

La hospitalización en casa (HEC) como modelo viable de gestión hospitalaria en Venezuela

Home hospitalization (HEC) as a viable model of hospital management in Venezuela

María Cristina Polo Santiago¹ 

RESUMEN: La gestión hospitalaria ha mostrado una gran transformación en las últimas décadas, impulsada por las necesidades de los pacientes, los avances tecnológicos, y la perspectiva actual sobre la atención sanitaria. Una visión integral, humanizada y eficiente de la administración sanitaria se hace cada vez más necesaria y esto involucra procesos como la hospitalización. La complejidad de la hospitalización en estructuras físicas y administrativas rígidas y muy jerarquizadas, experimenta cambios, centrados en el paciente y con resultados satisfactorios, válidos y confiables que representan una alternativa posible. Este trabajo es una revisión descriptivo-exploratoria sobre el proceso de Hospitalización en casa, para analizar la información sobre el tema, sus antecedentes, práctica actual, resultados y perspectivas desde el punto de vista de los actores involucrados. Para esta revisión se realizó una búsqueda que incluyó aspectos históricos y actuales del proceso de hospitalización. Se resaltan ventajas, debilidades y recomendaciones de los autores revisados para fortalecer el proceso. Hay poca información proveniente de Latinoamérica, y casi ninguna en Venezuela, sin embargo, este estudio muestra la posibilidad de integrar la hospitalización en casa (HEC) como una opción viable de la gestión sanitaria.

Palabras claves: Hospitalización en casa, Hospitalización en el hogar, Atención domiciliaria provista por hospital.

ABSTRACT: Hospital management has undergone a significant transformation in recent decades, driven by patient needs, technological advancements, and the current perspective on healthcare. A comprehensive, humanized, and efficient approach to healthcare administration is increasingly necessary, and this includes processes such as hospitalization. The complexity of hospitalization within rigid and highly hierarchical physical and administrative structures is experiencing changes, becoming more patient-centered and yielding satisfactory, valid, and reliable results that represent a viable alternative. This work is a descriptive-exploratory review of the Hospital at Home process, analyzing information on the topic, its history, current practices, outcomes, and perspectives from the viewpoint of the stakeholders involved. For this review, a search was conducted that included historical and current aspects of the hospitalization process. Advantages, weaknesses, and recommendations from the reviewed authors to strengthen the process are highlighted. There is little information from Latin America, and almost none from Venezuela; however, this study demonstrates the possibility of integrating Hospital at Home (HEC) as a viable healthcare management option.

Keywords: Home hospitalization, Hospital home, Home care, Home health care.

¹ Médico cirujano UC. Magister Scientiarum en Epidemiología UCV. Docente investigadora en el Colegio universitario de Rehabilitación May Hamilton, Centro Nacional de Rehabilitación "Dr. Alejandro Rhode" IVSS. Email: mpolsan@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La gestión hospitalaria ha mostrado una profunda transformación en las últimas décadas, impulsada por los cambios en las necesidades de los pacientes, los avances tecnológicos, y una perspectiva diferente sobre la atención sanitaria. Desde el modelo tradicional centrado en hospitales físicos y atención presencial, hasta las modalidades innovadoras como

la hospitalización en casa (HEC), la evolución exige una gerencia sanitaria cada vez más humanizada y eficiente.

Históricamente, el proceso de hospitalización se ha centrado en la atención especializada dentro de una infraestructura compleja con un organigrama muy jerarquizado, mecanismos de administración y resultados que se auditan en términos de eficiencia y calidad asistencial, tomando como indicadores: recursos y financiamiento, personal, número de camas, tiempos de ingreso y egreso, servicios especiales, entre muchos otros. Además, la complejidad hospitalaria requiere innovaciones, mejoras de infraestructura, actividad asistencial y sistemas de información para su administración. Para medir los cambios incorporados, deben actualizarse continuamente instrumentos de gestión como sistemas de codificación que optimicen los indicadores de estructura, de proceso y resultado de la prestación de servicios hospitalarios, mediante comparaciones ajustadas de la casuística y cálculo de costos asociados a los diversos servicios prestados por el hospital.¹

Sin embargo, con frecuencia se muestran limitaciones de acceso y flexibilidad para los pacientes, que son el fin último de las instituciones de salud, y esto se hace más evidente en contextos con recursos limitados. Más allá de la gestión hospitalaria propiamente dicha, asistimos a modelos emergentes que exponen una realidad ajustada a las respuestas que el paciente necesita y que representan una opción cada vez más válida, aceptada y prometedora.

Esta revisión de analiza el tema desde varias perspectivas para resaltar ventajas y desventajas del proceso de hospitalización en casa HEC, y mirarlo como opción viable en Venezuela, donde hay poca información al respecto.

La gestión hospitalaria y las nuevas necesidades

Si se piensa que cada paciente es un caso, independientemente de su condición, patología y especialidad en la cual encaje su situación, y que el paciente ya no es un receptor pasivo, se comprende que cada forma de resolución, podría adoptar algún modelo de hospitalización diferente, aunque la elección del modelo requiere no sólo de logística,

sino de normativas y condiciones específicas para cada circunstancia ^{2,3}.

El proceso de atención y de hospitalización está pasando de un modelo de estructuras complejas, a un modelo centrado en el paciente que exige participación y autonomía, por eso la gestión sanitaria y específicamente la gestión hospitalaria deberán responder a las comunidades y los individuos que requieren de tal autonomía, para que, como equipo de salud, con el paciente como protagonista, participen en las decisiones sobre su tratamiento y recuperación ⁴. Al avance en los modelos de gestión hospitalaria, se agregan las nuevas tecnologías que aportan eficacia en cuanto a registros, telemedicina y plataformas digitales para monitoreo y atención directa al paciente. El resultado es la humanización necesaria para el desarrollo de una coordinación sana y eficiente entre los distintos niveles de atención ^{5,6}.

La hospitalización en casa (HEC) como modelo de gestión.

La hospitalización a domicilio (HEC), en casa, o home treatment entre otros términos, es un concepto asumido en mitad del siglo XX. La modalidad se inicia para ofrecer una atención más humana y aliviar la sobrecarga de los hospitales, disminuir los costos y ofrecer una atención centrada en el paciente. En las décadas de 1940 a 1960 se comenzaron a explorar modelos de atención domiciliaria para pacientes con enfermedades crónicas, tuberculosis o en cuidados paliativos. En 1947, se da a conocer el programa de HEC en el Hospital Montefiore de Nueva York. En París, Francia, en 1971, se estableció la primera unidad europea en el Hospital Tenon, y se extiende a otros países europeos. En España la primera unidad de HEC se instala en el Hospital de Madrid el año 1981, con un desempeño más bien irregular, seguramente por falta de un marco normativo adecuado. Portugal inaugura su primera unidad de HEC en 2015. El modelo de HEC se expande y desarrolla en Europa y Estados Unidos durante las décadas de 1970 y 1980 ⁷.

En Latinoamérica se conoce la atención domiciliaria desde 1920 para la atención al paciente tuberculoso; en Brasil en 1963 se institucionaliza el proceso iniciado por el Ministerio de Trabajo en 1949, mediante el Programa de Medicina Domiciliaria en el

Hospital Público de San Pablo⁸.

La HEC es parte del proceso evolutivo de la gestión hospitalaria, que combina tecnología de vanguardia y gestión centrada en el paciente con carácter de eficiencia y humanización. Su coordinación es exigente ya que requiere adaptación y evaluación continua según las necesidades de cada caso y debería estar alineada con las tendencias globales y las necesidades específicas de la población en general, que incluye a América Latina y el Caribe⁹.

Perspectivas a considerar en la HEC

Los estudios sobre HEC expresan opiniones diversas. Leff, como promotor de una agenda de investigación sobre el modelo, con participantes de Europa y Norteamérica, identificó nueve áreas que incluyen definiciones, mediciones, formación, tecnologías, implementación y asuntos éticos entre otros. Sus estudios abordan los aspectos a considerarse para desarrollar un modelo de HEC con suficiencia y calidad ^{10, 11, 12}. Así mismo, en trabajos desarrollados en Europa como los de Denecke ^{4, 13}, se estudia este modelo de atención, desde las ventajas y desventajas para los pacientes, profesionales y cuidadores, definición de funciones y características del servicio.

De lo analizado se desprende que la HEC como opción de gestión hospitalaria puede analizarse desde cuatro perspectivas:

- El paciente, su condición y patología como claves en la elegibilidad, su consentimiento.
- El equipo profesional que lo atenderá y acompañará, que comprende a médicos, enfermeras, terapeutas, familiares y otros cuidadores.
- El equipamiento y materiales requeridos, que incluye el espacio y cama ajustada a sus condiciones, monitores para diversas mediciones y controles, insumos médicos y farmacéuticos y la logística informática que no solo se ciñe a la monitorización remota de cada variable de control, sino al manejo óptimo de la telemedicina, a fin de que la data generada por los equipos de cuidado llegue hasta los centros especializados donde haya un equipo receptor capaz de coordinar y tomar las decisiones que se ajusten a cada caso.

- La gestión, los costos y otros recursos que darán sostenibilidad al proceso.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica desde las bases de datos PubMed, Google Scholar, Dialnet y la biblioteca Cochrane, entre otras, con las palabras Hospitalización en casa, Hospitalización a domicilio, atención domiciliaria provista por hospital, “home hospitalization”, “hospital home”, “home care” y “home health care”; se incluyeron todos los estudios, preferiblemente los publicados del año 2020 en adelante, aunque los datos históricos se realizaron sin límite de antigüedad. La selección incluye estudios de cohortes, casos y controles, analíticos, descriptivos y observacionales además de revisiones sistemáticas con resultados y experiencias en HEC que permitieron realizar un análisis del modelo.

RESULTADOS

Perspectiva del paciente

La elección adecuada del paciente y su condición son primordiales para que la modalidad HEC sea satisfactoria ^{2, 14}. Ya desde el año 2001 al hacer mención de la actividad de hospitalización en el hogar, varios autores hablaron de los diagnósticos más frecuentes en diferentes países, entre los cuales se distinguieron patologías del sistema respiratorio, circulatorio, endocrino, enfermedades de la piel, trastornos ortopédicos y tumores ^{3, 15, 16}. Un trabajo realizado en Chile sobre HEC comenta la variabilidad de los pacientes que han usado esta modalidad, entre los cuales se habla de pacientes obesos, sedentarios, diabéticos, e hipertensos, que muestran resultados satisfactorios ⁷. Se han documentado también, menores tasas de reingresos y menor tendencia a depresiones y estados ansiosos en pacientes que optaron por la HEC ^{18,19,20}.

Hay reportes de eficacia en el traslado temprano a HEC para pacientes quirúrgicos de cirugía bariátrica, torácica y cistectomías entre otras ²¹. Es bueno agregar que el riesgo de iatrogenia y de propagación de infecciones es menor en el paciente hospitalizado en su domicilio, así como el tiempo de estancia ^{22,23}.

Existen desafíos y riesgos que deben abordarse

para solucionarlos y hacer de la HEC un proceso cada vez más efectivo, y que deben incluir las características demográficas, de alfabetización, información sobre su caso y condiciones de vida compatibles con este proceso ^{10, 24, 25}.

Perspectiva del equipo profesional

El personal que presta atención en la HEC, desde el punto de vista médico debe individualizarse en todos los casos; el médico general está en condiciones de dar seguimiento a los protocolos indicados al paciente por parte del especialista, pero la vigilancia está ligada a la observación cuidadosa en cada caso ^{2,10, 13, 15, 20}.

Se deben resaltar las opiniones de profesionales médicos, enfermeros y terapeutas que expresan buen ambiente de trabajo, seguridad y efectividad en la HEC ^{26, 27}. Destaca la opinión sobre la necesidad de una formación específica para el profesional que atiende en el hogar y se reconoce la eficacia del sistema en la satisfacción expresada por pacientes y profesionales que los atienden ^{5,12,18, 29}. Según lo expresado por el personal dedicado a HEC la coordinación y supervisión de la actividad debe incluir comunicación efectiva en todo momento para viabilizar respuestas inmediatas cuando sea necesario ^{30,31,32}.

En general, el personal de HEC considera que este modelo presta un servicio efectivo y satisfactorio por descongestionar los hospitales, disminuir riesgos de infección y estar centrado en el paciente haciendo de éste, un proceso más humanizado que los entornos tradicionales ^{23, 28}.

El papel del profesional de la enfermería es primordial por su labor didáctica y garante de seguridad en la atención del paciente hospitalizado en el hogar ^{4, 17, 26}.

Perspectiva para equipamiento y materiales requeridos

De acuerdo con los criterios de complejidad y rapidez de la respuesta que estima Escarrabill², las necesidades a considerar en el modelo de HEC deben garantizar no solo la dotación de equipos de monitoreo de datos vitales y de soporte como bombas de infusión o ventilador mecánico, sino la capacidad de respuesta a través de medios tecnológicos y el

uso de redes ^{10,12,13,33,34}. Las nuevas tecnologías utilizadas adecuadamente son capaces de tributar a una atención domiciliaria cada vez más satisfactoria para pacientes, profesionales y cuidadores, y efectiva desde el punto de vista de la gestión sanitaria ^{6,15,25}.

Perspectiva para costos

La HEC se asocia a bajos costos ^{9,18,22,27,28}, sin embargo, los entornos que no han implantado este modelo deben hacer múltiples consideraciones relacionadas con los apartes anteriores, tanto en adecuación del espacio para el confinamiento del paciente, como para los costos de atención de profesionales y cuidadores, y para el sistema de monitoreo y comunicación remota que se requiere, a fin de que el proceso sea eficaz.

La mejoría y reducción en el tiempo de atención al paciente trae como consecuencia disminución de costos y esto ha sido expresado por varios autores ^{18,20}.

Siu et al., hablan de la factibilidad del modelo para pacientes de bajos recursos, así como de la necesidad de mejorar las estrategias de reembolso y otros métodos de pago ^{11,32}. Este es un tema controversial ya que existen empresas privadas que usan HEC y consideran que es un modelo perfectible, pero costoso ²⁸, así mismo, al implantar el modelo en Buenos Aires, se encontró que los costos fueron elevados pero consideran que deben ser reanalizados e incluir la totalidad de las variables en nuevos estudios, para redefinirlos ³⁵. El trabajo publicado en Venezuela por García, habla de la necesidad de afinar para corregir las fallas de gestión que mejoren eficazmente el proceso ³⁶.

CONCLUSIONES

Luego de revisar los estudios referidos, se evidencian ventajas de la HEC para el paciente atendido en su domicilio como son: la autonomía, el confort, el riesgo reducido de infecciones hospitalarias, y una dinámica de corte afectivo más tolerante frente a su situación clínica. Sin embargo, deben considerarse desventajas, que dependen en gran medida de las condiciones sociales, educativas y económicas del paciente, a la vez se debe evaluar la logística generadora de políticas para un proceso

de hospitalización viable, dependiendo del sector geográfico donde se localice el paciente y la distancia del centro de atención más cercano y especializado según su patología y necesidades de atención, lo que incluye la monitorización continua, la efectividad de las redes y las opciones de traslado urgente si fuese necesario.

Con la evaluación objetiva mediante matrices de gestión, capaces de validar la efectividad de la HEC, este modelo de hospitalización puede ser aplicable con éxito.

Es bueno para concluir, que en Venezuela hay poco escrito respecto a este tema, sin embargo, el documento de Alba Carosio sobre las políticas de cuidado en Venezuela destaca el papel informal de la mujer como “proveedor invisible del bienestar” que lleva la carga completa del cuidado al paciente, al discapacitado y al anciano, sin una previa formación para tales cuidados, sin consideración ni retribución salarial, lo cual hace necesario pese a las leyes y normas, que sí las hay, un arqueo de las necesidades, del personal y de los recursos, con la finalidad de hacer la situación del cuidador, visible y posible como participante en el proceso de cuidado y atención en el hogar o en la HEC ²⁴.

REFERENCIAS

1. Maza Ávila F. J, Vergara Schmalbach JC. Eficiencia y Productividad de los Hospitales y Clínicas Latinoamericanos de Alta Complejidad. Saber, ciencia y libertad [Internet]. 2017;12(1):144-155. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=736980274009>
2. Escarrabill, J. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. Atención primaria, [Internet]. (2002). 30(5), 304.
3. Cotta, R. M., Suárez-Varela, M., Llopis González, A., Cotta Filho, J. S., Real, E., & Ricós, J. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de Salud Pública. [Internet]. (2001). 10, 45-55.
4. Denecke et al. "Digital health as an enabler for hospital@home: ¿A rising trend or just a vision?" Frontiers in public health [Internet]. (2023) doi:10.3389/fpubh.2023.1137798
5. Edgar, K., et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] (2024). (3).
6. Huelgas, R. G., et al. El hospital del futuro en 10 puntos. Revista Clínica Española, [Internet] (2020). 220(7), 444-449
7. Buedo, P., Salas, M. (2019). Atención de la salud en domicilio: Aportes desde la bioética. Revista Latinoamericana de bioética, [Internet] (2019)19(2), 9-18.
8. Afonso J. Revisión bibliográfica de la estrategia de hospitalización a domicilio en el Sistema Nacional de Salud de España en tiempos de COVID-19. [Internet] (2022). RIULL. Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/27054>
9. Edgar, K., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Gonçalves-Bradley, D. C., Wong, E., & Shepperd, S. [Internet] (2024). Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3).
10. Leff B, DeCherrie LV, Montalto M, Levine DM. A research agenda for hospital at home. J Am Geriatr Soc. [Internet] 2022 Apr;70(4):1060-1069.
11. Siu A, et al. Health equity in Hospital at Home: Outcomes for economically disadvantaged and non-disadvantaged patients. J Am Geriatr Soc. [Internet] 2022 Jul;70(7):2153-2156
12. Pandit, J A., et al. The hospital at home in the USA: current status and future prospects. NPJ Digital Medicine, [Internet] 2024, vol. 7, no 1, p. 48.
13. Denecke, K. Mapeo del panorama de la atención hospitalaria domiciliaria (HAH): una taxonomía validada para la clasificación del modelo de atención HAH. BMC Health Serv Res 25, 84 .2025. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12251-5>
14. Battle, A, et al. La hospitalización domiciliaria del paciente agudo: un nuevo enfoque de cuidados. En Anales de Pediatría. Elsevier Doyma, [Internet] 2023. p. 329-334.
15. Gomez M. Guía de práctica clínica de HAD. SEHAD [Internet] 2020. Disponible en: <https://sehad.org/images/site/proyectoHAD2020/03-%20GUIA%20PRACTICA%20CLINICA%20HAD%20201108.pdf>
16. Cheng W , Cao X , Lian W , Tian J. Introducción a la atención hospitalaria domiciliaria basada en salas de hogares inteligentes en China. JMIR Mhealth Uhealth [Internet] 2024;12: e44422. doi: 10.2196/44422

17. Sánchez-Martos E, et al. Valoración de la adherencia terapéutica en paciente crónico que ingresa en Hospitalización a Domicilio (Estudio VATEC). *Hosp Domic*. [Internet] 2025;9(1):107-4.
18. Tan, T.-H. et al. 'Hospital en casa en Taiwán: reducción de la estancia hospitalaria y los gastos médicos', *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, [Internet] (2025)18, págs. 5893–5903. doi: 10.2147/JMDH.S547734.
19. Arsenault-Lapierre G , Henein M , Gaid D , Le Berre M , Gore G , Vedel I. Intervenciones de hospitalización domiciliaria vs. hospitalización para pacientes con enfermedades crónicas que acuden a urgencias: Revisión sistemática y metaanálisis . *JAMA Netw Open*. [Internet] 2021;4(6): e2111568. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.11568
20. Patel HY, West DJ Jr. Hospital at Home: An Evolving Model for Comprehensive Healthcare. *Glob J Qual Saf Healthc*. [Internet] 2021 Sep 14;4(4):141-146. doi: 10.36401/JQSH-21-4. PMID: 37261225; PMCID: PMC10229033.
21. Ugarte, A, et al. Effectiveness and safety of postoperative hospital at home for surgical patients: a cohort study. *Annals of Surgery*, [Internet] 2024, vol. 279, no 5, p. 727-733.
22. Megido, I; Sela, Y; Grinberg, K. Cost effectiveness of home care versus hospital care: a retrospective analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, [Internet] 2023, vol. 21, no 1, p. 13.
23. Ortiz M, Urbina L, Zea L. Caracterización de un programa de extensión hospitalaria en un centro de alta complejidad de Bogotá, Colombia entre 2022 y 2023. Trabajo de investigación para optar al título de Especialista en Epidemiología. Repositorio Universidad del Rosario. [Internet] 2025 Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/f949d433-5cf6-4b7d-b84a-90d81b642ec2/content>
24. Carosio, A. Políticas de cuidado en Venezuela. Quiéncuidaalasquecuidan.[Internet]2023.Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/112206251/PUBLICACION._Políticas_de_Cuidado_en_Venezuela-libre.pdf?1709861216=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPolíticas_de_Cuidado_en_Venezuela.pdf&Expires=1775410284&Signature=SNWnVdNAR0JTc-0~pxyUylerW2Q1LfGCuj7yi0l6aulPhTYgeLvxaqxBnNymu
- meUBhQoJ1utGY2qxAgIEFPJqpib0jGNPImQqW MzNPYzB9USi2uDMrg0hKmqvVrsa4R7eg~hbl QTIJM9Bhn3q4MBSJOW8sAcy8bapV19B8SP1n cFNi2pqg~zo4S6-2mBoPAS9JQWRsZtkxm09oD 6v45xALP15UsA3X78CYbT931wICvZ712PZOt04 zlxkNcdBoUI6DkwKqZPMUypoVSKYZI2mvoGp-meYDgdZynHHAqmVM1ECyDFVZCd-Zre1RR ko8pzvrSuhZ3fzc5IS44HBqq4A__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
25. Montalbán Romeroz M, Cerdà Lladó A. Grado de satisfacción de los pacientes ingresados en Hospitalización Domiciliaria del Hospital de Manacor. Mallorca. *Hosp Domic*. [Internet] 2025;9(1):125-4.
26. Nikmanesh, P., Arabloo, J. y Gorji, HA. Dimensiones y componentes de la atención hospitalaria domiciliaria: una revisión sistemática. *BMC Health Serv Res* 24, 1458 [Internet] 2024. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11970-5>
27. Hohman JA, Rothman RD, Maniaci MJ. Bridging boundaries: a research consortium to advance hospital-at-home care delivery. *Am J Manag Care*. [Internet] 2025 Oct 1;31(10): e281-e283. doi: 10.37765/ajmc.2025.89809. PMID: 41143665
28. Fulton et al. "Integra at Home: A flexible continuum of inhome medical care for older adults with complex needs" *Journal of the american geriatrics society* [Internet] 2023 doi:10.1111/jgs.18639
29. Edgar, K., et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [Internet] 2024 (3).
30. Karlsen, L., Mjølstad, B. P., Løfaldli, B. B., & Helvik, A. S. The experiences of hospital staff with decision-making concerning patient enrolment in hospital at home services: A complex and dynamic process. *Plos one*, [Internet] 2024 19(9), e0310820.
31. Katherine Karacaoglu, Calum F. Leask. Opiniones del personal sobre un modelo de hospitalización domiciliaria implementado en un centro de atención escocés [J]. *AIMS Public Health*, [Internet] 2021, 8(3): 467-478.doi: 10.3934/publichealth.2021036
32. Ko, SQ, et al. Experiencias de pacientes y sus cuidadores ingresados en un programa de hospitalización domiciliaria en Singapur: un estudio cualitativo descriptivo. *J GEN INTERN MED* [Internet] 2023. 38, 691-698 <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07765-1>
33. Ekholm, A., y Rorsman, J. La sanidad sueca

- reinventada: el enfoque del hospital domiciliario. Tesis doctoral, Universidad Tecnológica de Chalmers. [Internet] 2024. Disponible en: <https://odr.chalmers.se/items/4627bc8b-bbe0-4b3d-9c20-a9ee6c769835>
34. Montalbán Romeroz M, Cerdà Lladó A. Grado de satisfacción de los pacientes ingresados en Hospitalización Domiciliaria del Hospital de Manacor. Mallorca. Hosp Domic. [Internet] 2025;9(1):125-4.
35. Mirofsky M, et al. Hospitalización a domicilio: primer año de experiencia en un hospital público. Medicina B. Aires [Internet]. 2025 Sep; 85(4): 683-691
36. García J, García J. Visión Sistémica vs. Realidad Operativa: La Paradoja de la Calidad en la Atención Domiciliaria Venezolana: Systemic Vision vs. Operational Reality: The Paradox of Quality in Venezuelan Home Care. Revista Venezolana de Enfermería, 2025, vol. 12, no 2.