, lo que ha contribuido a consolidar definiciones operativas comparables en distintos contextos [7,8].

La literatura muestra una carga sustantiva de reingresos hospitalarios tempranos y una variabilidad considerable entre países, regiones y grupos poblacionales [2,3,7,8]. Revisiones sistemáticas han documentado proporciones relevantes de reingresos considerados potencialmente evitables, aunque con amplios rangos según la condición clínica, el método de clasificación y el contexto sanitario [2]. Estudios de modelos predictivos indican que los reingresos hospitalarios de 28 a 30 días son frecuentes en poblaciones médicas generales y que el desempeño promedio de los modelos de predicción es moderado [7,8]. Sin embargo, la evidencia coincide en que la multimorbilidad, la edad avanzada, la vulnerabilidad socioeconómica y las brechas en la cobertura efectiva se asocian de manera sistemática con mayores riesgos de reingresos hospitalarios [2,3,7,8].

En el plano normativo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han destacado que la cobertura sanitaria universal implica no solo acceso, sino servicios de calidad, orientando a los países a incorporar indicadores de

resultados, incluidos los reingresos hospitalarios, a fin de monitorear el desempeño de los sistemas de salud [9–11]. El tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular la meta 3.8 sobre cobertura sanitaria universal, subraya la importancia de asegurar servicios esenciales de calidad y protección financiera, lo que refuerza la necesidad de indicadores que midan la efectividad real de la atención [9,10]. En varios contextos nacionales, las oficinas u organismos de normalización sanitaria (ONS) han emitido guías y estándares que integran los reingresos hospitalarios ≤30 días en cuadros de mando de calidad hospitalaria y redes integradas de servicios [1,6,11]. De este modo, los reingresos hospitalarios se han transformado en un indicador clave para valorar la capacidad de los sistemas de salud de ofrecer cuidados continuos, seguros y centrados en las personas [1–3,5–7,9–11].

Pese a este protagonismo, la producción científica sobre reingresos hospitalarios como indicador de calidad se caracteriza por una notable dispersión temática y geográfica, con numerosos estudios centrados en patologías específicas, contextos nacionales o aspectos metodológicos aislados [2,3,7]. Sin embargo, hasta donde sabemos no se dispone de un mapeo bibliométrico global que sintetice las redes de colaboración, los patrones de publicación, los frentes de investigación y el impacto del conocimiento en este campo. Esta ausencia de análisis bibliométricos de alcance mundial limita la comprensión de cómo se ha configurado la agenda científica en torno a los reingresos hospitalarios y dificulta identificar vacíos de investigación críticos para la formulación de políticas y la evaluación de la calidad [9–11].

Por lo anterior, este estudio realizó un estudio bibliométrico para evaluar las tendencias de publicación, los patrones de colaboración y la evolución temática en la investigación sobre reingresos hospitalarios como indicador de calidad de atención en salud durante 2010 al 2024.

## Métodos

### 2.1 Diseño del estudio

La búsqueda de este estudio bibliométrico, observacional, descriptivo y retrospectivo analizó los **reingresos hospitalarios** (UHR por sus siglas en inglés) como indicador de calidad de atención en salud (HQI) entre los años 2010 y 2024. El Reporting and Measurement of Items for Bibliometric or Scientometric Studies in Health Sciences (RAMIBS) [12] fue utilizado para mostrar los hallazgos del presente estudio bibliométrico.

### 2.2 Estrategia de búsqueda

La extracción de datos se efectuó el 16 de diciembre del 2025 (Zona horaria - América Latina / Lima, Perú). Se realizó una búsqueda en Scopus (Elsevier, USA) restringida a los campos TITLE-ABS-KEY en estado de publicación final. La sintaxis combinó dos bloques temáticos (UHR and HQI) con operadores booleanos (AND, OR, W/n). Se emplearon comillas para frases, truncamientos (\*) y variantes ortográficas para maximizar sensibilidad manteniendo precisión temática. La estrategia de búsqueda fue: ( TITLE-ABS-KEY ( ( readmi\* OR "re-admiss\*" OR rehospitali\* OR "re-hospitali\*" ) AND ( "30-day" OR "30 day\*" OR "30-d" OR "thirty-day" OR "thirty day\*" OR "within 30 day\*" OR "within thirty day\*" OR "7-day" OR "7 day\*" OR "seven-day" OR "seven day\*" OR "14-day" OR "14 day\*" OR "fourteen-day" OR "fourteen day\*" OR ( "early" W/3 ( readmi\* OR rehospitali\* ) ) ) AND ( "unplanned readmission\*" OR "unplanned rehospitali\*" OR "unplanned hospital readmission\*" OR "emergency readmission\*" OR "emergency rehospitali\*" ) AND ( "quality of care" OR "healthcare quality" OR "quality of healthcare" OR "quality indicator\*" OR "quality measure\*" OR "quality metric\*" OR "hospital performance" OR "performance indicator\*" OR "hospital quality" OR "patient safety" OR "quality improvement" OR "care transition\*" OR "continuity of care" OR "discharge planning" OR "value-based purchasing" OR "pay for performance" ) ) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2025 ) AND NOT TITLE-ABS-KEY ( "planned readmission\*" OR "elective readmission\*" OR "scheduled readmission\*" OR "planned rehospitali\*" OR "elective rehospitali\*" ) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2025 AND ( LIMIT-TO ( PUBSTAGE,"final" ) )

### 2.3 Selección de criterio

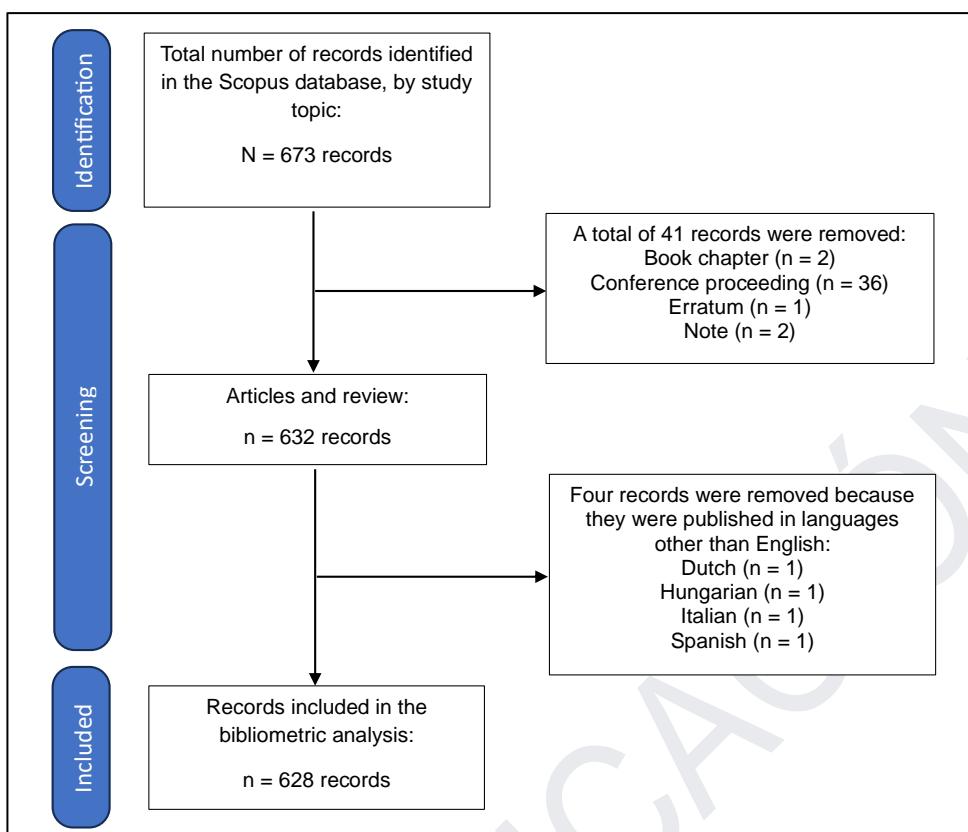
Se recuperaron 673 registros en total dentro del periodo analizado en versión publicación final. Posteriormente, se seleccionaron para el análisis final 628 registros, según los criterios de selección **[Figura 1]**.

#### Criterio de Inclusión

- Registros disponibles en la base de datos de Scopus
- Registros publicados entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2024
- Foco explícito en UHR and HQI
- Registros de artículos de investigación o revisiones en versión final publicada.

#### Criterio de exclusión

- Registros de book chapter, conference proceeding, erratum y note.
- Registros en un idioma diferente al inglés.



**Figura 1.** Flujograma de registros seleccionados.

### 2.3 Análisis de datos

Los registros se exportaron en formato CSV y se procesaron en RStudio v.4.3.1 (bibliometrix/biblioshiny). A partir de este corpus se construyeron redes de coautoría (autores y países, con conteo fraccional) y de coocurrencia de palabras clave. Todas las matrices se normalizaron mediante *association strength* y se agruparon en comunidades con el algoritmo de Louvain. Los clústeres se ubicaron en un dendrograma mediante un análisis factorial. La evolución temática entre períodos se modeló con el índice de inclusión de Cobo et al., utilizando cortes temporales equilibrados por volumen/densidad y alineados con hitos del campo, generando un mapa de evolución temática tipo Sankey/alluvial. Asimismo, se estimaron indicadores de rendimiento (producción anual, tasa de crecimiento, productividad por fuentes, autores y países/instituciones), de impacto (TC, citas/año por documento; h-index, g-index y m-index por autor, país y fuente) y co-ocurrencia de palabras claves. Finalmente, se identificó el núcleo de Bradford y se evaluó el ajuste a la ley de Lotka para la productividad de autores [13,14].

### 2.4 Aspectos éticos

Este estudio bibliométrico fue exonerado de revisión protocolar por el Comité Institucional de Ética en Investigación con carta No. 2793-2025-CIEI-UPSJB, dado que se trabajó exclusivamente con registros recuperados de la base de datos Scopus, y estos no incluyeron información sensible ni identificable de personas o sujetos de investigación.

## Resultados

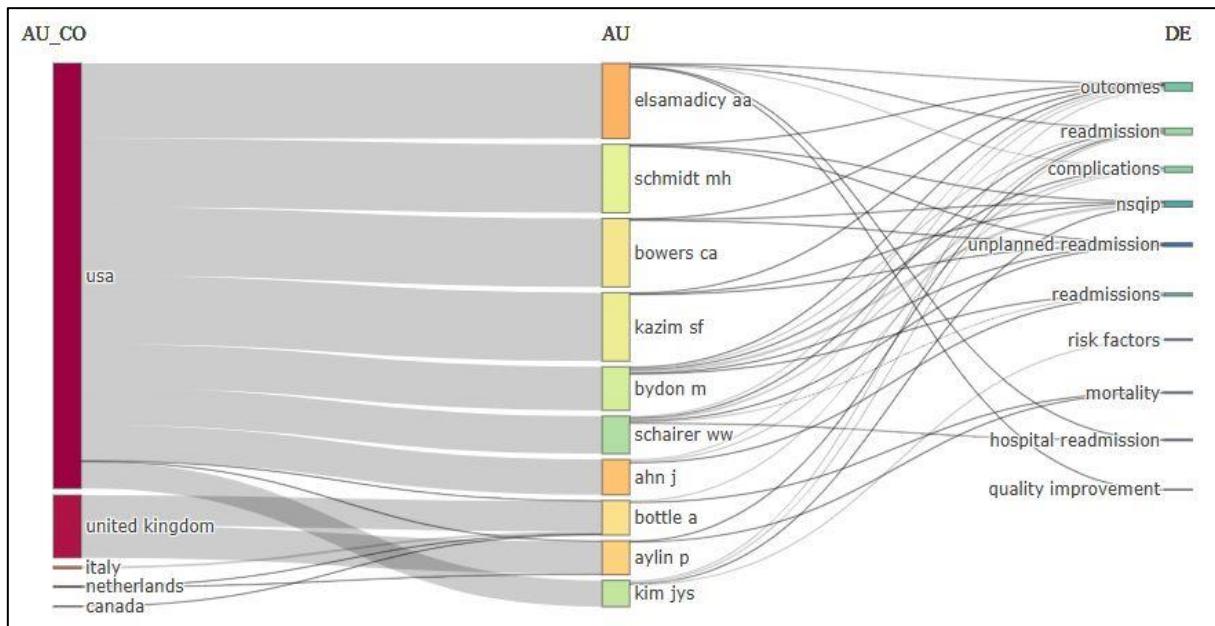
De los 628 documentos publicados en 306 revistas, se observó una tasa de crecimiento anual de 16.72% entre el 2010 y 2024, lo que evidenció una expansión sostenida del campo. La producción fue relativamente reciente con una edad promedio de 5.9 años, mostrando un impacto moderado (27.17 citas por documento). La diversidad temática se refleja en 4786 referencias y en un amplio repertorio de términos (3,341 palabras clave indexadas [ID] y 1,267 palabras clave de autores [DE]). La autoría fue altamente colaborativa (0 documentos de autor único; 6.75 coautores por documento), aunque con baja coautoría internacional (10.19%). Predominaron los artículos originales con 604 documentos (96.2%) frente a las revisiones que fueron 24 (3.8%) [Tabla 1].

**Tabla 1.** Características principales del total de artículos.

Descripción	Resultados
Periodo de estudio	2010:2024
Fuentes (revistas)	306
Documentos	628
Tasa de crecimiento anual (%)	16.72
Edad promedio de los documentos (años)	5.9
Promedio de citas por documento	27.17
Referencias	4786
Palabras clave indexadas (ID)	3341
Palabras clave de autores (DE)	1267
Autores	3474
Documentos de autoría única	0
Coautores por documento	6.75
Porcentaje de coautoría internacional (%)	10.19
Artículo	604
Revisión	24

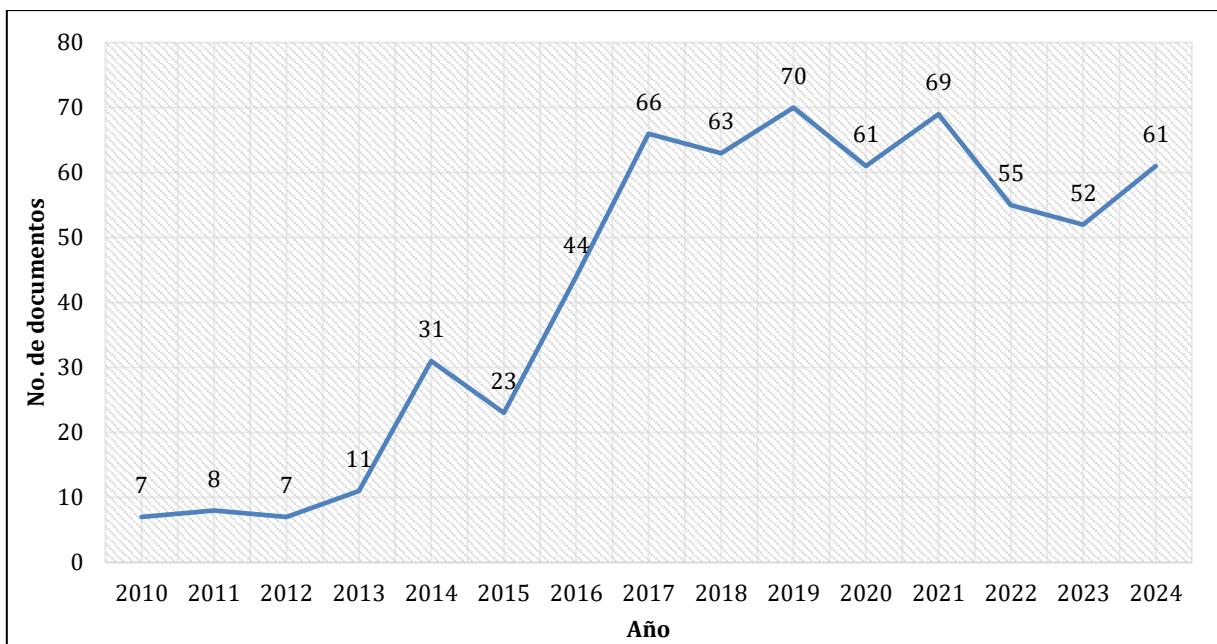
El diagrama de tres campos evidenció una alta concentración geográfica de la producción en Estados Unidos, que aportó la mayor proporción de autores más conectados, mientras que el Reino Unido y otros países (por ejemplo, Italia, Países Bajos y Canadá) mostraron una contribución comparativamente menor. Los autores más vinculados se asociaron principalmente con palabras clave centradas en “readmission/readmissions”, “outcomes”, “complications” y “unplanned readmission”, junto con términos relacionados con evaluación del desempeño y mejora de la calidad (por ejemplo, NSQIP y “quality improvement”), además de “mortality” y “risk

“factors”. En conjunto, la estructura sugirió que la agenda 2010 al 2024 se articuló alrededor de reintegros hospitalarios como indicador de calidad, estrechamente vinculado con desenlaces y seguridad en contextos clínico-quirúrgicos [Figura 2].



**Figura 2.** Diagrama de tres campos, según países, autores y palabras clave indexadas por los autores desde el año 2010 al 2024.

La producción científica anual evidenció una fase inicial de baja actividad con cierta estabilidad entre 2010 y 2013 (7 a 11 documentos por año), seguida de un incremento pronunciado a partir del año 2014, con una expansión sostenida que se consolidó desde 2017 en niveles elevados ( $\geq$  52 documentos por año), alcanzando picos de 70 y 69 documentos para el año 2019 y 2021, respectivamente. Posteriormente, se observó una disminución en los años 2022 y 2023 (55 y 52, respectivamente) y una recuperación parcial en 2024 con 61 documentos. En general se observó crecimiento robusto del campo durante los años 2010 al 2024, con un aumento aproximado de nueve veces entre el inicio del periodo y el último año evaluado [Figura 3].



**Figura 3.** Producción científica anual del 2010 al 2024.

El top 10 de revistas mostraron un predominio de publicaciones en cuartiles altos (principalmente Q1). El journal “*Spine*” concentró el mayor volumen de citaciones con 1126 y con el mayor h-index ( $h = 15$ ), lo que indicó un núcleo consistente de artículos bien citados desde 2012. Por otro lado, “*World Neurosurgery*” registró la mayor producción científica con 22 documentos. El m-index fue mayor en “*Journal of Arthroplasty*” ( $m = 1.200$ ) y “*Spine*” ( $m = 1.071$ ), lo que evidenció una mayor velocidad en la consolidación de artículos altamente citados. En contraste, las revistas de acceso abierto como “*BMC Health Services Research*”, “*Annals of Surgery*” y “*PLOS ONE*” mostraron m-index menor en comparación con las revistas líderes [Tabla 2].

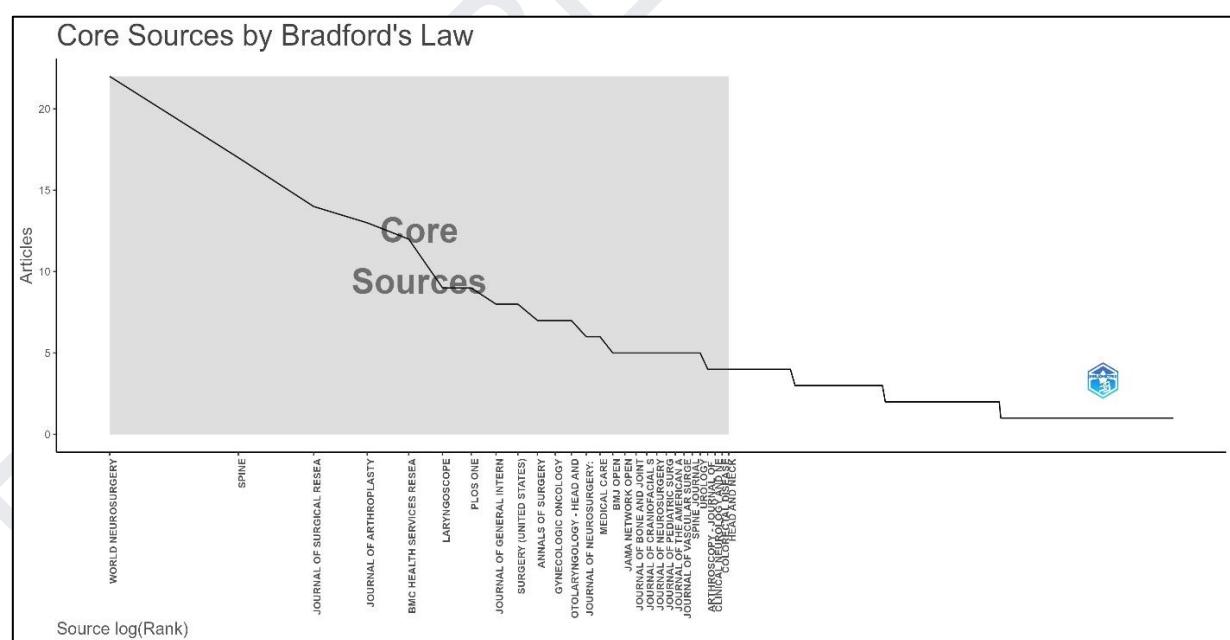
**Tabla 2.** Impacto, volumen de citación y producción científica del top 10 de revistas.

Journal	País	Cuarti	h_inde	g_inde	m_inde	TC	N	PY_star
		I	x	x	x		P	t
Spine	USA	Q1	15	17	1.071	112 6	17	2012
Journal of Arthroplasty	USA	Q1	12	13	1.200	733	13	2016
World Neurosurgery	USA	Q2	11	18	0.917	341	22	2014
BMC Health Services Research	UK	Q1	8	12	0.500	329	12	2010
Journal of Surgical Research	USA	Q2	8	14	0.533	199	14	2011
Gynecologic Oncology	USA	Q1	7	7	0.467	149	7	2011

Journal of General Internal Medicine		Q1	7	8	0.583	336	8	2014
Annals of Surgery 		Q1	6	7	0.375	261	7	2010
Laryngoscope		Q1	6	9	0.667	174	9	2017
PLOS ONE 		Q1	6	9	0.500	200	9	2014

③: Revista de Acceso Abierto. NP: número de artículos del tema de interés publicados por la revista. TC: citas totales que recibieron esos artículos. *h*-index: cuántos artículos tienen al menos ese número de citas (mide “base” de artículos bien citados). *g*-index: da más peso a los muy citados (detecta “hits”). *m*-index: *h*-index ajustado por años desde el PY-start, indica velocidad con la que una revista acumula impacto en este tema. PY-start: primer año en que esa revista aparece en tu conjunto para este tema.

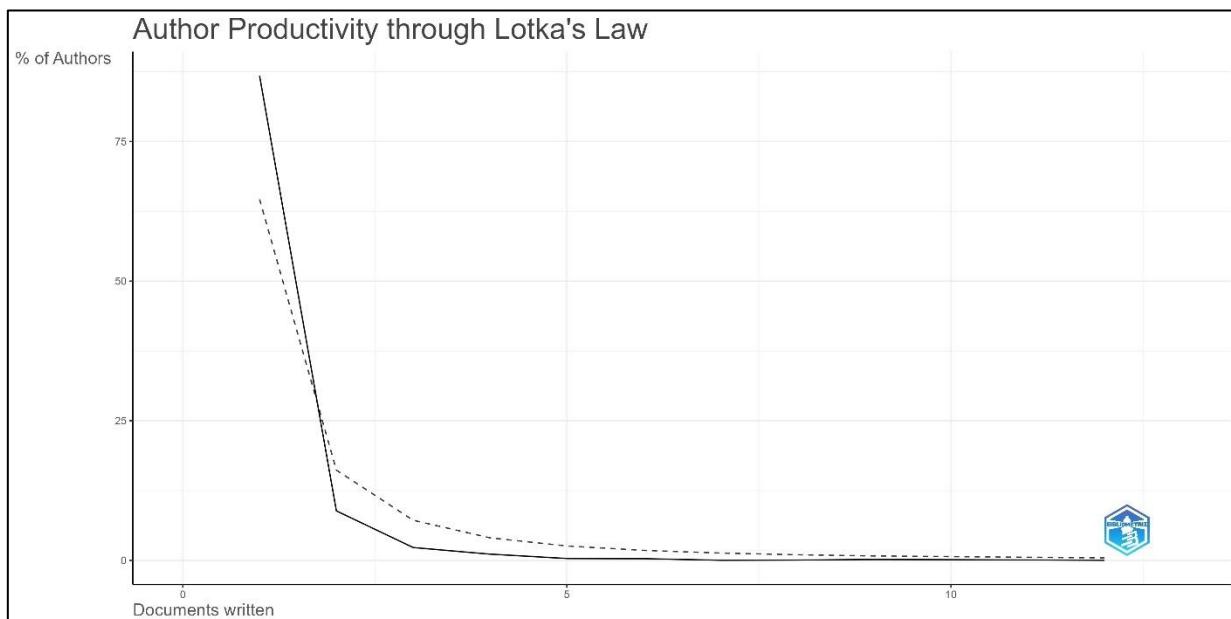
La producción por revistas siguió el patrón de ley de Bradford, con un núcleo reducido de fuentes con mayor cantidad de artículos, dominado por revistas clínico-quirúrgicas como *World Neurosurgery* y *Spine*. A partir de ese núcleo, la producción se dispersó en un número creciente de revistas con aportes esporádicos, lo que indicó que el tema se sustentó en un grupo limitado de revistas centrales, aunque se difundió ampliamente en múltiples áreas y especialidades [Figura 4].



**Figura 4.** Núcleo de revistas, según la Ley de Bradford.

Respecto a la ley de Lotka, se evidenció una marcada concentración de la producción en pocos autores, ya que el 86.9% (3014 autores) publicó un 1 documento, mientras que el 8.9% (308 autores) publicaron 2 documentos y el 2.3% (80 autores) publicaron 3 documentos. A partir de 4 documentos, la contribución cayó a  $\leq 1.1\%$ , y solo en casos aislados alcanzaron productividades

altas, por ejemplo, 12 documentos con 1 autor. En conjunto, el patrón indicó un campo con amplia participación, pero con un núcleo reducido de autores altamente productivos [Figura 5].



**Figura 5.** Producción científica de autores según la Ley de Lotka.

El top 10 de autores más productivos fue encabezado por *Elsamadicy* con 12 documentos altamente citados ( $g = 12$ ), mientras que seis autores registraron 9 documentos. En impacto por citación total, destacó *Aylin* como el autor más citado (464 citas) con mayor índice  $h$  ( $h = 9$ ), seguido de *Bottle* (420 citas). Además, la mayor velocidad de impacto ( $m$ -index) se observó en autores como *Bowers*, *Kazim* y *Schmidt* ( $m = 1.75$ , para los tres desde el año 2022), lo que sugirió un crecimiento rápido del desempeño de citación en un periodo corto. Finalmente, el crédito fraccional de los artículos evidenció que algunos autores se asociaron a publicaciones con colaboración más concentrada [Tabla 3].

**Tabla 3.** Top 10 de autores según productividad, citación y colaboración.

Autor	País	NP	TC	PY_start	AF	h_index	g_index	m_index
Elsamadicy AA		12	282	2016	1.55	8	12	0.80
Aylin P		9	464	2010	1.88	9	9	0.56
Bottle A		9	420	2010	1.83	8	9	0.50
Ahn J		9	122	2019	1.99	7	9	1.00
Bowers CA		9	115	2022	0.97	7	9	1.75

Kazim SF		9	115	2022	0.97	7	9	1.75
Schmidt MH		9	115	2022	0.97	7	9	1.75
Kim JYS		8	229	2014	1.82	7	8	0.58
Bydon M		8	205	2017	1.16	6	8	0.67
Schairer WW		7	333	2013	1.67	6	7	0.46

NP: número de artículos del tema de interés publicados. TC: citas totales que recibieron esos artículos. h-index: cuántos artículos tienen al menos ese número de citas (mide “base” de artículos bien citados). g-index: da más peso a los muy citados (detecta “hits”). m-index: h-index ajustado por años desde el PY-start; indica velocidad con la que una revista acumula impacto en este tema. PY-start: primer año en que empieza a publicar para el tema de estudio. AF: Crédito fraccional de los artículos por autor.

El top 10 de organizaciones afiliadas estuvo dominado por instituciones de Estados Unidos. “Northwestern University Feinberg School of Medicine” y “Harvard Medical School” lideraron en producción (25 documentos cada uno). La “University of California” concentró el mayor volumen de citas (3149 citas) y el mayor impacto normalizado por año (65.57 por año), evidenciando un liderazgo claro dentro del campo temático. En velocidad de impacto, sobresalieron “Harvard Medical School” ( $m = 1.44$ ) y “Icahn School of Medicine at Mount Sinai” ( $m = 1.38$ ), lo que indicó una consolidación rápida de artículos altamente citados en menor tiempo [Tabla 4].

**Tabla 4.** Producción total, volumen de citación e impacto del top 10 de organizaciones afiliadas.

Afiliación (Organización)	País	NP	TC	PY_start	h_index	g_index	TC norm x	año
Northwestern University Feinberg School of Medicine		25	1337	2013	15	25	1.250	25.45
Harvard Medical School		25	367	2016	13	18	1.440	30.62
Yale School of Medicine		24	625	2010	15	24	1.000	23.23
Mayo Clinic		21	491	2012	12	21	0.923	24.72
University of California		19	3149	2013	12	19	1.000	65.57

Brigham and Women's Hospital		18	1133	2010	14	18	0.933	25.23
Icahn School of Medicine at Mount Sinai		18	399	2017	11	18	1.380	17.69
Johns Hopkins University School of Medicine		14	290	2013	9	14	0.750	16.89
Massachusetts General Hospital		13	414	2015	9	13	0.900	10.06
UT Southwestern Medical School		13	294	2016	10	13	1.110	16.71

NP: número de artículos del tema de interés publicados. TC: citas totales que recibieron esos artículos. h-index: cuántos artículos tienen al menos ese número de citas (mide "base" de artículos bien citados). g-index: da más peso a los muy citados (detecta "hits"). m-index: h-index ajustado por años desde el PY-start; indica velocidad de impacto en este tema. PY-start: primer año en que empieza a publicar para el tema de estudio.

El top 10 de países más productivos evidenció una marcada concentración de la producción e impacto en Estados Unidos, que lideró ampliamente con 467 documentos y 14278 citas, además registró los mayores indicadores de impacto ( $h = 55$ ,  $g = 99$  y  $m = 3.67$ ) y el mayor volumen normalizado por año (504.78), confirmando su rol dominante en el período 2010 al 2024. A gran distancia, el Reino Unido ocupó el segundo lugar (48 documentos, 1081 citas,  $h = 19$ ,  $g = 32$  y  $m = 1.27$ ), seguido por Australia (29 documentos, 584 citas,  $h = 13$ ,  $g = 24$  y  $m = 1.08$ ) y Canadá (28 documentos, 960 citas,  $h = 11$ ,  $g = 28$  y  $m = 0.79$ ) [Tabla 5].

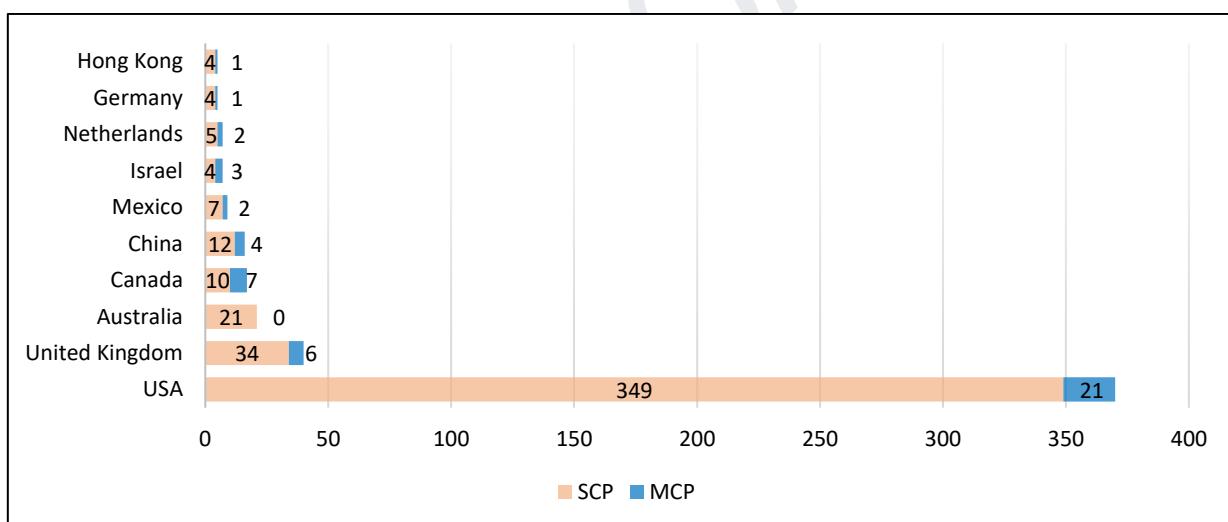
**Tabla 5.** Top 10 de países más productivos.

País	Bandera	NP	TC	PY_start	h_index	g_index	m_index	TC norm x año
USA		467	14278	2010	55	99	3.67	504.78
United Kingdom		48	1081	2010	19	32	1.27	34.69
Australia		29	584	2013	13	24	1.08	23.53
Canada		28	960	2011	11	28	0.786	25.23
Netherlands		14	275	2013	9	14	0.75	11.10
China		11	200	2016	6	11	0.667	7.80

Taiwan		10	274	2010	6	10	0.4	8.56
Italy		10	106	2015	5	10	0.5	7.43
Germany		9	185	2016	6	9	0.667	11.13
Switzerland		7	611	2011	6	7	0.429	12.56

NP: número de artículos del tema de interés publicados. TC: citas totales que recibieron esos artículos. h-index: cuántos artículos tienen al menos ese número de citas (mide “base” de artículos bien citados). g-index: da más peso a los muy citados (detecta “hits”). m-index: h-index ajustado por años desde el PY-start; indica velocidad de impacto en este tema. PY-start: primer año en que empieza a publicar para el tema de estudio.

Según el país del autor correspondiente, predominó ampliamente la producción de un solo país (SCP, siglas en inglés) en vez de colaboración internacional (MCP, siglas en inglés). El liderazgo fue de Estados Unidos (349 SCP vs 21 MCP), seguido a gran distancia por Reino Unido (34 vs 6) y Australia (21 vs 0), lo que indicó que la investigación se concentró principalmente en publicaciones nacionales [Figura 6].



**Figura 6.** Producción global del país según el autor correspondiente. SCP: Publicaciones de un solo país, MCP: Publicación de múltiples países.

Los 10 artículos más citados estaban afiliados a Estados Unidos concentrándose en revistas Q1. Estuvo liderado por Rajkomar (2018) en “*npj Digital Medicine*” con 2050 citas y un promedio de 256.25 citas por año e impacto normalizado con 36.87. Seguidamente, destacaron trabajos en “*JAMA*” y “*Surgery*”, liderado por los autores Merkow (2015) (650 citas), Adamina (2011) (510 citas) y Dummit (2016) (306 citas). En general el top 10 mostró un predominio de publicaciones en revistas quirúrgicas con el Journal “*Spine*” aportando tres artículos, lo que evidenció la centralidad de los desenlaces postoperatorios, complicaciones y reingreso a 30 días

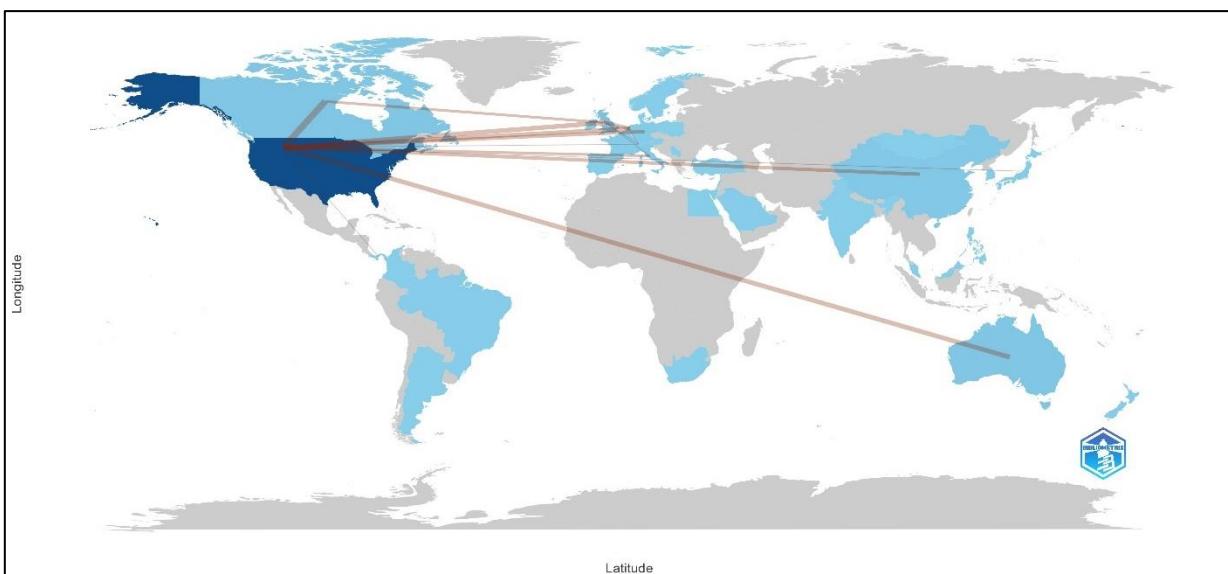
considerando a los reingresos hospitalarios como indicador de la calidad de atención en salud [Tabla 6].

**Tabla 6.** Top 10 de artículos más influyentes.

Autor (año)	País	Journal	Cuartil	DOI	TC	TC per year	Normalized TC
Rajkomar A (2018)		npj Digital Medicine <sup>③</sup>	Q1	10.1038/s41746-018-0029-1	2050	256.25	36.87
Merkow RP (2015)		JAMA	Q1	10.1001/jama.2014.18614	650	59.09	11.03
Adamina M (2011)		Surgery (United States)	Q1	10.1016/j.surg.2010.11.003	510	34.00	5.23
Dummit LA (2016)		JAMA	Q1	10.1001/jama.2016.12717	306	30.60	6.42
Sellers MM (2013)		Journal of the American College of Surgeons	Q1	10.1016/j.jamcollsurg.2012.11.013	238	18.31	2.87
Keswani A (2016)		Journal of Arthroplasty	Q1	10.1016/j.arth.2015.11.044	235	23.50	4.93
Pugely AJ (2014)		Spine	Q1	10.1097/BRS.0000000000000000 270	190	15.83	3.75
McCormack R (2012)		Spine	Q1	10.1097/brs.0b013e318245f561	138	9.86	2.69
Bohl DD (2016)		Spine	Q1	10.1097/BRS.0000000000000001 591	129	12.90	2.71
Glance LG (2014)		JAMA Surgery	Q1	10.1001/jamasurg.2014.4	121	10.08	2.39

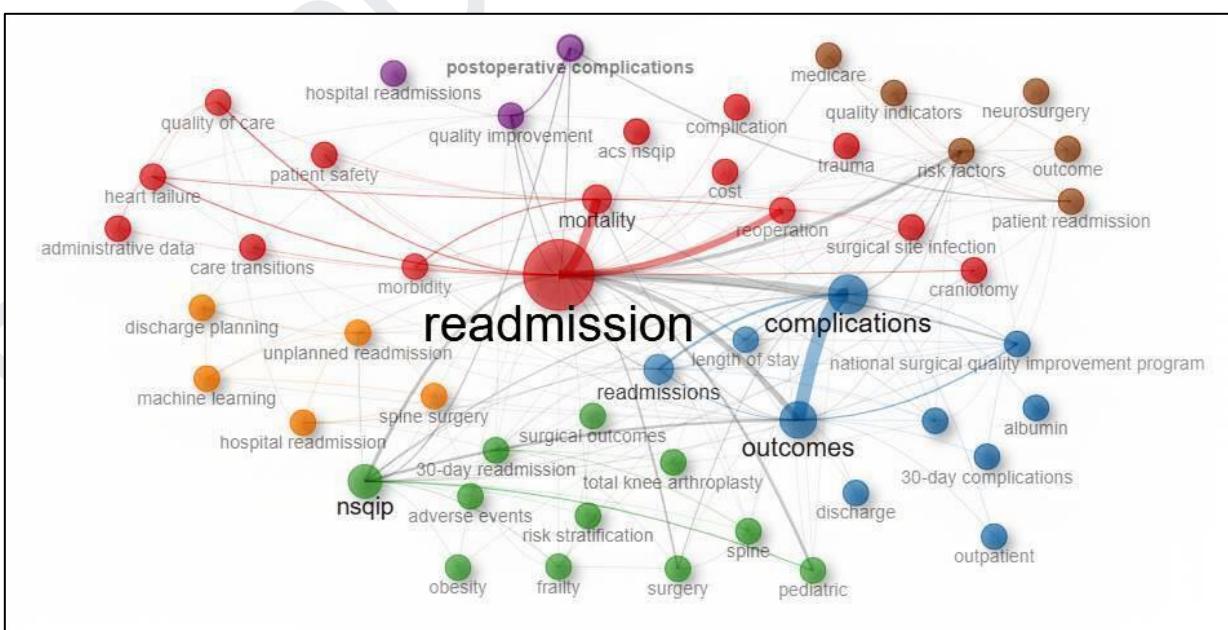
<sup>③</sup>: Revista de Acceso Abierto. NP: número de artículos del tema de interés publicados. TC: citas totales que recibieron esos artículos. h-index: cuántos artículos tienen al menos ese número de citas (mide "base" de artículos bien citados). g-index: da más peso a los muy citados (detecta "hits"). m-index: h-index ajustado por años desde el PY-start; indica velocidad de impacto en este tema. PY-start: primer año en que empieza a publicar para el tema de estudio.

El mapa de colaboración internacional mostró que Estados Unidos actuó como el principal nodo de cooperación, concentrando la mayor producción y los vínculos más visibles con Canadá y Australia, además de conexiones con países de Europa y Asia. En contraste, gran parte de África y algunas regiones de América Latina presentaron baja participación o ausencia de enlaces destacados, lo que sugirió una red de colaboración global asimétrica y dominada por países de altos ingresos [Figura 7].



**Figura 7.** Mapa de colaboración entre países.

La red de co-ocurrencias mostró a “*readmission*” como el término dominante y eje articulador, conectado de forma estrecha con “*complications*” y “*outcomes*” que, a su vez, funcionaron como subnúcleos del campo. Se distinguieron comunidades temáticas, por ejemplo un clúster orientado a calidad y seguridad (“*quality of care*” y “*patient safety*”) y desenlaces clínicos mayores (*mortality/morbidity*); otro centrado en complicaciones, estancia y alta (“*length of stay, discharge*”, “*30-day complications*”, “*outpatient*”, y “*albumin*”). Además se observó un clúster clínico-quirúrgico asociado a programas/medición de calidad (NSQIP/ACS NSQIP) y procedimientos (“*spine*” y “*total knee arthroplasty*”) junto con factores de riesgo (“*frailty*”, “*obesity*” y “*risk stratification*”) [Figura 8].



**Figura 8.** Co-ocurrencia de palabras claves.

En el dendrograma se observó que el clúster principal presentó una estructura jerárquica con subagrupamientos cercanos que sugirieron co-ocurrencias fuertes, por un lado, “*readmissions*” (readmisión literal, entendiendo como reingreso), “*length of stay*” (estancia hospitalaria) y, por otro, un bloque de calidad quirúrgica y resultados donde “*National Surgical Quality Improvement Program*” (NSQIP) (Programa Nacional de Mejora de la Calidad Quirúrgica) y ACS NSQIP (Programa de Mejora de la Calidad Quirúrgica del Colegio Americano de Cirujanos) se asociaron con “*complications*” (complicaciones) y “*outcomes*” (resultados/desenlaces). En un nivel intermedio, “*quality of care*” (calidad de atención) se conectó con términos clínico-operativos como “*unplanned readmission*” (readmisión no planificada), *hospital readmission* (readmisión hospitalaria), “*frailty*” (fragilidad), “*postoperative complications*” (complicaciones postoperatorias), “*30-day readmission*” (readmisión a 30 días), “*quality improvement*” (mejora de la calidad) y “*patient readmission*” (readmisión del paciente), lo que indicó una integración entre medición de calidad, factores de riesgo y desenlaces postoperatorios. El clúster secundario agrupó un eje más específico, donde “*pediatric*” (pediátrico) y “*reoperation*” (reoperación) se vincularon estrechamente con *readmission* (readmisión) y *mortality* (mortalidad), reflejando una línea focalizada en subpoblaciones y desenlaces adversos. En general, literatura se organizó en torno a un dominio amplio de “*quality/outcomes/complications*” (calidad / resultados / complicaciones) y un dominio más acotado relacionado con “*pediatric reoperation*” y “*mortality*” (reoperación pediátrica y mortalidad) [Figura 9].

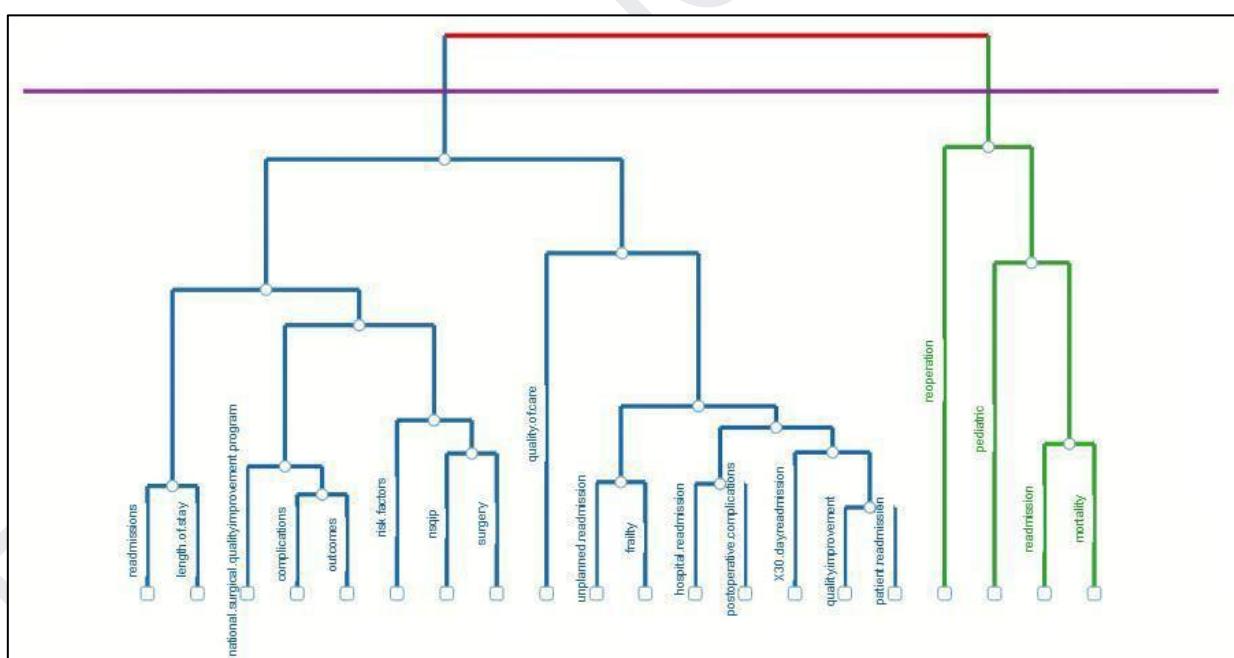
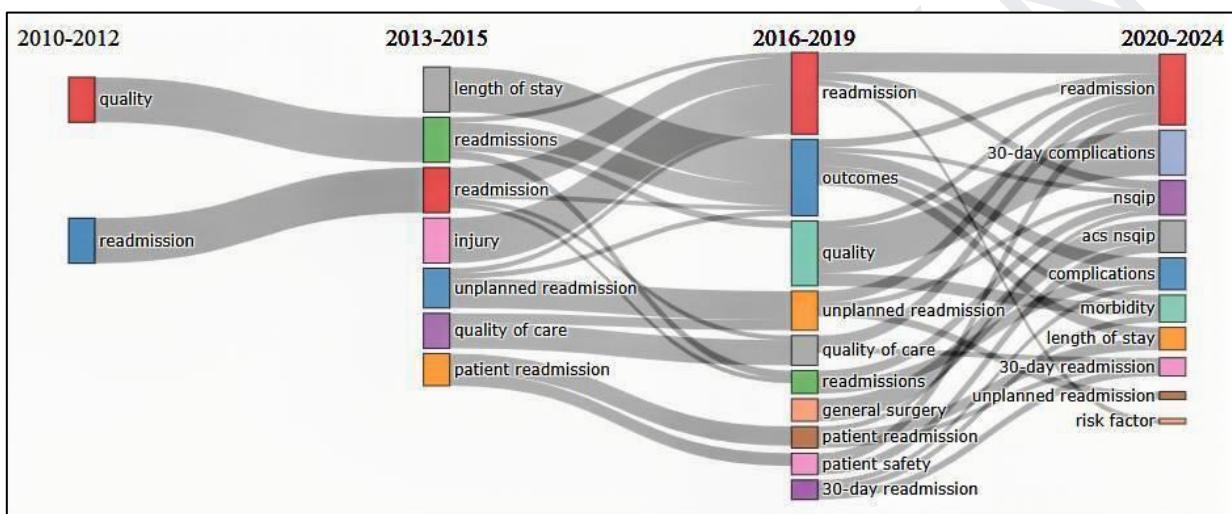


Figura 9. Dendrograma de palabras clave.

El mapa de evolución temática mostró que “*readmission*” (readmisión) se mantuvo como el eje persistente a lo largo de todo el periodo 2010–2024, inicialmente vinculado con “*quality*” (calidad) en 2010–2012. Entre 2013–2015 se observó una diversificación hacia componentes clínico-operativos como “*length of stay*” (estancia hospitalaria), “*unplanned readmission*” (readmisión no planificado), “*quality of care*” (calidad de atención) y “*patient readmission*” (readmisión del

paciente). En 2016–2019, la estructura se consolidó alrededor de un núcleo de “readmission–outcomes–quality” (readmisión–desenlaces–calidad), incorporando con mayor claridad “patient safety” (seguridad del paciente) y “30-day readmission” (readmisión a 30 días). Finalmente, en 2020–2024 los flujos convergieron hacia una agenda más operacional y quirúrgica, con énfasis en “complications/morbidity” (complicaciones/morbilidad), “30-day complications” (complicaciones a 30 días) y términos vinculados a programas de medición de calidad como NSQIP/ACS NSQIP [Figura 10].



**Figura 10.** Evolución temática desde el año 2010 al 2024.

## Discusión

Este estudio bibliométrico analizó la producción científica mundial sobre los reingresos (readmissions) hospitalarios como indicador de la calidad de atención durante los años 2010 al 2024 y evidenció una expansión sostenida del campo, con literatura relativamente reciente y de impacto moderado, junto con una autoría marcadamente colaborativa, pero con baja coautoría internacional. Este patrón se interpretó como consistente con la consolidación de los reingresos hospitalarios a 30 días como métrica de desempeño dentro del enfoque de evaluación de calidad de Donabedian [5] y su incorporación en esquemas de pago por desempeño, ejemplificados por el *Hospital Readmissions Reduction Program* [6]. Asimismo, la literatura ha señalado que una proporción relevante de reingresos podría ser potencialmente evitable [2] y que estrategias centradas en la transición del cuidado y la planificación del alta han mostrado efectividad para reducir rehospitalizaciones [4], aunque los modelos predictivos de reingresos han tendido un rendimiento moderado, lo que limita su uso aislado para toma de decisiones clínicas y de gestión [7,8].

El patrón bibliométrico mostró una concentración de la producción y el impacto en países de altos ingresos especialmente en Estados Unidos, con limitada coautoría internacional, lo que pudo haber orientado la temática hacia contextos con mayor capacidad de medición y disponibilidad de datos. En términos comparativos, la interpretabilidad de readmisión (reingreso) como indicador depende de definiciones operacionales estandarizadas (inclusión/exclusión y ventana temporal) y de esquemas de ajuste por riesgo que no siempre son equivalentes entre sistemas de salud [1]. Dado que la frecuencia y la variabilidad de las readmisiones (reingresos) difieren entre países y poblaciones, y que sus determinantes incluyeron vulnerabilidad social y organización del sistema, es necesario reforzar la investigación y evaluar la implementación en entornos subrepresentados a fin de mejorar la validez externa de la evidencia [2,3]. Este enfoque resultaría consistente con los marcos de la OMS/OPS y la meta 3.8 de los ODS, que promueven el monitoreo de resultados como componente central de la calidad en la cobertura sanitaria universal [9–11].

La estructura temática y el núcleo de artículos más influyentes sugirieron que el campo se organizó alrededor de un eje regulatorio-evaluativo (medición del desempeño y discusión sobre incentivos y efectos no deseados de la penalización por readmisión) y un eje clínico-operativo dominado por especialidades quirúrgicas y desenlaces post-alta, donde el reingreso funcionó como indicador de complicaciones y continuidad asistencial. Este patrón resultó coherente con la centralidad histórica de los reingresos a 30 días en Medicare y su relevancia económica, así como con la discusión contemporánea sobre la efectividad real del HRRP y su necesidad de ajuste [15–17]. En paralelo, la alta visibilidad de trabajos basados en analítica avanzada con historias clínicas electrónicas (por ejemplo, *deep learning* aplicado a predicción de eventos, incluido reingresos hospitalarios) y la persistencia de términos vinculados a “*care transitions/discharge planning*”, evidenció que la agenda se desplazó hacia estrategias de estratificación de riesgo e intervención post-alta, a fin de reducir reingresos [18,19]. En concordancia, un grupo de artículos influyentes se centró en la estratificación de riesgo, donde

modelos basados en historia clínica electrónica mostraron capacidad para predecir los reingresos hospitalarios a 30 días, reforzando su uso como métrica anticipable y potencialmente accionable [19]. Asimismo, la presencia reiterada de métricas y programas de mejora de la calidad en el campo quirúrgico fue consistente con el uso extendido de registros y comparaciones de desempeño como soporte para iniciativas de calidad postoperatoria [20], lo que se reflejó en un segundo grupo orientado a medición y mejora de calidad quirúrgica, con estudios que caracterizaron razones y patrones de reingreso postoperatorio y validaron variables de reingreso en registros de calidad (ACS-NSQIP), además de evidenciar la relación entre complicaciones mayores y reingresos [21–23]. Finalmente, un tercer grupo abordó procesos e intervenciones, evaluando rutas perioperatorias/post-alta y determinantes del curso postoperatorio (por ejemplo, alta en artroplastia y factores de riesgo de reingreso a 30 días en cirugía de columna), junto con determinantes clínicos asociados a complicaciones que sustentan el reingreso como resultado sensible a la calidad y a la continuidad asistencial [24–29].

No obstante, una revisión metodológica amplia advirtió que la validez de la tasa de reingresos como indicador de calidad hospitalaria “no es evidente” y que su interpretación exige definir con precisión el contexto clínico y el proceso evaluado, porque el riesgo de reingreso también está influido por condiciones posteriores al alta (por ejemplo, apoyo social y capacidad de autocuidado) y por amenazas metodológicas que sesgan la comparación entre hospitales. Además, señaló que, en su estado actual, la tasa de reingresos puede no cumplir criterios suficientes de confiabilidad/validez para usos externos como rendición de cuentas o pago por desempeño, por lo que recomienda extremar cautela, invertir en registro de datos más preciso, mejorar la definición operacional y analizar el reingreso como parte de un paquete de desenlaces (no como una métrica aislada) para reflejar mejor el desempeño global [30].

En este marco, la literatura de mayor impacto permite reinterpretar el reingreso hospitalario a 30 días como un desenlace integrador del episodio, ya que la ventana de 30 días coincide con el horizonte de seguimiento de registros quirúrgicos de calidad, por lo que captura complicaciones tempranas potencialmente atribuibles a la atención (más que a la evolución tardía de la enfermedad) [22,23]. En esa línea, los reingresos se explican en gran proporción por motivos clínicos identificables tras cirugía (por ejemplo, complicaciones del procedimiento, infecciones o descompensaciones médicas), lo que convierte al indicador en una oportunidad operativa para intervenir sobre mecanismos concretos [21].

La evidencia sugiere que disminuir los reingresos dentro de los 30 días, requiere un enfoque combinado que incluya la prevención de complicaciones mediante rutas perioperatorias estandarizadas (las cuales mejoran los desenlaces y el uso de recursos) [24], la optimización preoperatoria de factores modificables como la malnutrición (estrechamente vinculada con complicaciones infecciosas y problemas de herida en cirugía de columna) [29], y una planificación del alta ajustada a la necesidad real de cuidados post-agudos [26]. Además, los determinantes varían por procedimiento, por lo que las estrategias deben estar focalizadas en los perfiles de riesgo predominantes de cada servicio [27,28].

Además, el avance de modelos escalables basados en historias clínicas electrónicas para estratificar el riesgo de reingreso y la experiencia de modelos de pago por episodio, en los que el proveedor asume parte del costo o recibe menor reembolso cuando el episodio culmina con complicaciones o reingresos potencialmente evitables, sugieren que el mayor impacto se logra cuando la medición se integra a un ciclo de mejora continuo que identifica a los pacientes de alto riesgo, implementa intervenciones post-alta y audita las causas de reingreso, en lugar de utilizar el indicador de forma aislada o con fines únicamente punitivos [19,25].

Este estudio aporta novedad al integrar en un mismo flujo reproducible, indicadores de rendimiento e impacto con mapeo científico longitudinal para sintetizar cómo se estructuró y evolucionó (2010–2024) la investigación sobre reingresos hospitalarios como indicador de calidad. En particular, la normalización de matrices con association strength, la detección de comunidades mediante el algoritmo de Louvain, y la reconstrucción de trayectorias temáticas entre períodos con el índice de inclusión de Cobo (visualizadas en un esquema tipo Sankey/alluvial), permitió pasar de hallazgos dispersos a una lectura integrada de núcleos temáticos, frentes emergentes y continuidad conceptual del campo [31–34]. Asimismo, la interpretación se enmarcó en recomendaciones de uso prudente de métricas, priorizando el contenido y su utilidad para la evaluación de la calidad por encima de indicadores agregados [35].

Una limitación de este estudio fue que el análisis se basó en una base de datos (Scopus), lo que pudo haber subrepresentado literatura relevante indexada en otras bases (por ejemplo, Web of Science o PubMed). En consecuencia, los patrones identificados deben interpretarse como representativos del universo colecciónado por Scopus y no necesariamente de toda la evidencia global disponible. Sin embargo, esta base de datos indexa mayoritariamente revistas revisadas por pares (lo que contribuye a elevar la calidad científica de los manuscritos) y ofrece metadatos estandarizados [36]. Además, otra limitación fue que la cobertura exclusiva de Scopus puede dejar de contar revistas regionales. Sin embargo, estas limitaciones no invalidan los patrones principales, pero si se recomienda interpretar con cautela los resultados e incluir en futuros estudios el uso de distintos motores de búsqueda. Asimismo, los resultados de la evolución temática de los últimos años deben interpretarse con cautela por posible censura temporal, asociada a retrasos de indexación/actualización de metadatos y a la menor ventana de citación propia de publicaciones recientes.

Se recomienda fortalecer el uso de reingresos hospitalarios a 30 días como indicador de calidad mediante definiciones operativas estandarizadas (planificado versus no planificado), criterios explícitos de inclusión y exclusión, y métodos de ajuste por riesgo comparables, de modo que su interpretación sea consistente entre instituciones y contextos. No obstante, dado que persisten amenazas de validez relacionadas con la confiabilidad del registro, la capacidad de distinguir reingresos planificados y el efecto de desenlaces competidores, su interpretación debe ser prudente, especialmente cuando se pretende emplear para rendición de cuentas o incentivos financieros, y se recomienda priorizar su uso para mejora interna y aprendizaje organizacional [30]. Asimismo, para captar mejor el desempeño global, el reingreso debería analizarse en

relación con otros desenlaces y considerarse como parte de un conjunto de indicadores, más que como una métrica aislada [30]. En términos de mejora, la evidencia apunta a priorizar intervenciones multicomponente orientadas a reingresos potencialmente evitables, con énfasis en la transición del cuidado y la planificación del alta, el seguimiento oportuno tras el egreso, la conciliación de la medicación y la coordinación con el primer nivel y servicios comunitarios, focalizando poblaciones de mayor riesgo (multimorbilidad, fragilidad y vulnerabilidad social). Finalmente, se sugiere impulsar estudios de implementación y evaluaciones económicas comparativas de modelos de atención post-alta, y promover colaboración internacional, especialmente con países subrepresentados, para ampliar la validez externa de la evidencia y alinear el monitoreo con los marcos de calidad y cobertura sanitaria universal.

En conclusión, el mapeo bibliométrico global para los años 2010 al 2024 mostró que la investigación sobre reingresos hospitalarios como indicador de la calidad de atención en salud creció de manera sostenida y se concentró principalmente en países de altos ingresos, especialmente Estados Unidos, con redes de colaboración internacional aún limitadas. La estructura temática se vinculó con desenlaces clínicos, complicaciones y mejora de la calidad, y evolucionó desde un enfoque inicial más general hacia una agenda más operativa y predominantemente quirúrgica, con énfasis en complicaciones y monitoreo a 30 días. En conjunto, estos hallazgos delinearon el panorama del campo e identificaron oportunidades para estandarizar definiciones, fortalecer el ajuste por riesgo y ampliar la colaboración internacional, en particular en contextos subrepresentados, con el fin de mejorar la aplicabilidad del indicador en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. No obstante, dado que su validez e interpretabilidad dependen del contexto, la definición operacional y la calidad del registro, su uso debe ser prudente, especialmente cuando se emplea con fines comparativos o de rendición de cuentas.

## Referencias bibliográficas

1. Centers for Medicare & Medicaid Services. Hospital-Wide All-Cause Unplanned Readmission Measure (HWR) – Fact Sheet (NQF #1789) [Internet]. Baltimore (MD): CMS; 2024 [cited 20 Nov 2025]. Disponible en: <https://www.cms.gov/priorities/innovation/files/fact-sheet/bpciadvanced-fs-nqf1789.pdf>.
2. van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ*. 2011;183(7):E391-402. doi:10.1503/cmaj.101860.
3. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. *Annu Rev Med*. 2014;65:471-85. doi:10.1146/annurev-med-022613-090415.
4. Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(8):520-8. doi:10.7326/0003-4819-155-8-201110180-00008.
5. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8. doi:10.1001/jama.260.12.1743.
6. Centers for Medicare & Medicaid Services. Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP) [Internet]. Baltimore (MD): CMS; 2025 [cited Nov 20, 2025]. Disponible en: <https://www.cms.gov/medicare/quality/value-based-programs/hospital-readmissions>.
7. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, et al. Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. *JAMA*. 2011;306(15):1688-98. doi:10.1001/jama.2011.1515.
8. Zhou H, Della PR, Roberts P, Goh L, Dhaliwal SS. Utility of models to predict 28-day or 30-day unplanned hospital readmissions: an updated systematic review. *BMJ Open*. 2016;6(6):e011060. doi:10.1136/bmjopen-2016-011060.
9. World Health Organization. Universal health coverage (UHC) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited Nov 20, 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-%28uhc%29>.
10. United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York (NY): United Nations; 2015 [cited Nov 20, 2025]. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/3923923>.
11. Pan American Health Organization. Strategy and plan of action to improve quality of care in health service delivery 2020-2025 [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2019 [cited Nov 20, 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51621>.
12. Mayta-Tovalino F., Diaz-Barrera M. E., Runzer-Colmenares F. M., and Pacheco-Mendoza J., RAMIBS: Reporting and Measurement of Items for Bibliometric or Scientometric Studies in Health Sciences, *Journal of International Oral Health*. 2024;16(3):253–256. Doi: 10.4103/jioh.jioh\_23\_24.

13. Bradford SC. Sources of information on specific subjects. Engineering (London). 1934;137:85-6. Reprinted in: J Inf Sci. 1985;10(4):173-80. doi:10.1177/016555158501000406.
14. Lotka AJ. The frequency distribution of scientific productivity. J Wash Acad Sci. 1926;16(12):317-23.
15. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. N Engl J Med. 2009;360(14):1418-28. doi:10.1056/NEJMsa0803563.
16. Wadhera RK, Yeh RW, Joynt Maddox KE. The hospital readmissions reduction program—time for a reboot. N Engl J Med. 2019;380(24):2289-91. doi:10.1056/NEJMp1901225.
17. Figueroa JF, Wadhera RK. A decade of observing the Hospital Readmission Reductions Program—time to retire an ineffective policy. JAMA Netw Open. 2022;5(11):e2242593. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.42593.
18. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The Care Transitions Intervention: results of a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2006;166(17):1822-8. doi:10.1001/archinte.166.17.1822.
19. Rajkomar A, Oren E, Chen K, et al. Scalable and accurate deep learning with electronic health records. npj Digit Med. 2018;1:18. doi:10.1038/s41746-018-0029-1.
20. American College of Surgeons. ACS NSQIP (American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program) [Internet]. Chicago (IL): American College of Surgeons; [cited Dec 17, 2025]. Available from: <https://www.facs.org/quality-programs/data-and-registries/acs-nsqip/>.
21. Merkow RP, Ju MH, Chung JW, et al. Underlying reasons associated with hospital readmission following surgery in the United States. JAMA. 2015;313(5):483-95. doi:10.1001/jama.2014.18614.
22. Sellers MM, Merkow RP, Halverson A, et al. Validation of new readmission data in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. J Am Coll Surg. 2013;216(3):420-7. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2012.11.013.
23. Glance LG, Kellermann AL, Osler TM, et al. Hospital readmission after noncardiac surgery: the role of major complications. JAMA Surg. 2014;149(5):439-45. doi:10.1001/jamasurg.2014.4.
24. Adamina M, Kehlet H, Tomlinson GA, Senagore AJ, Delaney CP. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: a meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. Surgery. 2011;149(6):830-40. doi:10.1016/j.surg.2010.11.003.
25. Dummit LA, Kahvecioglu D, Marrufo G, et al. Association between hospital participation in a Medicare bundled payment initiative and payments and quality outcomes for lower extremity joint replacement episodes. JAMA. 2016;316(12):1267-78. doi:10.1001/jama.2016.12717.

26. Keswani A, Lovy AJ, Robinson J, et al. Discharge destination after total joint arthroplasty: an analysis of postdischarge outcomes, placement risk factors, and recent trends. *J Arthroplasty*. 2016;31(6):1155-62. doi:10.1016/j.arth.2015.11.044.
27. Pugely AJ, Martin CT, Gao Y, Mendoza-Lattes S. Causes and risk factors for 30-day unplanned readmissions after lumbar spine surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2014;39(9):761-8. doi:10.1097/BRS.0000000000000270.
28. McCormack R, Michels R, Ramos N, Hutzler L, Slover J, Bosco JA. An analysis of causes of readmission after spine surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012;37(14):1260-6. doi:10.1097/BRS.0b013e318245f561.
29. Bohl DD, Shen MR, Mayo BC, Massel DH, Long WW, Modi KD, et al. Malnutrition predicts infectious and wound complications following posterior lumbar spinal fusion. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2016;41(21):1693-9. doi:10.1097/BRS.0000000000001591.
30. Fischer C, Lingsma HF, Marang-van de Mheen PJ, Kringos DS, Klazinga NS, Steyerberg EW. Is the Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence. *PLoS One*. 2014;9(11):e112282. doi:10.1371/journal.pone.0112282.
31. Aria M, Cuccurullo C. bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping analysis. *J Informetr*. 2017;11(4):959-75. doi:10.1016/j.joi.2017.08.007.
32. van Eck NJ, Waltman L. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. *Scientometrics*. 2010;84(2):523-38. doi:10.1007/s11192-009-0146-3.
33. Blondel VD, Guillaume JL, Lambiotte R, Lefebvre E. Fast unfolding of communities in large networks. *J Stat Mech*. 2008;2008(10):P10008. doi:10.1088/1742-5468/2008/10/P10008.
34. Cobo MJ, López-Herrera AG, Herrera-Viedma E, Herrera F. An approach for detecting, quantifying, and visualizing the evolution of a research field: A practical application to the Fuzzy Sets Theory field. *J Informetr*. 2011;5(1):146-66. doi:10.1016/j.joi.2010.10.002.
35. Hicks D, Wouters P, Waltman L, de Rijcke S, Rafols I. Bibliometrics: The Leiden Manifesto for research metrics. *Nature*. 2015;520(7548):429-31. doi:10.1038/520429a.
36. Falagas ME, Pitsouni EI, Malietzis GA, Pappas G. Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: strengths and weaknesses. *FASEB J*. 2008;22(2):338-42. doi:10.1096/fj.07-9492LSF.

## Tablas y figuras

### Índice de tablas

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Características principales del total de artículos.	10
<b>Tabla 2.</b> Impacto, volumen de citación y producción científica del top 10 de revistas.	12
<b>Tabla 3.</b> Top 10 de autores según productividad, citación y colaboración.	14
<b>Tabla 4.</b> Producción total, volumen de citación e impacto del top 10 de organizaciones afiliadas.	15
<b>Tabla 5.</b> Top 10 de países más productivos.	16
<b>Tabla 6.</b> Top 10 de artículos más influyentes.	18

### Índice de figuras

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Flujograma de registros seleccionados.	9
<b>Figura 2.</b> Diagrama de tres campos, según países, autores y palabras clave indexadas por los autores desde el año 2010 al 2024.	11
<b>Figura 3.</b> Producción científica anual del 2010 al 2024.	12
<b>Figura 4.</b> Núcleo de revistas, según la Ley de Bradford.	13
<b>Figura 5.</b> Producción científica de autores según la Ley de Lotka.	14
<b>Figura 6.</b> Producción global del país según el autor correspondiente. SCP: Publicaciones de un solo país, MCP: Publicación de múltiples países.	17
<b>Figura 7.</b> Mapa de colaboración entre países.	19
<b>Figura 8.</b> Co-ocurrencia de palabras claves.	19
<b>Figura 9.</b> Dendrograma de palabras clave.	20
<b>Figura 10.</b> Evolución temática desde el año 2010 al 2024.	21

## Declaración de autorías

**Miguel Ángel Paco Fernández:** Conceptualización, Investigación, Redacción - Borrado Original y Redacción – Revisión y edición

**Marysela Irene Ladera Castañeda:** Investigación, Metodología, Redacción - Borrador Original y Redacción – Revisión y edición.

**Miguel Angel Huamani Contreras:** Investigación, Redacción - Borrador Original y Redacción – Revisión y edición.

**Miriam Corina Castro Rojas:** Investigación, Redacción - Borrador Original y Redacción – Revisión y edición.

**Luis Adolfo Cervantes Ganoza:** Investigación, Metodología, Análisis formal, Redacción - Borrador Original y Redacción – Revisión y edición.

**César Félix Cayo Rojas:** Investigación, Metodología, Análisis formal, Redacción - Borrador Original y Redacción – Revisión y edición.