
ATENCIÓN PRIMARIA INTERCULTURAL DE SALUD EN ALTA TALAMANCA, REGIÓN AUSTRAL DE COSTA RICA: aprendizajes del EBAIS China Kichá

INTERCULTURAL PRIMARY HEALTH CARE IN ALTA TALAMANCA, SOUTHERN
REGION OF COSTA RICA:
lessons learned from the China Kichá EBAIS

EFRAÍN IGNACIO RETANA ÁLVAREZ¹

¹Caja Costarricense del Seguro Social, Costa Rica

ABSTRACT

Intercultural primary health care in Indigenous territories requires integrating biomedical and traditional knowledge, linguistic mediation, and community co-governance to reduce access gaps and improve equity. This article systematizes lessons from the China Kichá EBAIS (Alta Talamanca, Costa Rica) and contrasts them with recent literature to propose indicators for evaluation and strengthening. A descriptive case study was conducted using documentary and media analysis (2022–2025) and reflexive thematic analysis. Five axes emerged: flexible territorial organization; sociocultural and linguistic mediation; co-governance and local networks; outcomes and legitimacy; and barriers and a regulatory agenda. A monitoring panel is proposed with four domains: effective access, continuity of care, cultural appropriateness, and tracer outcomes. The experience is presented as an operational benchmark, contingent on stronger regulation, disaggregated data, and sustainable financing.

KEYWORDS: Intercultural primary health care; Indigenous peoples; China Kichá EBAIS; Alta Talamanca; health equity

RESUMEN

La atención primaria intercultural en territorios indígenas exige articular saberes biomédicos y tradicionales, mediación lingüística y cogobernanza comunitaria para reducir brechas de acceso y mejorar la equidad. Este artículo sistematiza aprendizajes del EBAIS China Kichá (Alta Talamanca, Costa Rica) y los contrasta con literatura reciente para proponer indicadores de evaluación y fortalecimiento. Se realizó un estudio de caso descriptivo con análisis documental y hemerográfico (2022–2025) y análisis temático reflexivo. Emergen cinco ejes: organización territorial flexible; mediación sociocultural y lingüística; cogobernanza y redes locales; resultados y legitimidad; y barreras y agenda regulatoria. Se propone un panel de monitoreo con cuatro dominios: acceso efectivo, continuidad del cuidado, pertinencia cultural y resultados trazadores. La experiencia se plantea como referente operativo, condicionada a fortalecer normativa, datos desagregados y financiamiento sostenible.

PALABRAS CLAVE: Atención primaria intercultural de salud; pueblos indígenas; EBAIS China Kichá; Alta Talamanca; equidad en salud.

Recibido: 22/ 11 / 2025

Aceptado: 13/ 12 / 2025

1. Introducción

La atención primaria de la salud (APS) en territorios indígenas exige modelos interculturales capaces de articular sistemas de saberes, mediación lingüística y arreglos organizativos flexibles para reducir brechas de acceso y mejorar la equidad. La evidencia reciente en América Latina y el Caribe subraya que la APS sólo logra cierres de brechas cuando incorpora cogobernanza con actores comunitarios, adecuación territorial de la oferta y métricas de pertinencia cultural y resultados trazadores, más allá de la cobertura nominal del servicio (Maceira et al., 2024; Garza et al., 2025; Houghton et al., 2025). A nivel global, los marcos de medición de la World Health Organization (WHO) reafirman que la APS con enfoque centrado en las personas y sensible al contexto es condición para avanzar hacia una cobertura universal con distribución equitativa del bienestar (WHO, 2022, 2025).

La atención primaria intercultural de salud es entendida actualmente como una estrategia que combina los principios clásicos de la APS (accesibilidad, integralidad, continuidad y participación) con el reconocimiento de la diversidad cultural y los derechos de los pueblos indígenas. Maceira (2024) muestra que, en América Latina y el Caribe, los modelos de APS más sólidos son aquellos organizados en redes territoriales que incorporan equidad y participación comunitaria, lo que abre espacio para la interculturalidad en la organización del primer nivel de atención. En el mismo sentido, Dawson et al. (2025) describen cómo las organizaciones comunitarias de salud indígena en Australia estructuran una APS integral gobernada por pueblos originarios, enfatizando la cultura y la autodeterminación como ejes del modelo.

En contextos indígenas, la atención primaria intercultural se operacionaliza mediante servicios de salud comunitarios controlados por las propias comunidades, que buscan garantizar un cuidado culturalmente seguro, articulando medicina biomédica con medicina tradicional y combatiendo el racismo estructural. Fitzpatrick et al. (2023b) muestran que los servicios de APS indígena en diferentes regiones del mundo fueron clave durante crisis sanitarias como la COVID-19, al movilizar redes comunitarias, trabajar sobre determinantes sociales y utilizar la lengua local. De forma complementaria, Barbo y Alam (2024) evidencian que las personas indígenas valoran la APS cuando es accesible, respetuosa y libre de discriminación, mientras que Dawson et al. (2025) subrayan que la gobernanza indígena de los servicios fortalece la confianza y la pertinencia cultural del cuidado en el primer nivel.

Las discusiones actuales sobre atención primaria intercultural también incorporan los desafíos y oportunidades de la atención virtual y la telesalud. Fitzpatrick et al. (2023a) concluyen, en una revisión rápida de evidencia, que la APS virtual con poblaciones indígenas puede mejorar el acceso siempre que se diseñe desde principios de calidad, participación comunitaria y respeto a las prácticas culturales, evitando reproducir desigualdades preexistentes en conectividad y competencias digitales. Desde una perspectiva de sistema, Maceira (2024) sostiene que la APS, incluida su dimensión intercultural, es una herramienta central para promover equidad y sostenibilidad, siempre que se fortalezcan las redes de servicios, la gobernanza participativa y la consideración explícita de la diversidad étnica y cultural en las políticas de organización del primer nivel de atención.

La literatura sobre el tema de los últimos años también muestra que los enfoques de seguridad/cuidado cultural, incluyendo formación y evaluación de competencias culturales y alianzas con referentes tradicionales, pueden fortalecer la continuidad del cuidado y la confianza, aunque persisten desafíos de efectividad y heterogeneidad metodológica en su evaluación (Hardy et al., 2023; Poitras et al., 2022). Estas aproximaciones son especialmente

relevantes en zonas rurales dispersas y para condiciones crónicas, donde la articulación entre servicios biomédicos y prácticas tradicionales mejora la aceptabilidad y la demanda efectiva.

En Costa Rica, la población indígena (incluidos pueblos cabécar y bribri) enfrenta retos históricos de acceso territorial y adecuación cultural; trabajos recientes documentan la vigencia de la medicina tradicional y sus lógicas de prevención/curación en estas comunidades, lo que demanda modelos híbridos de atención (García Segura, 2021; International Work Group for Indigenous Affairs - IWGIA, 2021). En este marco, el EBAIS China Kichá (Alta Talamanca) ha desarrollado prácticas que integran biomedicina y saberes locales, con rutas móviles, incorporación de personal indígena y coordinación con organizaciones comunitarias; su labor ha sido reconocida institucionalmente y ha motivado iniciativas legislativas de benemeritazgo (Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS, 2023; Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2023–2024; Informe Técnico Integrado, 2024).

En el presente artículo se sistematiza los aprendizajes operativos y comunitarios del EBAIS China Kichá y los dialoga con la literatura reciente para proponer un conjunto de indicadores (acceso efectivo, continuidad, pertinencia cultural y resultados trazadores) que permitan evaluar, consolidar y, si procede, escalar el modelo a otros territorios indígenas. Al hacerlo, se alinea con las recomendaciones internacionales de medición de desempeño en APS y con los llamados regionales a impulsar estrategias impulsadas por la comunidad frente a desigualdades persistentes (WHO, 2022; Maceira et al., 2024; Garza et al., 2025; Houghton et al., 2025).

2. Metodología

Se adoptó un estudio de caso descriptivo para comprender el modelo intercultural del EBAIS China Kichá en su contexto real, usando múltiples fuentes y preservando la cadena de evidencia (Cely Calixto et al., 2023; Yin, 2018). El corpus (2022–2025) integró dictámenes y expedientes legislativos del Exp. 23.392, informes técnicos, notas institucionales de la CCSS y piezas periodísticas/entrevistas donde el doctor Efraín Retana expone principios del modelo.

La revisión se concibió como análisis documental cualitativo, tratando leyes, informes y noticias como textos sociales y aplicando criterios de autenticidad, credibilidad y representatividad (Ahmed, 2024; Bowen, 2009; Cely Calixto et al., 2023); para el componente hemerográfico se siguió la lógica de análisis cualitativo de medios (Altheide & Schneider, 2013). Cuando procedió, se aplicaron reglas de análisis de contenido para la identificación y registro de unidades de significado (Cely Calixto et al., 2023; Krippendorff, 2019). En los criterios de inclusión para el recojo de datos se demandaron mención explícita a China Kichá/Talamanca y a prácticas interculturales; en tanto que, se excluyeron duplicados, opinión sin datos verificables y fuentes sin trazabilidad. Se orientó el recojo de datos bajo criterios de validez y confiabilidad (Borjas García, 2020).

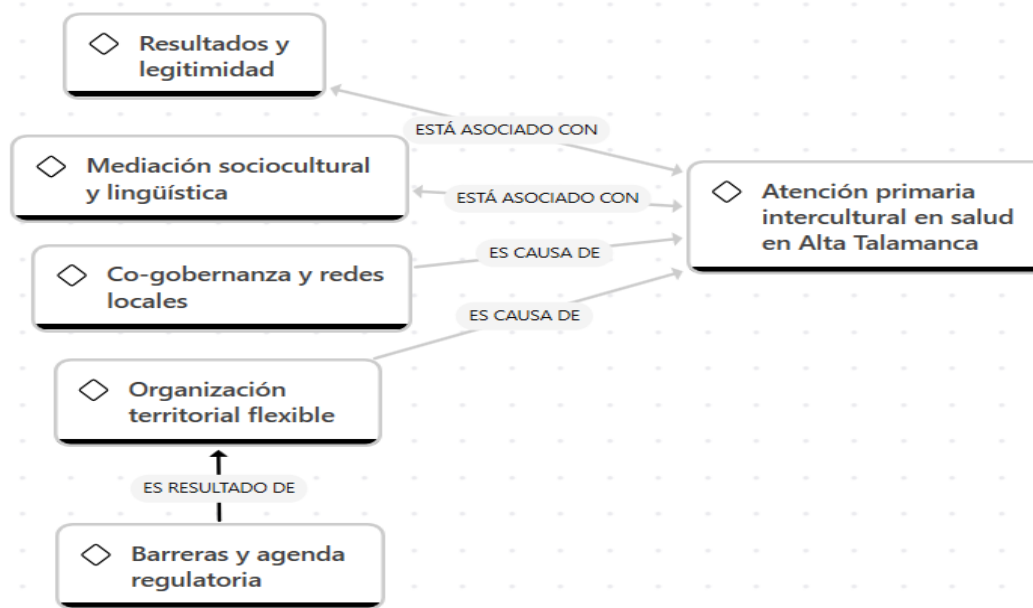
En el procesamiento de datos se combinó análisis temático reflexivo en seis fases, desde la familiarización a la definición de temas (Braun & Clarke, 2021) con matrices de exhibición de datos para ordenar evidencia y fortalecer la lógica inferencial (Miles et al., 2020). La síntesis final organizó hallazgos en cinco ejes: servicio/organización; vínculo comunitario; recursos humanos; resultados y reconocimientos; y barreras/agenda regulatoria. La calidad se aseguró mediante triangulación de fuentes, bitácora de decisiones y verificación de congruencia entre categorías y evidencia, atendiendo a criterios de trustworthiness (credibilidad, dependencia, confirmabilidad y transferibilidad) en investigación cualitativa (Lincoln & Guba, 1985).

3. Resultados

Del análisis temático emergieron cinco ejes que describen el funcionamiento y los aprendizajes del modelo intercultural del EBAIS China Kichá en Alta Talamanca, al sur de Costa Rica.

Figura 1

Categorías asociadas a la atención primaria intercultural en salud en Alta Talamanca, Costa Rica



Nota: Síntesis en base al corpus (2022–2025).

Según se aprecia en la figura 1 existen diversas subcategorías asociadas a la “atención primaria intercultural en salud” en Talamanca: Organización territorial flexible; mediación sociocultural y lingüística; cogobernanza y redes locales; resultados y legitimidad; y, barreras y agenda regulatoria. Según se aprecia, unas son causas, otras están asociadas y hasta hay una con vínculo indirecto.

En lo referente a la *organización territorial flexible*, se observa adecuación de rutas móviles, periodicidades diferenciadas y combinación de jornadas in situ con punto fijo para responder a la dispersión geográfica y a la variabilidad climática. La logística consistente en itinerarios, ventanas de atención y coordinación de transporte local, aparece como condición para traducir la cobertura programada en acceso efectivo. Pero la organización es resultado de las *barreras y agenda regulatoria* que evidencia que persisten rotación de personal, costos/tiempos de traslado y vacíos normativos para formalizar la articulación con medicina tradicional; también se advierte limitada disponibilidad de datos desagregados por pertenencia étnica y sector, lo que restringe el seguimiento fino de resultados.

En cuanto a la *mediación sociocultural y lingüística*, el involucramiento de personal indígena y de mediadores lingüísticos, junto con la producción de materiales contextualizados, facilita comprensión, adherencia y resolución culturalmente pertinente; el vínculo operativo con parteras y terapeutas tradicionales funciona como “puente” de derivación y contrarreferencia. Asimismo, al igual que la correspondencia de la medición con la categoría central, ocurre lo mismo con los *resultados y legitimidad*, que indica que la

experiencia acumula señales de legitimidad social (aceptabilidad, participación) e institucional (reconocimientos), que habilitan alianzas y apalancamiento de recursos para la atención primaria intercultural en salud.

En lo concerniente a la *cogobernanza* y *redes locales* que destaca como una causa de la atención primaria intercultural en salud, se identifican espacios de decisión compartida con organizaciones comunitarias para priorizar sectores, remover barreras y monitorear acuerdos, lo que robustece confianza y corresponsabilidad.

Tabla 1. Descripción de categorías asociadas a la atención primaria intercultural en salud en Alta Talamanca, Costa Rica

Categoría	Descripción	Función/relación en el modelo
Organización territorial flexible	Adecuación de rutas móviles, periodicidades diferenciadas y para convertir cobertura combinación de jornadas in situ con punto programada en acceso fijo; requiere logística de itinerarios, efectivo; se ve impactada ventanas de atención y transporte local. por barreras y agenda regulatoria.	Componente operativo
Mediación sociocultural lingüística	Participación de personal indígena y mediadores lingüísticos, materiales contextualizados y articulación con parteras/terapeutas tradicionales como puente de derivación-contrarreferencia.	Asegura comprensión, adherencia y resolución culturalmente pertinente (pertinencia cultural).
Cogobernanza y redes locales	Y Espacios de decisión compartida con organizaciones comunitarias para priorizar sectores, remover barreras y monitorear acuerdos.	Se describe como causa/motor del modelo (fortalece confianza y corresponsabilidad).
Resultados legitimidad	Y Señales de legitimidad social (aceptabilidad, participación) institucional (reconocimientos) que habilitan alianzas y recursos.	Evidencia y refuerza la sostenibilidad del modelo que (retroalimenta su consolidación).
Barreras y agenda regulatoria	Persisten rotación de personal, costos/tiempos de traslado, vacíos indirecto): genera “zonas normativas para formalizar articulación grises” regulatorias para con medicina tradicional y limitada interacción y registro de disponibilidad de datos desagregados.	Condicionante (vínculo regulador): genera “zonas normativas para formalizar articulación grises” regulatorias para con medicina tradicional y limitada interacción y registro de prácticas interculturales.

Nota: Síntesis en base al corpus (2022–2025).

Como síntesis operativa, el modelo se entiende como una capacidad organizativa que integra decisiones logísticas (rutas y periodicidad), mediación sociocultural (lengua, prácticas y roles tradicionales) y cogobernanza (acuerdos, seguimiento y rendición de cuentas). Con base en la evidencia revisada, se propone un panel de monitoreo con cuatro dominios: acceso efectivo (p. ej., % de consultas in situ y tiempos de desplazamiento), continuidad del cuidado (controles prenatales, re-contactos), pertinencia cultural (uso de mediación lingüística, satisfacción cultural) y resultados trazadores (vacunación, control de condiciones crónicas). La organización de los hallazgos siguió el procedimiento de codificación inductiva y tematización reflexiva descrito en la metodología (Braun & Clarke, 2021; Miles et al., 2020).

Los resultados muestran que la interculturalidad efectiva en APS opera como propiedad del sistema local más que como un “paquete” uniforme: requiere flexibilidad operativa,

mediación sociocultural y cogobernanza para traducir cobertura programada en uso real y aceptable de servicios de salud. Esta interpretación es consistente con el marco de medición de APS centrada en las personas y sensible al contexto o medio, que resalta continuidad, acceso oportuno y experiencia culturalmente adecuada como dimensiones críticas del desempeño (WHO, 2022); es decir, los servicios de salud se ajustan a los lineamientos del organismo mundial de la salud. La legitimidad social, que es expresada en confianza y participación comunitaria, emerge como un insumo organizativo clave, pues sin ella, la itinerancia de equipos o la ampliación de horarios difícilmente se convierten en uso sostenida.

La articulación con saberes y roles tradicionales, con el bagaje cultural de parteras, curanderos y terapeutas de la comunidad, no sólo incrementa la aceptabilidad, sino que también actúa como mecanismo de navegación dentro de trayectorias de cuidado mixtas. Sin embargo, la falta de marcos regulatorios explícitos para estas interacciones genera zonas grises en derivaciones, registro de intervenciones y protección de saberes, lo que coincide con debates metodológicos sobre cómo documentar prácticas culturalmente situadas sin forzar equivalencias con protocolos biomédicos (Krippendorff, 2019). En términos evaluativos, los hallazgos avalan un panel mixto que combine indicadores de desempeño (acceso/continuidad) con métricas de pertinencia cultural y evidencia cualitativa de experiencias de cuidado de la salud; esta aproximación híbrida mejora la validez analítica y la utilidad para decisiones locales (Braun & Clarke, 2021; Miles et al., 2020).

En cuanto a transferibilidad, el caso sugiere que replicar el modelo exige: (a) presupuestos orientados a logística territorial, que no se circunscribe sólo a dotación de personal, (b) contratación y formación continua de mediadores indígenas, y (c) dispositivos de cogobernanza que aseguren priorización y rendición de cuentas. La plausibilidad externa del caso se fortalece por la triangulación de fuentes y la coherencia entre categorías y material empírico (Aguilar Gavira & Barroso Osuna, 2015); sin embargo, la ausencia de microdatos desagregados y la naturaleza secundaria de las fuentes limitan inferencias causales, por lo que recomendamos fases prospectivas con levantamiento primario y devolución comunitaria, en línea con estándares de trustworthiness en investigación cualitativa (Lincoln & Guba, 1985) y con marcos de seguimiento en APS (WHO, 2022). En suma, el EBAIS China Kichá ofrece una ruta operativa para territorios indígenas que requieran adaptar la APS a la geografía, lengua y cosmovisión, siempre que se consoliden métricas, acuerdos regulatorios y financiamiento sostenible.

4. Conclusiones

La experiencia del EBAIS China Kichá muestra que la atención primaria intercultural de salud no se reduce a intervenciones aisladas, sino que opera como una capacidad organizativa del sistema local sustentada en tres pilares: organización territorial flexible, mediación sociocultural y lingüística, y cogobernanza con redes comunitarias. Estos componentes permiten traducir la cobertura programada en acceso efectivo y uso aceptable de los servicios.

La incorporación de personal indígena, mediadores lingüísticos y vínculos formales con parteras y terapeutas tradicionales incrementa la aceptabilidad y la continuidad del cuidado, al tiempo que refuerza la confianza comunitaria. No obstante, persisten vacíos regulatorios y limitaciones en la disponibilidad de datos desagregados que restringen la institucionalización plena de la interculturalidad y el seguimiento fino de los resultados en salud.

El panel de monitoreo propuesto, que integra indicadores de acceso, continuidad, pertinencia cultural y resultados trazadores, constituye una herramienta útil para alinear la

evaluación del modelo con los marcos internacionales de medición de la APS y con las demandas de rendición de cuentas locales. Su adopción requiere voluntad política, ajustes normativos y recursos orientados específicamente a la logística territorial y al fortalecimiento de la mediación cultural.

La transferibilidad del modelo a otros territorios indígenas es plausible, siempre que se respeten las particularidades socioculturales y geográficas de cada contexto y se avance hacia fases prospectivas de investigación con levantamiento de información primaria y devolución comunitaria. Ello permitiría robustecer la evidencia sobre efectividad y sostenibilidad de la atención primaria intercultural de salud y contribuir a políticas nacionales orientadas a la equidad.

Referencias

- Aguilar Gavira, S., & Barroso Osuna, J. (2015). La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, (47), 73-88. <https://doi.org/10.12795/pixelbit.2015.i47.05>
- Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2, 100051. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100051>
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2023-2024). Expediente 23.392: Declaratoria del EBAIS China Kichá como Institución Benemérita de la Patria (Dictamen afirmativo de mayoría).
- Altheide, D. L., & Schneider, C. J. (2013). *Qualitative media analysis* (2nd ed.). SAGE.
- Barbo, G., & Alam, S. (2024). Evidence synthesis – Indigenous people's experiences of primary health care in Canada: A qualitative systematic review. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 44(4), 131-151. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.4.01>
- Borjas García, J. E. (2020). Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. *Trascender, contabilidad y gestión*, 5(15), 79-97. <https://doi.org/10.36791/tcg.v0i15.90>
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (2023, 17 noviembre). Ebais China Kichá recibió galardón internacional por sus aportes al mejoramiento de la calidad de vida en población indígena.
- Cely Calixto, N. J., Palacios Alvarado, W., & Caicedo Rolón, Á. J. (2023). *Conceptos y enfoques de metodología de la investigación*. Universidad Francisco de Paula Santander. <https://repositorio.ufps.edu.co/server/api/core/bitstreams/7f7338b9-3422-4473-b4f6-509e7e4745bc/content>
- Dawson, A., Lyons Jaadwa, L., Morey, K., Pearson, O., Harfield, S., Brand Eastern Arrente, T., ... Brown Yuin, A. (2025). Ways of working in Aboriginal and Torres Strait Islander Community Controlled Health Organisations: Describing a conceptual model of comprehensive primary healthcare characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 49(4), 100267. <https://doi.org/10.1016/j.anzjph.2025.100267>
- Fitzpatrick, K. M., Ody, M., Goveas, D., Montesanti, S., Campbell, P., MacDonald, K., Crowshoe, L., Campbell, S., & Roach, P. (2023a). Understanding virtual primary healthcare with Indigenous populations: A rapid evidence review. *BMC Health Services Research*, 23, 303. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09299-6>

- Fitzpatrick, K., Sehgal, A., Montesanti, S., Pianarosa, E., Barnabe, C., Heyd, A., Kleissen, T., Crowshoe, L. (2023b). Examining the role of Indigenous primary healthcare across the globe in supporting populations during public health crises. *Global Public Health*, 18(1), 2049845. <https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2049845>
- García Segura, A. (2021). Conceptos y prácticas culturales de la medicina ancestral bribri y cabécar en Costa Rica. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 18(2), 1–21.
- Garza, M., et al. (2025). Health disparities among Indigenous populations in Latin America: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 24, 95. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02495-2>
- Hardy, B.-J., et al. (2023). Systematic review of Indigenous cultural safety training interventions for healthcare professionals. *BMJ Open*, 13(10), e073320. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073320>
- Houghton, N., et al. (2025). *Community-driven strategies for primary health care resilience in Latin America and the Caribbean: A scoping review and interviews*. The Lancet Regional Health – Americas. [https://doi.org/10.1016/S2667-193X\(25\)00246-7](https://doi.org/10.1016/S2667-193X(25)00246-7)
- International Work Group for Indigenous Affairs. (2021). El Mundo Indígena 2021: Costa Rica. <https://iwgia.org/es/costa-rica/4130-mi-2021-costa-rica.html>
- Krippendorff, K. (2019). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4th ed.). SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781071878781>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- Maceira, D., Peña Quintero, R. E., Suárez, P., & Peña Peña, L. V. (2024). Primary health care as a tool to promote equity and sustainability: A review of Latin American and Caribbean literature. *International Journal for Equity in Health*, 23, 91. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02149-9>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (4th ed.). SAGE.
- Poitras, M.-E., Vaillancourt, V. T., Canapé, A., Boudreault, A., Bacon, K., & Hatcher, S. (2022). Culturally safe interventions in primary care for Indigenous peoples with chronic conditions: A scoping review. *Family Medicine and Community Health*, 10(Suppl 1), e001606. <https://doi.org/10.1136/fmch-2021-001606>
- World Health Organization. (2022). *Primary Health Care Measurement Framework and Indicators*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>
- World Health Organization. (2025, Mar. 26). *Primary health care (Fact sheet)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE.