

Hacia una gobernanza híbrida en salud: perspectivas de investigación sobre la transformación del sistema sanitario costarricense

Towards hybrid governance in healthcare: research perspectives on the transformation of Costa Rica's health system

Ann Pereira-Calvo

(Doctorante del Programa en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad de Costa Rica)

 <https://orcid.org/0000-0002-3142-8638>

Correspondencia: ann.pereira@ucr.ac.cr

DOI: <https://doi.org/10.66778/RD.v10ed01.02>



Recibido: 16-06-2025
Aceptado: 6-11-2025

HACIA UNA GOBERNANZA HÍBRIDA EN SALUD: PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO COSTARRICENSE

Ann Pereira-Calvo

RESUMEN

Los sistemas de salud latinoamericanos han experimentado profundas transformaciones en las últimas décadas, transitando desde modelos predominantemente estatales hacia configuraciones híbridas que combinan elementos públicos, privados y corporativos. Este artículo presenta un estado de la cuestión sobre las nuevas perspectivas teóricas y metodológicas para el análisis de estos procesos de hibridación, tomando como referencia el caso costarricense. A través de una revisión crítica de la literatura especializada, se identifican tres ejes fundamentales de investigación: la teoría de la gobernanza híbrida, el neoinstitucionalismo de elección racional y la teoría de la agencia en sistemas sanitarios complejos. El análisis revela que las transformaciones no constituyen procesos de privatización radical, sino reconfiguraciones graduales que preservan formalmente principios universalistas mientras introducen mecanismos de mercado y gestión empresarial. Se argumenta que estas dinámicas requieren marcos analíticos específicos que trasciendan dicotomías simplistas entre Estado y mercado, reconociendo la emergencia de formas complejas de coordinación multiactoral. Las perspectivas identificadas ofrecen herramientas conceptuales para comprender cómo las reformas institucionales afectan la equidad en el acceso a servicios preventivos esenciales, con implicaciones para el diseño de políticas públicas más efectivas y equitativas.

PALABRAS CLAVE: gobernanza híbrida - sistemas de salud - neoinstitucionalismo - teoría de la agencia - políticas públicas - equidad sanitaria - privatización selectiva - universalismo estratificado

TOWARDS HYBRID GOVERNANCE IN HEALTHCARE: RESEARCH PERSPECTIVES ON THE TRANSFORMATION OF COSTA RICA'S HEALTH SYSTEM

Ann Pereira-Calvo

ABSTRACT

Latin American health systems have undergone profound transformations in recent decades, transitioning from predominantly state-centered models toward hybrid configurations that combine public, private, and corporate elements. This article presents a state of the art review of new theoretical and methodological perspectives for analyzing these hybridization processes, using the Costa Rican case as reference. Through a critical review of specialized literature, three fundamental research axes are identified: hybrid governance theory, rational choice neoinstitutionalism, and agency theory in complex health systems. The analysis reveals that transformations do not constitute radical privatization processes, but rather gradual reconfigurations that formally preserve universalist principles while introducing market mechanisms and business management. It is argued that these dynamics require specific analytical frameworks that transcend simplistic dichotomies between State and market, recognizing the emergence of complex forms of multi-actor coordination. The identified perspectives offer conceptual tools to understand how institutional reforms affect equity in access to essential preventive services, with implications for designing more effective and equitable public policies.

KEYWORDS: hybrid governance - health systems - neoinstitutionalism - agency theory - public policy - health equity - selective privatization - stratified universalism

Hacia una gobernanza híbrida en salud: perspectivas de investigación sobre la transformación del sistema sanitario costarricense

Ann Pereira-Calvo¹
Costa Rica

Introducción

La transformación de los sistemas de salud latinoamericanos constituye uno de los fenómenos más significativos en el campo de las políticas públicas de las últimas décadas. Lejos de seguir trayectorias lineales hacia la privatización o la estatización, estos sistemas han desarrollado configuraciones complejas que desafían las categorizaciones tradicionales.² El caso costarricense resulta paradigmático en este contexto, al haber logrado preservar principios de universalidad y solidaridad mientras incorpora selectivamente mecanismos de mercado y gestión empresarial.³

Esta evolución ha generado la necesidad de marcos teóricos más sofisticados para comprender las dinámicas de lo que diversos autores han

- 1 Doctoranda en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad de Costa Rica. Magíster en Evaluación de Programas y Proyectos de Desarrollo UCR Licenciada en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica UCR. Docente, investigadora y consultora independiente.
- 2 Nuria Homedes y Antonio Ugalde, "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America," *Health Policy* 71, no. 1 (2005): 83-96.
- 3 Mary A. Clark, "Health sector reform in Costa Rica: Reinforcing a public system." Ponencia preparada para los Woodrow Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health Reforms, Washington, D.C., 18-19 de abril de 2002.



denominado “gobernanza híbrida”.⁴ A diferencia de los enfoques dicotómicos que oponen Estado y mercado, las nuevas perspectivas de investigación reconocen la coexistencia de múltiples lógicas institucionales dentro de un mismo sistema sanitario.⁵

El contexto latinoamericano presenta características particulares que condicionan estos procesos de transformación. La crisis de la deuda de los años ochenta marcó un punto de inflexión, promoviendo reformas orientadas hacia la contención del gasto público y la introducción de mecanismos de mercado.⁶ Sin embargo, las trayectorias específicas han variado considerablemente según factores histórico-institucionales, correlaciones de fuerza política y capacidades estatales preexistentes.⁷

Costa Rica representa un caso relevante por haber desarrollado lo que puede caracterizarse como una “vía alternativa” de reforma sanitaria.⁸ A diferencia de experiencias más radicales como la chilena o la colombiana, el país logró preservar elementos fundamentales de su modelo solidario mientras incorporaba selectivamente innovaciones gerenciales y participación privada acotada.⁹

El artículo tiene como objetivo presentar un estado de la cuestión sobre las principales perspectivas teóricas emergentes para el análisis de estos procesos de hibridación, identificando oportunidades de investigación y marcos

4 Heinz Rothgang, *et al.*, *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries* (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2010).

5 Chris Skelcher, “Jurisdictional Integrity, Polycentrism, and the Design of Democratic Governance,” *Governance* 18, no. 1 (2005): 89–110.

6 Thomas Bossert y Tobias Leisewitz, “Innovation and Change in the Chilean Health System,” *New England Journal of Medicine* 374, no. 1 (2016): 1-5, <https://doi.org/10.1056/NEJMp1514202>

7 Celia Almeida, “Políticas sociales en América Latina: el giro neoliberal,” *Revista CEPAL* 76 (2002): 123-140.

8 Juliana Martínez Franzoni y Diego Sánchez-Ancochea, *The Quest for Universal Social Policy in the South: Actors, Ideas and Architectures* (Cambridge: Cambridge University Press, 2020), 156-189.

9 Rodrigo Sáenz, José Luis Bermúdez y Melvin Acosta, *Sistemas de salud en Centroamérica y República Dominicana: desafíos para la universalidad, la equidad y la sostenibilidad* (Washington: OPS, 2011).

conceptuales innovadores. A través del examen de la literatura especializada y el análisis del caso costarricense, se busca contribuir al desarrollo de herramientas analíticas más adecuadas para comprender las transformaciones contemporáneas en los sistemas de salud de la región.

I. Antecedentes históricos: de la crisis del Estado de bienestar a la emergencia de modelos híbridos

Los sistemas de salud latinoamericanos se consolidaron durante el siglo XX bajo paradigmas predominantemente estatistas, influidos por los modelos europeos de Estado de bienestar.¹⁰ Costa Rica ejemplifica esta trayectoria mediante la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en 1941 y su posterior universalización en la década de 1960.¹¹ Este modelo se caracterizó por la integración vertical de funciones (financiamiento, aseguramiento y provisión), el financiamiento solidario basado en contribuciones tripartitas, y una gobernanza neocorporativista que incorporaba formalmente a diversos actores sociales en los procesos decisorios.¹² La literatura de la época enfatizó las virtudes redistributivas de estos arreglos y su capacidad para generar legitimidad social.¹³

La crisis económica de los años ochenta evidenció limitaciones estructurales de estos modelos. La combinación de presiones inflacionarias, desequilibrios fiscales y demandas crecientes por servicios más sofisticados generó lo que diversos autores caracterizaron como una “crisis de

10 Gosta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (Princeton: Princeton University Press, 1990).

11 Luis Rosero-Bixby, “La trayectoria del seguro social en Costa Rica,” en *Reformas de salud en América Latina*, ed. Carmelo Mesa-Lago (Santiago: CEPAL, 2004), 75-122.

12 SPhilippe C. chmitter, “Still the Century of Corporatism?” *The Review of Politics* 36, no. 1 (1974): 85-131.

13 Guido Miranda, *La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica* (San José: EDNASSS, 1994).

sostenibilidad” del estatismo sanitario.¹⁴ La respuesta inicial a esta crisis siguió los lineamientos de lo que se conoce como reformas de “primera generación”.¹⁵ Estas se orientaron principalmente hacia la contención del gasto público, la racionalización administrativa y la introducción de criterios de eficiencia económica en la gestión sanitaria.¹⁶ En Costa Rica, los Programas de Ajuste Estructural (PAE) de los años ochenta y noventa introdujeron elementos de Nueva Gestión Pública (NGP) sin alterar fundamentalmente la arquitectura institucional del sistema.¹⁷ Esta moderación relativa se explicó por la fortaleza de las coaliciones de apoyo al modelo solidario y la capacidad del sistema político para procesar adaptativamente las presiones externas.¹⁸

La separación parcial entre las funciones de rectoría (Ministerio de Salud) y aseguramiento/provisión (CCSS), la introducción de compromisos de gestión en hospitales, y la tercerización experimental de servicios de atención primaria constituyeron las principales innovaciones de este período.¹⁹

A partir de los años noventa emergieron enfoques más sofisticados que reconocían la necesidad de combinar eficiencia con equidad.²⁰ Estas reformas de “segunda generación” no buscaban reemplazar el Estado sino reconfigurar sus modos de intervención, introduciendo elementos de competencia regulada y colaboración público-privada.²¹ El concepto de “pluralismo estructurado”

14 Joan Homedes y Ugalde, “Why Neoliberal Health Reforms Have Failed,” 84.

15 Prats i Català, *De la burocracia al management, del management a la gobernanza. Las transformaciones de las administraciones públicas de nuestro tiempo* (Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 2005).

16 Christopher Hood, “A public management for all seasons?” *Public Administration* 69, no. 1 (1991): 3-19.

17 Clark, “Health sector reform in Costa Rica,” 1665-1670.

18 Peter Evans, *Embedded Autonomy: States and Industrial Transformation* (Princeton: Princeton University Press, 1995).

19 Adolfo Rodríguez Herrera, *La reforma del sector salud en Costa Rica: evolución, situación actual y perspectivas* (San José: Ministerio de Salud / OPS, 2005).

20 Banco Mundial, *World Development Report 1997: The State in a Changing World* (Washington: World Bank, 1997).

21 Lester M. Salamon, *The Tools of Government: A Guide to the New Governance* (Oxford: Oxford University Press, 2002).

desarrollado por Londoño y Frenk²² propuso un marco para organizar sistemáticamente la participación de múltiples actores bajo una regulación estatal firme. Este enfoque influyó significativamente en las reformas colombiana y mexicana, aunque con resultados mixtos.²³

Costa Rica adoptó elementos selectivos de este paradigma, manteniendo la integración institucional en la CCSS mientras permitía participación privada acotada en segmentos específicos.²⁴ Esta estrategia gradual evitó las disrupciones observadas en otros países pero generó nuevas complejidades que requieren marcos analíticos específicos.²⁵

II. La emergencia de la gobernanza híbrida como paradigma analítico

La literatura clásica sobre sistemas de salud se estructuró históricamente en torno a tipologías que distinguían entre modelos “puros”: sistemas públicos integrados, sistemas de seguridad social y sistemas de mercado.²⁶ Sin embargo, las transformaciones recientes han evidenciado las limitaciones de estas categorizaciones para capturar la complejidad de los arreglos institucionales contemporáneos. Rothgang y otros autores,²⁷ desarrollaron el concepto de “gobernanza híbrida” para caracterizar sistemas donde coexisten diferentes principios de coordinación: jerárquicos (basados en autoridad estatal), mercantiles (fundamentados en competencia y precios) y colaborativos

22 Juan Luis Londoño y Julio Frenk, “Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America,” *Health Policy* 41, no. 1 (1997): 1-36.

23 Miguel Ángel González-Block, *et al.*, “Mexico: Health System Review,” *Health Systems in Transition* 35, no. 2 (2020): 1-222.

24 Carlos Sojo, “Reformas al sistema de salud en Costa Rica: Tensiones y desafíos,” *Revista de Ciencias Sociales* 89-90 (2000): 33-46.

25 James Mahoney y Kathleen Thelen, *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power* (Cambridge: Cambridge University Press, 2010).

26 Mark G. Field, “The health system and the polity: A contemporary American perspective,” *Social Science & Medicine* 7, no. 10 (1973): 709-717.

27 Rothgang *et al.*, “The changing role of the state,” S35.

(sustentados en redes y cooperación). Esta conceptualización permite superar visiones reduccionistas y reconocer que la hibridación no constituye una anomalía transitoria, sino una forma específica de organización institucional.

La hibridación no debe entenderse como un simple “punto medio” entre Estado y mercado, sino como la emergencia de configuraciones institucionales cualitativamente diferentes que combinan selectivamente elementos de diferentes paradigmas.²⁸ Esta perspectiva resulta particularmente valiosa para analizar sistemas como el costarricense, donde la preservación formal de principios universalistas coexiste con la introducción de mecanismos competitivos y participación privada.²⁹

La hibridación en sistemas de salud se manifiesta en múltiples dimensiones que requieren análisis específicos. La hibridación del financiamiento genera la coexistencia de fuentes públicas solidarias con mecanismos privados como gasto de bolsillo, seguros privados y copagos, creando configuraciones complejas que afectan diferencialmente a distintos grupos poblacionales.³⁰ En Costa Rica, aunque el financiamiento público mantiene una participación mayoritaria de aproximadamente 75 %, el gasto privado ha crecido sostenidamente, representando cerca del 25 % del gasto total en salud.³¹ Esta hibridación financiera no resulta neutral en términos distributivos, ya que como documenta la literatura sobre "universalismo estratificado"³² la coexistencia

28 Bob Jessop, “From governance to governance failure and from multi-level governance to multi-scalar meta-governance,” en *The Ashgate Research Companion to Planning Theory* (Londres: Ashgate, 2009), 201-214.

29 Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, *The Quest for Universal Social Policy*, 178.

30 Homedes y Ugalde, “Why neoliberal health reforms have failed,” 52-58.

31 Ministerio de Salud de Costa Rica, *Cuentas de Salud de Costa Rica 2020-2021* (San José: Ministerio de Salud, 2022).

32 Carlos Sojo, “Universalismo estratificado en el sistema de salud costarricense,” *Revista de Ciencias Sociales* 89-90 (2000): 33-46.

de mecanismos solidarios y de mercado puede generar segmentación de facto donde la calidad y oportunidad del acceso varían según la capacidad de pago de los usuarios.³³

La hibridación de la provisión articula proveedores públicos, privados con fines de lucro, privados sin fines de lucro y cooperativas, creando redes heterogéneas que requieren nuevos mecanismos de coordinación.³⁴ En el caso costarricense, la CCSS mantiene una red propia que atiende aproximadamente al 70 % de la demanda, mientras que proveedores externos contratados cubren cerca del 15 % y el sector privado puro el 15 % restante.³⁵ Esta diversificación genera desafíos específicos de coordinación y control de calidad, documentando problemas de continuidad asistencial, especialmente para pacientes que requieren seguimiento a largo plazo o que necesitan navegar entre diferentes subsistemas.³⁶

La hibridación regulatoria distribuye funciones normativas entre múltiples instancias como ministerios, agencias reguladoras y colegios profesionales, generando superposiciones y vacíos que condicionan la efectividad de los programas sanitarios.³⁷ En Costa Rica, la regulación del sector salud involucra al Ministerio de Salud en rectoría técnica, la CCSS

33 Juliana Martínez Franzoni, "Welfare regimes in Latin America: Capturing constellations of markets, families, and policies", *Latin American Politics and Society* 50, no. 2 (2008): 67-100.

34 Jenny M. Lewis, Mark Considine y Damon Alexander, *Networks, innovation and public policy: Politicians, bureaucrats and the pathways to change inside government* (Londres: Palgrave Macmillan, 2008).

35 Caja Costarricense de Seguro Social, *Informe de gestión anual 2023* (San José: CCSS, 2024).

36 Organización Panamericana de la Salud, *Perfil del sistema de servicios de salud: Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (San José: OPS, 2019).

37 Ilona Kickbusch y Dorothea Gleicher, *Governance for health in the 21st century* (Ginebra: WHO, 2012).

en regulación interna, el Colegio de Médicos en regulación profesional y la SUGESE en supervisión de seguros, creando interfaces complejas que requieren coordinación sofisticada.³⁸

Van der Heijden³⁹ distingue tres tipos principales de hibridación institucional aplicables al análisis de sistemas sanitarios. La hibridación vertical establece la coexistencia de diferentes lógicas en niveles secuenciales del sistema, manifestándose en Costa Rica mediante la planificación centralizada a nivel nacional coexistiendo con gestión descentralizada a nivel hospitalario y local.⁴⁰ La hibridación horizontal aplica simultáneamente diferentes principios a distintos componentes del sistema, ejemplificada por el mantenimiento de la provisión pública en atención primaria junto con la tercerización de servicios especializados.⁴¹ La hibridación secuencial aplica sucesivamente diferentes modos de gobernanza en momentos distintos del proceso asistencial, ilustrada mediante la planificación colaborativa seguida de implementación contractual.⁴²

En el contexto latinoamericano, Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea⁴³ han demostrado que países como Costa Rica han desarrollado lo que denominan “universalismo estratificado”, donde la cobertura formal coexiste con diferenciación en calidad y oportunidad de acceso según capacidad de pago y capital social, evidenciando cómo los procesos de hibridación pueden preservar principios universalistas mientras introducen elementos de segmentación práctica.

38 Ministerio de Salud de Costa Rica, *Informe sobre gobernanza y rectoría sanitaria* (San José: Ministerio de Salud, 2023).

39 Jeroen Van der Heijden, “Institutional layering: A review of the use of the concept,” *Politics* 31, no. 1 (2011): 9-18.

40 Megan Pesec, Ashley VanderZanden y Hannah Ratcliffe, *Comprehensive Primary Health Care Reform in Costa Rica* (Boston: Ariadne Labs, 2020).

41 Clark, “Health sector reform in Costa Rica,” 1670.

42 Edwin A. Bravo-Cedeño y Henry J. Vegas-Meléndez, “Modelo de la Nueva Gestión Pública en la Administración de Hospitales,” *Digital Publisher CEIT* 8, no. 6 (2023): 317–332.

43 Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, *The Quest for Universal Social Policy*, 134.

III. Neoinstitucionalismo de Elección Racional: actores, incentivos y transformación gradual

El Neoinstitucionalismo de Elección Racional (NEIR) proporciona herramientas analíticas fundamentales para comprender las transformaciones en sistemas híbridos.⁴⁴ Esta perspectiva conceptualiza las instituciones como “reglas del juego” que emergen de decisiones estratégicas de actores racionales que buscan maximizar utilidades en contextos de interdependencia compleja.⁴⁵

El NEIR reconoce que los actores operan con racionalidad limitada dentro de marcos institucionales que canalizan y restringen sus opciones.⁴⁶ Esta aproximación resulta particularmente valiosa para analizar sistemas sanitarios, donde las decisiones involucran múltiples objetivos (eficiencia, equidad, calidad) y actores con preferencias heterogéneas (pacientes, profesionales, gestores, políticos).⁴⁷ En sistemas híbridos, los actores enfrentan estructuras de incentivos particularmente complejas. Un médico especialista, por ejemplo, debe equilibrar motivaciones profesionales (calidad asistencial), económicas (ingresos), y sociales (reconocimiento), operando simultáneamente en subsistemas con lógicas diferentes.⁴⁸

Una contribución fundamental del NEIR al análisis de sistemas sanitarios proviene de su enfoque en mecanismos de cambio gradual. Mahoney

44 Douglass North, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990).

45 Elinor Ostrom, *Governing the Commons* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990).

46 Herbert A. Simon, “A behavioral model of rational choice,” *Quarterly Journal of Economics* 69, no. 1 (1955): 99-118.

47 Kenneth J. Arrow, “Uncertainty and the welfare economics of medical care,” *American Economic Review* 53, no. 5 (1963): 941-973.

48 Barbara McPake, et al., “Implications of dual practice for universal health coverage,” *Bulletin of the World Health Organization* 94, no. 2 (2016): 142-146, <https://doi.org/10.2471/BLT.14.151894>; Paulo Ferrinho, et al., “Dual practice in the health sector: Review of the evidence,” *Human Resources for Health* 2, no. 1 (2004): 14, <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-14>

y Thelen⁴⁹ han identificado cuatro procesos de transformación institucional particularmente relevantes que operan de manera diferenciada en el contexto sanitario.

El desplazamiento implica la sustitución de reglas existentes por nuevas configuraciones institucionales. En sistemas de salud, este mecanismo se manifiesta cuando nuevos modelos de gestión reemplazan completamente estructuras burocráticas tradicionales, como ejemplifica la introducción de hospitales-empresa en algunos países europeos.⁵⁰ La superposición introduce nuevas reglas junto a las existentes sin eliminarlas, pero modificando gradualmente su funcionamiento efectivo. Los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud en Costa Rica ilustran perfectamente este proceso, incorporando nuevos actores y modalidades organizativas sin eliminar por completo las estructuras previas.⁵¹ El análisis de la implementación de estos equipos revela cómo este mecanismo puede generar resultados no anticipados, ya que aunque fueron formalmente diseñados para fortalecer la atención primaria pública, su operación mediante convenios con cooperativas y asociaciones ha introducido elementos de mercado en el primer nivel de atención.⁵²

La deriva institucional genera cambios en el impacto de reglas existentes debido a transformaciones del entorno, donde las listas de espera en sistemas públicos ilustran dramáticamente este fenómeno. Instituciones formalmente inalteradas pueden ver alterado su funcionamiento efectivo por factores como escasez de especialistas, envejecimiento poblacional o incremento en la demanda.⁵³ En Costa Rica, las listas de espera para procedimientos especializados han crecido sistemáticamente, alcanzando en 2024 más de

49 Mahoney y Thelen, *Explaining Institutional Change*, 15-25.

50 Christopher Pollitt y Geert Bouckaert, *Public management reform: A comparative analysis* (Oxford: Oxford University Press, 2017).

51 VanderZanden Pesec y Ratcliffe, *Comprehensive Primary Health Care Reform*, 45-67.

52 Roberto Rodríguez Herrera, "Tercerización y corporativización en el sistema de salud costarricense", *Revista Costarricense de Salud Pública* 15, no. 3 (2006): 45-60.

53 Paul Pierson, "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics," *American Political Science Review* 94, no. 2 (2000): 251-267.

1.17 millones de personas con tiempos promedio superiores a 340 días.⁵⁴ Este fenómeno ilustra cómo cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos pueden alterar el funcionamiento de instituciones sin requerir modificaciones formales.

La conversión institucional implica la reinterpretación de instituciones existentes hacia nuevos objetivos operativos. La introducción de compromisos de gestión en hospitales públicos representa una conversión de estructuras burocráticas hacia lógicas gerencialistas,⁵⁵ permitiendo mantener la legitimidad asociada con instituciones establecidas mientras se modifican sus modos de operación.⁵⁶ Este proceso resulta particularmente relevante en contextos donde las reformas radicales enfrentan resistencias políticas o sociales significativas.

IV. Equilibrios institucionales y coaliciones de apoyo

Una contribución particular del NEIR al análisis de sistemas sanitarios radica en su enfoque sobre la estabilidad de arreglos institucionales. El modelo de seguridad social tripartita costarricense se mantiene no solo por su eficacia técnica, sino porque ha creado equilibrios estables entre intereses del Estado (legitimidad política), empleadores (costos laborales predecibles) y trabajadores (protección social).⁵⁷

Esta perspectiva explica por qué las reformas incrementales tienden a ser más exitosas que las transformaciones radicales. Las segundas enfrentan

54 Caja Costarricense de Seguro Social, *Informe de Auditoría Interna AS-ASALUD-0141-2024* (San José: CCSS, 2024).

55 David J. Hunter, "The new public management in Britain: Implications for health care management," *Health Services Management Research* 9, no. 3 (1996): 166-175.

56 Wolfgang Streeck y Kathleen Thelen, eds., *Beyond Continuity: Institutional change in advanced political economies* (Oxford: Oxford University Press, 2005).

57 María del Rocío Sáenz, José Luis Bermúdez y Mónica Acosta, "Sistemas de salud de Centroamérica y República Dominicana: desafíos para la universalidad, la equidad y la sostenibilidad," *Salud Pública de México* 53, supl. 2 (2011).

resistencias coordinadas de actores beneficiados por el statu quo e implican altos costos de transacción.⁵⁸ Las primeras pueden aprovechar ambigüedades institucionales para introducir cambios graduales que no amenacen directamente intereses establecidos.⁵⁹

El concepto de “dependencia de trayectoria” (*path dependence*) resulta fundamental para comprender estas dinámicas.⁶⁰ Las decisiones históricas crean “rendimientos crecientes” que refuerzan ciertas configuraciones institucionales, haciendo costosos los cambios radicales.⁶¹ En Costa Rica, la decisión temprana de integrar financiamiento y provisión en la CCSS creó coaliciones de interés (constituencias) que han defendido exitosamente este modelo ante presiones privatizadoras.⁶²

El NEIR también permite analizar cómo emergen innovaciones institucionales en sistemas complejos. Las asociaciones público-privadas en infraestructura sanitaria, como el Hospital de Cartago desarrollado mediante fideicomiso entre la CCSS y el Banco de Costa Rica, constituyen arreglos que distribuyen estratégicamente riesgos y beneficios entre sectores.⁶³

Desde la perspectiva pública, estos mecanismos aceleran la expansión de capacidad sin comprometer la sostenibilidad fiscal inmediata. Desde la perspectiva privada, representan oportunidades de inversión con rendimientos garantizados y riesgos limitados.⁶⁴ La literatura sobre “contratos relacionales”

58 Paul Pierson, *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis* (Princeton: Princeton University Press, 2004).

59 Kathleen Thelen, “How institutions evolve: Insights from comparative historical analysis,” in *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*, eds. James Mahoney y Dietrich Rueschemeyer (Cambridge: Cambridge University Press, 2003), 208-240.

60 Pierson, “Increasing Returns,” 251-267.

61 W. Brian Arthur, “Competing technologies, increasing returns, and lock-in by historical events,” *Economic Journal* 99, no. 394 (1989): 116-131.

62 Miranda, *La seguridad social y el desarrollo*, 89-123.

63 Caja Costarricense de Seguro Social, “CCSS readjudicó construcción del nuevo hospital de Cartago”, nota de prensa, 18 de marzo, 2025.

64 Oliver E. Williamson, *The Economic Institutions of Capitalism* (Nueva York: Free Press, 1985).

sugiere que estos arreglos pueden ser más eficientes que alternativas puramente públicas o privadas cuando involucran activos específicos y relaciones de largo plazo.⁶⁵

Teoría de la agencia en sistemas híbridos: complejidad y problemas emergentes

La teoría de la agencia, desarrollada inicialmente por Jensen y Meckling⁶⁶ en el campo de la organización empresarial, ha encontrado aplicaciones importantes en el análisis de sistemas sanitarios. Esta teoría examina relaciones donde una parte (principal) delega autoridad a otra (agente) para que actúe en su representación, en contextos caracterizados por asimetrías informativas y divergencia potencial de objetivos.⁶⁷

Arrow⁶⁸ fue pionero en señalar que la atención sanitaria se caracteriza por asimetrías informativas fundamentales entre médicos y pacientes, donde la información sobre necesidades, tratamientos y resultados se distribuye desigualmente. Esta característica genera problemas específicos de agencia que requieren mecanismos institucionales particulares para su resolución.⁶⁹

En sistemas híbridos, estos problemas se multiplican exponencialmente. Un mismo actor puede fungir simultáneamente como principal y agente en diferentes relaciones institucionales, generando lo que Maceira⁷⁰ denomina

65 Ian R. Macneil, "Contracts: Adjustment of long-term economic relations under classical, neoclassical, and relational contract law," *Northwestern University Law Review* 72, no. 6 (1978): 854-905.

66 Daniel Maceira, "Fragmentación e Incentivos en los Sistemas de Atención de la Salud en América Latina y el Caribe," Nota Técnica IDB-TN-274 (Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2011), <https://doi.org/10.18235/0012021>

67 Stephen A. Ross, "The economic theory of agency: The principal's problem," *American Economic Review* 63, no. 2 (1973): 134-139.

68 Arrow, "Uncertainty and the welfare economics," 941-973.

69 William R. Scott, *Institutions and Organizations* (Thousand Oaks: Sage Publications, 2000).

70 Daniel Maceira, "Fragmentación e Incentivos en los Sistemas de Atención de la Salud en América Latina y el Caribe," Nota Técnica IDB-TN-274 (Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2011), <https://doi.org/10.18235/0012021>

"agencia múltiple". Esta complejidad requiere marcos analíticos específicos que capturen las interacciones entre múltiples relaciones de agencia operando simultáneamente.⁷¹

Preker y Harding⁷² desarrollaron un marco para analizar relaciones principal-agente en sistemas hospitalarios, identificando cuatro niveles principales que resultan especialmente aplicables a sistemas híbridos. El nivel político establece la relación entre ciudadanos como principales y gobierno como agente para garantizar el derecho a la salud, aunque en sistemas híbridos esta relación se complica porque el Estado-agente puede priorizar objetivos instrumentales como sostenibilidad fiscal y eficiencia operativa sobre el mandato original de garantizar equidad universal.⁷³

El nivel institucional configura la relación entre gobierno como principal y organizaciones sanitarias como agentes, donde la introducción de proveedores privados y la descentralización administrativa multiplican estas relaciones, creando desafíos significativos de coordinación y supervisión.⁷⁴ En el nivel organizacional, la relación entre administración hospitalaria como principal y departamentos clínicos como agentes se ve sustancialmente modificada por los compromisos de gestión y sistemas de incentivos basados en productividad.⁷⁵

Finalmente, el nivel clínico establece la relación entre pacientes como principales y profesionales sanitarios como agentes, donde la práctica médica mixta entre sectores público y privado introduce conflictos de interés específicos que pueden comprometer la representación efectiva de los intereses

71 B. Douglas Bernheim y Michael D. Whinston, "Common agency," *Econometrica* 54, no. 4 (1986): 923-942.

72 Alexander S. Preker y April Harding, *Innovations in health service delivery: The corporatization of public hospitals* (Washington: World Bank Publications, 2003).

73 Ernesto Báscolo, Natalia Houghton y Amalia Del Riego, "Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud" *Revista Panamericana de Salud Pública* 42 (2018), <https://doi.org/10.26633/rpssp.2018.126>

74 Murray J. Horn, *The Political Economy of Public Administration* (Cambridge: Cambridge University Press, 1995).

75 Bravo-Cedeño y Vegas-Meléndez, "Modelo de la Nueva Gestión Pública," 317-332.

del paciente.⁷⁶ Esta multiplicidad de relaciones principal-agente en sistemas híbridos genera complejidades particulares que requieren mecanismos de gobernanza sofisticados para alinear incentivos y garantizar la consecución de objetivos de política sanitaria.

V. Problemas específicos en sistemas híbridos

La hibridización genera problemas de agencia cualitativamente diferentes a los observados en sistemas "puros":

Agencia múltiple sincrónica: médicos especialistas que actúan simultáneamente como agentes de la CCSS en hospitales públicos y como proveedores independientes en consultorios privados enfrentan conflictos estructurales de interés.⁷⁷ Esta dualidad puede manifestarse en referencias implícitas desde el sector público hacia la práctica privada, reducción de esfuerzo en el ámbito público, o utilización de información privilegiada para ventajas competitivas.⁷⁸

La evidencia empírica sobre estos fenómenos es limitada pero sugestiva. Estudios en otros contextos documentan que la práctica dual puede reducir la productividad en el sector público y generar incentivos perversos para crear demanda en el sector privado.⁷⁹

Fragmentación de cadenas principal-agente: la separación funcional entre financiamiento, compra y provisión crea largas cadenas de delegación

76 Åke Blomqvist, "The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care," *Journal of Health Economics* 10, no. 4 (1991): 411-432.

77 Barbara McPake, et al., "Implications of dual practice for universal health coverage," *Bulletin of the World Health Organization* 94, no. 2 (2016): 142-146, <https://doi.org/10.2471/BLT.14.151894>

78 Ariadna García-Prado y Paula González, "Whom Do Physicians Work For? An Analysis of Dual Practice in the Health Sector," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 36, no. 2 (2011): 265-294, <https://doi.org/10.1215/03616878-1222721>

79 Paulo Ferrinho, et al., "Dual practice in the health sector: Review of the evidence," *Human Resources for Health* 2, no. 1 (2004): 14.

que amplifican problemas tradicionales de agencia mediante dilución de responsabilidades, multiplicación de costos de supervisión, y atenuación de incentivos.⁸⁰

En Costa Rica, la cadena “ciudadanos- gobierno→ CCSS→ hospitales→ departamentos→ médicos” ilustra esta complejidad. Cada interfaz introduce potenciales problemas de alineación de objetivos e información asimétrica.⁸¹

Hibridación de lógicas institucionales: la coexistencia de racionalidades organizacionales diferentes (pública-burocrática, privada-mercantil, profesional-clínica) genera lo que Besharov y Smith⁸² denominan “complejidad institucional”. Esta situación dificulta la evaluación de desempeño, complica la alineación de incentivos, y debilita identidades organizacionales.⁸³

Un médico radiólogo en el sistema costarricense, por ejemplo, debe equilibrar criterios burocráticos (cumplimiento de procedimientos), mercantiles (productividad, eficiencia), y profesionales (calidad diagnóstica), sin marcos claros para priorizar entre objetivos potencialmente conflictivos.⁸⁴

La literatura propone diversos mecanismos para mitigar problemas de agencia en sistemas híbridos:

Diseño contractual inteligente: Williamson⁸⁵ propone la teoría de contratos relacionales para abordar complejidad e incertidumbre. En salud, esto

80 Horn, *The Political Economy*, 145-167.

81 Horacio Alejandro Chamizo García, “Las relaciones de agencia en el primer nivel de atención en salud,” *Horizonte Sanitario* 10, no. 2 (2011): 7-21.

82 Besharov, Marya L. y Wendy K. Smith, “Multiple institutional logics in organizations,” *Academy of Management Review* 39, no. 3 (2014): 364-381.

83 Anne-Claire Pache y Filipe Santos, “Inside the hybrid organization: Selective coupling as a response to competing institutional logics,” *Academy of Management Journal* 56, no. 4 (2013): 972-1001.

84 Semanario Universidad, “CCSS tiene escasez de 700 médicos especialistas,” 15 de enero, 2025.

85 Oliver E. Williamson, “Transaction-cost economics: The governance of contractual relations,” *Journal of Law and Economics* 22, no. 2 (1979): 233-261.

implica contratos flexibles que permitan adaptación, especificación de objetivos múltiples con ponderaciones explícitas, y mecanismos preespecificados de resolución de disputas.⁸⁶

Sistemas de información integrados: la reducción de asimetrías informativas mediante registros médicos electrónicos, sistemas de inteligencia de negocios para detectar comportamientos anómalos, y transparencia activa de resultados puede mejorar la alineación de incentivos.⁸⁷

Incentivos híbridos: Le Grand⁸⁸ propone diseñar incentivos que combinan motivaciones intrínsecas y extrínsecas: reconocimiento profesional ligado a resultados de equidad, compensación parcialmente basada en resultados poblacionales, y oportunidades de desarrollo profesional vinculadas a desempeño integral.⁸⁹

Gobernanza relacional: donde los contratos formales son insuficientes, emerge la “gobernanza relacional” basada en construcción de confianza interpersonal, desarrollo de identidades organizacionales compartidas, y espacios de diálogo regular para alineamiento continuo.⁹⁰

Los problemas de agencia en sistemas híbridos tienen consecuencias distributivas significativas. La literatura documenta que actores con mayor capacidad para navegar complejidades institucionales tienden a capturar beneficios desproporcionados.⁹¹

86 Jean-Jacques Laffont y Jean Tirole, *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation* (Cambridge: MIT Press, 1993).

87 Paul Milgrom y John Roberts, “An economic approach to influence activities in organizations,” *American Journal of Sociology* 94, Supplement (1988): S154-S179.

88 Julian Le Grand, *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens* (Oxford: Oxford University Press, 2003).

89 Gwyn Bevan y Christopher Hood, “What’s measured is what matters: Targets and gaming in the English public health care system,” *Public Administration* 84, no. 3 (2006): 517-538.

90 Jeffrey L. Bradach y Robert G. Eccles, “Price, authority, and trust: From ideal types to plural forms,” *Annual Review of Sociology* 15 (1989): 97-118.

91 Paul J. DiMaggio y Walter W. Powell, “The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality,” *American Sociological Review* 48, no. 2 (1983): 147-160.

En el caso del tamizaje mamográfico en Costa Rica, esto se traduce en múltiples manifestaciones: gradientes de acceso donde mujeres con mayor capital social y económico aprovechan múltiples vías para obtener servicios;⁹² continuidad asistencial diferenciada, con pacientes privados experimentando mejor coordinación que usuarios exclusivamente públicos;⁹³ y calidad estratificada, donde proveedores racionalizan calidad según pagadores y supervisión esperada.⁹⁴

Como concluye Sojo,⁹⁵ la hibridación no mitigada por mecanismos robustos de regulación y coordinación tiende a reproducir y amplificar desigualdades preexistentes, generando “universalismo estratificado” donde cobertura formal coexiste con segmentación efectiva de calidad y oportunidad.

VI. Perspectivas emergentes de investigación

La complejidad de sistemas híbridos requiere marcos analíticos que trasciendan niveles únicos de análisis. El concepto de “gobernanza multinivel”;⁹⁶ permite examinar cómo se distribuyen competencias y responsabilidades entre diferentes escalas territoriales y funcionales, reconociendo que la autoridad no reside en un único centro sino que se dispersa entre múltiples jurisdicciones.⁹⁷

92 Organización Panamericana de la Salud, *Indicadores básicos de salud en Costa Rica Situación de salud en las Américas* (Washington, D.C.: OPS, 2023).

93 Ann Pereira, “Evaluación de la gestión para la implementación de la alianza público-privada para el desarrollo Alsalus en el Área de Salud de Siquirres” (Trabajo Final de Graduación, Universidad de Costa Rica, 2021).

94 Homedes y Ugalde, “Why neoliberal health reforms have failed,” 58.

95 Sojo, “Universalismo estratificado,” 45.

96 Liesbet Hooghe y Gary Marks, “Unraveling the central state, but how? Types of multi-level governance,” *American Political Science Review* 97, no. 2 (2003): 233-243.

97 Simona Piattoni, *The theory of multi-level governance: Conceptual, empirical, and normative challenges* (Oxford: Oxford University Press, 2010).

En sistemas de salud, esta dispersión se manifiesta verticalmente (nacional, regional, local) y horizontalmente (sectores público, privado, social).⁹⁸ La investigación debe examinar cómo diferentes configuraciones multinivel afectan la equidad y efectividad de programas sanitarios específicos.

El concepto complementario de “meta-gobernanza”⁹⁹ resulta fundamental para comprender cómo el Estado intenta mantener capacidad de dirección en contextos de creciente fragmentación institucional. Jessop¹⁰⁰ la define como “gobernanza de la gobernanza”, refiriéndose a los mecanismos mediante los cuales se establecen las reglas que rigen las interacciones entre diferentes modos de coordinación.

En el contexto costarricense, la meta-gobernanza se manifiesta en la capacidad del Ministerio de Salud para establecer marcos normativos que regulen la interacción entre proveedores públicos y privados, sin eliminar la autonomía operativa de los subsistemas.¹⁰¹ Esta función resulta crucial para preservar coherencia sistémica en contextos de creciente diversificación organizacional.¹⁰²

Las perspectivas feministas sobre políticas sanitarias¹⁰³ ofrecen herramientas valiosas para comprender cómo transformaciones aparentemente neutras en la gobernanza afectan diferencialmente a distintos grupos

98 Jan-Kees Helderman, “Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health care,” *Journal of Public Policy* 27, no. 1 (2007): 113-139.

99 Bob Jessop, “Meta-governance and the state: Strategies, dilemmas and democratic responses,” *Policy & Politics* 39, no. 2 (2011): 185-204.

100 Jessop, “Meta-governance and the state,” 190.

101 Ministerio de Salud de Costa Rica, “Oficialización de la Norma Nacional para la Atención Integral del Cáncer de Mama en Costa Rica.” *La Gaceta* (2024).

102 Tamara K. Herve y Jean V. McHale, eds., *Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy* (Cambridge: Cambridge University Press / European Observatory on Health Systems and Policies, 2010).

103 Lesley Doyal, *What makes women sick: Gender and the political economy of health* (Londres: Macmillan, 1995).

poblacionales. El análisis interseccional permite examinar cómo género, clase social, etnicidad y ubicación territorial interactúan con cambios institucionales para generar patrones específicos de inclusión y exclusión.¹⁰⁴

Esta aproximación resulta particularmente relevante para servicios dirigidos específicamente a mujeres, como el tamizaje mamográfico. La literatura feminista señala que las políticas sanitarias pueden simultáneamente representar avances en el reconocimiento de necesidades específicas y reproducir concepciones biomédicas que medicalizan y controlan cuerpos femeninos.¹⁰⁵

En sistemas híbridos, estas tensiones se complejizan. La segmentación del acceso según capacidad de pago puede reforzar desigualdades de género existentes, donde mujeres con menores recursos económicos enfrentan barreras acumulativas para acceder a servicios preventivos.¹⁰⁶

Los determinantes sociales de la salud¹⁰⁷ adquieren nueva relevancia en este contexto. La capacidad para navegar interfaces complejas entre subsistemas se convierte en un determinante adicional del acceso efectivo a servicios.¹⁰⁸ Esta “alfabetización sistémica” se distribuye desigualmente según capital educativo y social, generando nuevas formas de estratificación.¹⁰⁹

104 Kimberlé Crenshaw, “Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color,” *Stanford Law Review* 43, no. 6 (1991): 1241-1299.

105 Mari Luz Esteban, *Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio* (Barcelona: Edicions Bellaterra, 2004).

106 Gita Sen, Pirooska Östlin y Asha George, *Unequal, unfair, ineffective and inefficient: Gender inequity in health* (Ginebra: WHO, 2007).

107 Orielle Solar y Alec Irwin, *A conceptual framework for action on the social determinants of health* (Ginebra: WHO, 2007).

108 Jean-Frederic Levesque, Mark F. Harris y Grant Russell, “Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations,” *International Journal for Equity in Health* 12, no. 1 (2013): 18.

109 Donn Nutbeam, “Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies,” *Health Promotion International* 15, no. 3 (2000): 259-267.

El enfoque de capacidades desarrollado por Sen¹¹⁰ proporciona marcos normativos valiosos para evaluar sistemas híbridos. Esta perspectiva enfatiza no sólo el acceso formal a servicios, sino la capacidad efectiva de las personas para convertir recursos disponibles en funcionamientos valorados.¹¹¹

En sistemas híbridos, las “capacidades de navegación” adquieren importancia central. La investigación debe examinar qué factores (información, recursos económicos, redes sociales, competencias comunicativas) facilitan o dificultan la capacidad de los usuarios para aprovechar efectivamente la diversidad de opciones disponibles.¹¹²

La agencia colectiva¹¹³ representa otra dimensión crucial. Las organizaciones de pacientes, movimientos sociales y grupos comunitarios pueden desarrollar capacidades para influir en la configuración de sistemas híbridos.¹¹⁴ El análisis de estas dinámicas requiere marcos que capturen tanto restricciones estructurales como posibilidades de transformación desde abajo.¹¹⁵

VII. Metodologías mixtas y estudios longitudinales

La investigación de sistemas híbridos requiere aproximaciones metodológicas que combinen análisis cuantitativos de resultados con examen

110 Amartya Sen, “¿Por qué la equidad en salud?” *Revista Panamericana de Salud Pública* 11, no. 5/6 (2002): 302-309.

111 Abbas Tashakkori y Charles Teddlie, *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research* (Thousand Oaks: Sage, 2003).

112 Janet K. Shim, “Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment,” *Journal of Health and Social Behavior* 51, no. 1 (2010): 1-15.

113 Naila Kabeer, “Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women’s empowerment,” *Development and Change* 30, no. 3 (1999): 435-464.

114 Andrea Cornwall y Karen Brock, “What do buzzwords do for development policy? A critical look at ‘participation’, ‘empowerment’ and ‘poverty reduction’,” *Third World Quarterly* 26, no. 7 (2005): 1043-1060.

115 Anthony Giddens, *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration* (Berkeley: University of California Press, 1984).

cualitativo de procesos.¹¹⁶ Estos sistemas presentan desafíos metodológicos específicos que demandan innovaciones en diseño de investigación,¹¹⁷ particularmente para capturar tanto las dinámicas de cambio gradual como las complejas cadenas causales que caracterizan estas transformaciones institucionales.

Los estudios de caso longitudinales emergen como herramientas fundamentales para este propósito, ya que permiten capturar dinámicas de cambio gradual que escapan a análisis transversales.¹¹⁸ El seguimiento de cohortes de usuarios a través de diferentes momentos de transformación institucional puede revelar cómo los cambios en gobernanza afectan trayectorias individuales de acceso y utilización.¹¹⁹ Esta perspectiva temporal se complementa eficazmente con el análisis de diferencias en diferencias, una técnica cuasi-experimental que permite evaluar el impacto de reformas específicas comparando grupos afectados y no afectados antes y después de las intervenciones.¹²⁰ Su aplicación al análisis de sistemas híbridos requiere, no obstante, la identificación cuidadosa de grupos de comparación válidos.¹²¹

Para comprender los mecanismos subyacentes a estas transformaciones, el trazado de procesos (*process tracing*) resulta particularmente valioso al permitir reconstruir cadenas causales complejas que conectan cambios institucionales macro con resultados micro.¹²² Este método se articula

116 John W. Creswell y Vicki L. Plano Clark, *Designing and conducting mixed methods research* (Thousand Oaks: Sage Publications, 2017).

117 Abbas Tashakkori y Charles Teddlie, *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research* (Thousand Oaks: Sage, 2003).

118 Robert K. Yin, *Case Study Research: Design and Methods* (Thousand Oaks: Sage, 2018).

119 Glen H. Elder, Monica Kirkpatrick Johnson y Robert Crosnoe, "The emergence and development of life course theory," en *Handbook of the Life Course*, eds. Jeylan T. Mortimer y Michael J. Shanahan (Nueva York: Springer, 2003), 3-19.

120 Joshua D. Angrist y Jörn-Steffen Pischke, *Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion* (Princeton: Princeton University Press, 2008).

121 Coady Wing, Kosali Simon y Ricardo A. Bello-Gomez, "Designing difference in difference studies: Best practices for public health policy research," *Annual Review of Public Health* 39 (2018): 453-469.

122 Andrew Bennett y Jeffrey T. Checkel, eds., *Process Tracing: From Metaphor to Analytic Tool*

especialmente bien con el análisis de redes sociales, que permite mapear relaciones formales e informales entre actores en sistemas complejos.¹²³ La evolución de estas redes puede revelar cómo se reconfiguran patrones de influencia y colaboración durante procesos de hibridación,¹²⁴ proporcionando una comprensión más profunda de cómo las transformaciones en gobernanza se traducen en cambios en la experiencia cotidiana de los usuarios.¹²⁵

La triangulación entre fuentes documentales, datos administrativos y perspectivas de actores resulta fundamental para validar hallazgos y capturar múltiples dimensiones de transformación.¹²⁶ Además, los macrodatos o big data y las técnicas de inteligencia artificial ofrecen nuevas posibilidades para analizar patrones complejos en sistemas híbridos,¹²⁷ ampliando el repertorio metodológico disponible para abordar estos desafíos analíticos.

(Cambridge: Cambridge University Press, 2015).

123 Stanley Wasserman y Katherine Faust, *Social Network Analysis: Methods and Applications* (Cambridge: Cambridge University Press, 1994).

124 Stephen P. Borgatti, Ajay Mehra, Daniel J. Brass y Giuseppe Labianca, "Network analysis in the social sciences," *Science* 323, no. 5916 (2009): 892-895.

125 Derek Beach y Rasmus Brun Pedersen, *Process-Tracing Methods: Foundations and Guidelines* (Ann Arbor: University of Michigan Press, 2013).

126 Norman K. Denzin, *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods* (Nueva York: McGraw-Hill, 1978).

127 Marcel Salathé, et al., "Digital epidemiology," *PLOS Computational Biology* 8, no. 7 (2012), <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1002616>

VIII. El caso costarricense: laboratorio de gobernanza híbrida

Costa Rica representa un caso paradigmático de hibridación sanitaria que preserva elementos universalistas mientras incorpora selectivamente mecanismos de mercado.¹²⁸ Su trayectoria ilustra procesos teóricos identificados en la literatura especializada, ofreciendo un laboratorio natural para examinar dinámicas de transformación gradual.¹²⁹

La fortaleza histórica de las instituciones democráticas costarricenses facilitó procesos de reforma negociada que evitaron las disrupciones observadas en otros países latinoamericanos.¹³⁰ El concepto de “autonomía enraizada”¹³¹ captura esta capacidad estatal para mantener coherencia direccional mientras se adapta a presiones externas e internas.¹³²

La cultura política de consenso, institucionalizada mediante mecanismos neocorporativistas, permitió que diferentes actores sociales participaran en la configuración de reformas.¹³³ Sin embargo, las transformaciones recientes han erosionado parcialmente estos espacios de concertación, introduciendo dinámicas más tecnocráticas y conflictivas.¹³⁴

La evolución del sistema costarricense se puede periodizar en cuatro fases principales que reflejan transformaciones graduales en su configuración institucional. La fase fundacional, que se extiende desde 1940 hasta 1980, se caracterizó por la consolidación del modelo público integrado bajo

128 Juliana Franzoni Martínez y Diego Sánchez-Ancochea, *The Quest for Universal Social Policy*, 156-189.

129 Clark, “Health sector reform in Costa Rica,” 1663-1676.

130 Deborah J. Yashar, *Demanding Democracy: Reform and Reaction in Costa Rica and Guatemala, 1870s-1950s* (Stanford: Stanford University Press, 1997).

131 Evans, *Embedded Autonomy*, 12.

132 Linda Weiss, “The myth of the powerless state,” *New Left Review* 225 (1997): 3-27.

133 Schmitter, “Still the Century of Corporatism?” 85-131.

134 Juliana Franzoni Martínez y Diego Sánchez-Ancochea, “La pandemia de COVID-19 y las narrativas de política social en Costa Rica,” *Revista de la CEPAL* 139 (2023): 101-112.

principios neo corporativistas,¹³⁵ estableciéndose durante este período las bases institucionales del sistema universal con fuerte participación estatal y legitimidad social amplia.¹³⁶

La fase de ajuste moderado, desarrollada entre 1980 y 2000, introdujo gradualmente elementos de Nueva Gestión Pública sin alterar fundamentalmente la arquitectura institucional.¹³⁷ Las reformas siguieron lógicas incrementales que preservaron grupos de apoyo al modelo solidario,¹³⁸ manteniendo así la estabilidad política del sistema mientras se incorporan ajustes adaptativos.

Durante la fase de hibridación controlada, que abarca desde 2000 hasta 2018, se expandió la participación privada mediante tercerización selectiva y descentralización administrativa.¹³⁹ Esta etapa mantuvo la hegemonía pública pero introdujo elementos competitivos en segmentos específicos,¹⁴⁰ configurando un sistema mixto que preservaba los principios universalistas mientras incorporaba mecanismos de mercado limitados.

La fase actual de presión fiscal y reconfiguración, iniciada en 2018, ha sido marcada por reformas estructurales recientes que incluyen la Ley de Fortalecimiento de Finanzas Públicas, la penalización de huelgas y la Ley de Empleo Público.¹⁴¹ Estas transformaciones han alterado las correlaciones de

135 Ana Acuña Ulate y Elena Fuentes Bolaños, *Costa Rica: La reforma del sector salud y su impacto en la seguridad social* (Washington: OPS, 2003).

136 Jean-Pierre Unger, Pierre De Paepe, Renzo Buitrón y Werner Soors, "Promoting Universal Financial Protection: A Policy Analysis of Universal Health Coverage in Costa Rica (1940-2000)," *Health Research Policy and Systems* 11, no. 28 (2013), <https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-28>

137 Luis Castillo, "Modernización del Estado y reforma del sector salud en Costa Rica," Documento de Trabajo N.º 112 (San José: FLACSO, 2000).

138 Kurt Weyland, *Bounded Rationality and Policy Diffusion: Social Sector Reform in Latin America* (Princeton: Princeton University Press, 2006).

139 Jean-Pierre Unger, Pierre De Paepe y Andrew Green, "A comprehensive approach to health system strengthening in low-income countries," *Health Policy* 88, no. 2-3 (2008): 288-298.

140 Sojo, "Reformas al sistema de salud," 40-45.

141 Organización Internacional del Trabajo, *Informe sobre empleo público en América Latina* (Ginebra: OIT, 2022).

fuerza tradicionales y acelerado tendencias hacia la privatización selectiva, introduciendo dinámicas de cambio más aceleradas que las observadas en períodos anteriores.

El sistema costarricense actual puede caracterizarse como la coexistencia articulada de cuatro modelos principales.¹⁴² El modelo público integrado tradicional conserva los elementos centrales del sistema histórico, manteniendo financiamiento solidario, integración vertical de funciones y planificación centralizada,¹⁴³ atendiendo aproximadamente al 70 % de la demanda total y preservando su predominio en servicios de alta complejidad.¹⁴⁴ Este modelo mantiene ventajas asociadas con economías de escala, integración asistencial y solidaridad financiera,¹⁴⁵ aunque enfrenta desafíos significativos en términos de flexibilidad adaptativa, sensibilidad a preferencias usuarias e incentivos para eficiencia organizacional.¹⁴⁶

Como respuesta a estas limitaciones, el modelo de gestión desconcentrada ha incorporado herramientas gerencialistas mediante compromisos de gestión, autonomía administrativa limitada y sistemas de evaluación basados en resultados.¹⁴⁷ Esta modalidad busca combinar las virtudes de la planificación sanitaria con incentivos para eficiencia derivados de relaciones cuasi-contractuales.¹⁴⁸ Si bien su implementación ha generado mejoras en sistemas de información y capacidades gerenciales,¹⁴⁹ persisten desafíos relacionados

142 Claus Wendt, Lorraine Frisina y Heinz Rothgang, "Healthcare system types: a conceptual framework for comparison," *Social Policy & Administration* 43, no. 1 (2009): 70-90.

143 Bermúdez Sáenz y Acosta, *Sistemas de salud en Centroamérica*, 67.

144 Caja Costarricense de Seguro Social, *Informe de gestión anual 2023*, 45.

145 Robert G. Evans, "Going for the gold: The redistributive agenda behind market-based health care reform," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 22, no. 2 (1997): 427-465.

146 Richard B. Saltman y Josep Figueras, "Analyzing the Evidence on European Health Care Reforms," *Health Affairs* 17, no. 2 (1998): 85-108.

147 Rodríguez Herrera, "La reforma del sector salud en Costa Rica," 23-31.

148 Ewan Ferlie, et al., *The new public management in action* (Oxford: Oxford University Press, 1996).

149 Bravo-Cedeño y Vegas-Meléndez, "Modelo de la Nueva Gestión Pública," 317-332.

con costos de transacción, una cultura organizacional predominantemente burocrática y limitaciones para vincular efectivamente remuneración con desempeño.¹⁵⁰

Paralelamente, el modelo de contratación externa selectiva ha formalizado la participación privada mediante convenios específicos con cooperativas, fundaciones y empresas médicas para la provisión de servicios determinados,¹⁵¹ cubriendo aproximadamente el 15 % de la población mediante áreas de salud tercerizadas y servicios diagnósticos contratados.¹⁵² Esta modalidad preserva el financiamiento solidario y la regulación pública mientras introduce elementos de competencia y gestión empresarial.¹⁵³ Sus defensores destacan mayor eficiencia administrativa, innovación organizacional y sensibilidad a preferencias usuarias,¹⁵⁴ mientras que los críticos señalan problemas de continuidad asistencial, supervisión efectiva y condiciones laborales.¹⁵⁵

El modelo privado complementario opera paralelamente al sistema público con financiamiento directo, limitada regulación estatal y provisión heterogénea,¹⁵⁶ representando aproximadamente el 25 % del gasto sanitario total y concentrándose en servicios ambulatorios, procedimientos electivos y diagnósticos especializados.¹⁵⁷ Este sector funciona simultáneamente como complemento para servicios no cubiertos por el seguro público y

150 Hunter, "The new public management," 170-173.

151 Rodríguez Herrera, "Tercerización y corporativización," 50-58.

152 Repretel, "CCSS elimina contratos de 138 Ebais," 28 de marzo, 2025.

153 Richard B. Saltman y Josep Figueras, "Analyzing the Evidence on European Health Care Reforms," *Health Affairs* 17, no. 2 (1998): 85-108.

154 Julian Le Grand, Nicholas Mays y Jo-Ann Mulligan, eds., *Learning from the NHS Internal Market* (Londres: King's Fund, 1998).

155 Nuria Homedes y Antonio Ugalde, "La privatización de los servicios de salud en América Latina," *Salud Pública de México* 44, no. 3 (2002): 231-240.

156 Juliana Franzoni Martínez y Diego Sánchez-Ancochea, *The Quest for Universal Social Policy*, 178.

157 Superintendencia General de Seguros, *Informe anual del mercado de seguros 2023* (San José: SUGESE, 2024).

como suplemento para servicios formalmente cubiertos pero con ventajas en oportunidad y calidad percibida.¹⁵⁸ Su expansión refleja tanto las limitaciones del sector público como las preferencias de segmentos con capacidad de pago.¹⁵⁹

La coexistencia de estos modelos no implica separación absoluta sino complejas dinámicas de interacción que configuran un “mercado sanitario implícito”.¹⁶⁰ La medicina mixta permite que pacientes consulten privadamente, pero utilicen servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de la CCSS,¹⁶¹ optimizando recursos aunque potencialmente generando subsidios cruzados desde el sector público hacia el privado.¹⁶² La doble práctica profesional, donde médicos trabajan simultáneamente en ambos sectores, crea potenciales conflictos de interés y problemas de agencia múltiple.¹⁶³ Las derivaciones informales entre establecimientos públicos y privados sin mecanismos formales de coordinación¹⁶⁴ pueden facilitar acceso, pero también generar inequidades según el capital social de los usuarios.¹⁶⁵ Finalmente, la complementariedad

158 Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras y Joe Kutzin, eds., *Funding Health Care: Options for Europe* (Buckingham: Open University Press / European Observatory on Health Systems and Policies, 2002).

159 Revista Summa, “Costa Rica: Sector privado de salud busca desarrollar modelo de colaboración,” 17 de octubre, 2023.

160 Andrew H. Van de Ven, Martin Ganco y C.R. Hinings, “Returning to the frontier of contingency theory,” *Academy of Management Annals* 7, no. 1 (2013): 393-440.

161 Margarita Vargas-Fuentes, “Privatización de servicios públicos: El caso de los servicios de salud en Costa Rica,” *Salud Pública de México* 35, no. 2 (1993): 186-193.

162 CEPAL, “El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica,” *Serie Financiamiento del Desarrollo*, N° 109 (2001).

163 Barbara McPake, et al., “Implications of dual practice for universal health coverage,” *Bulletin of the World Health Organization* 94, no. 2 (2016): 142-146, <https://doi.org/10.2471/BLT.14.151894>

164 Organización Panamericana de la Salud, *Redes integradas de servicios de salud* (Washington: OPS, 2010).

165 Shim, “Cultural health capital,” 8-12.

terapéutica combina prestaciones públicas y privadas durante el mismo episodio asistencial,¹⁶⁶ optimizando recursos, pero requiriendo coordinación sofisticada para evitar duplicaciones y garantizar continuidad.¹⁶⁷

El caso costarricense ofrece lecciones valiosas sobre factores que facilitan una hibridación exitosa sin comprometer principios universalistas. Las capacidades estatales consolidadas resultan fundamentales, ya que la preservación de competencias técnicas y legitimidad política del Estado permite gobernar efectivamente sistemas híbridos.¹⁶⁸ La cultura política de consenso ha sido crucial, pues los mecanismos de concertación social, aunque erosionados, facilitaron reformas negociadas que mantuvieron apoyo social.¹⁶⁹ Los organismos de supervisión efectivos, como la Contraloría General de la República, la Defensoría de los Habitantes y otras instituciones fiscalizadoras, proporcionan controles y equilibrios que limitan abusos.¹⁷⁰ El gradualismo reformista ha permitido transformaciones incrementales que facilitaron aprendizaje adaptativo y ajustes correlativos.¹⁷¹

Sin embargo, el caso también evidencia tensiones emergentes que requieren atención: fragmentación creciente entre subsistemas, erosión de espacios de participación social y presiones hacia privatización acelerada bajo justificaciones fiscales.¹⁷²

166 Teletica, "Más de un millón de ticos tienen seguro o plan prepago de salud privado," 9 de septiembre, 2024.

167 Stephen M. Shortell, *et al.*, "Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation," *Health Services Research* 30, no. 2 (1995): 377-401.

168 Evans, *Embedded Autonomy*, 59-73.

169 Gerhard Lehmruch, "Concertation and the structure of corporatist networks," en *Order and Conflict in Contemporary Capitalism*, eds. John H. Goldthorpe (Oxford: Oxford University Press, 1984), 60-80.

170 Andreas Schedler, Larry Diamond y Marc F. Plattner, eds., *The Self-Restraining State: Power and Accountability in New Democracies* (Boulder: Lynne Rienner Publishers, 1999).

171 Charles E. Lindblom, "The science of 'muddling through'," *Public Administration Review* 19, no. 2 (1959): 79-88.

172 Semanario Universidad, "La historia del veto a los copagos," 17 de enero, 2024.

IX. Desafíos y oportunidades de investigación

La revisión sistemática de la literatura evidencia varios vacíos importantes en la comprensión de sistemas híbridos que requieren investigación específica. El análisis de implementación y traducción de políticas presenta limitaciones significativas, con escasa evidencia sobre cómo las políticas formales se traducen en cambios efectivos en la experiencia cotidiana de los usuarios.¹⁷³ La literatura sobre implementación en sistemas híbridos resulta particularmente escasa, especialmente en contextos latinoamericanos.¹⁷⁴ Asimismo, la investigación se concentra predominantemente en impactos inmediatos de reformas, prestando limitada atención a las consecuencias distributivas que se manifiestan en horizontes temporales más extensos,¹⁷⁵ siendo la equidad intergeneracional en sistemas híbridos un tema prácticamente inexplorado.¹⁷⁶

La comprensión de mecanismos causales específicos representa otra área crítica de vacío. Aunque la literatura documenta correlaciones entre cambios institucionales y resultados sanitarios, existe insuficiente entendimiento de los mecanismos causales específicos que conectan transformaciones en gobernanza con resultados en salud.¹⁷⁷ Paralelamente, la investigación tiende a privilegiar indicadores objetivos como cobertura, utilización y costos, con limitada atención a dimensiones experienciales como satisfacción, autonomía y dignidad en

173 Jeffrey L. Pressman y Aaron B. Wildavsky, *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland* (Berkeley: University of California Press, 1973).

174 Laurence J. O'Toole Jr., "Research on policy implementation: Assessment and prospects," *Journal of Public Administration Research and Theory* 10, no. 2 (2000): 263-288.

175 Pierson, "Increasing Returns," 263-265.

176 Michael Lipsky, *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services* (Nueva York: Russell Sage Foundation, 1980).

177 Peter Hedström y Richard Swedberg, eds., *Social Mechanisms: An Analytical Approach to Social Theory* (Cambridge: Cambridge University Press, 1998).

la atención.¹⁷⁸ Finalmente, aunque existen numerosos estudios de caso, la literatura carece de análisis comparativos rigurosos que identifiquen patrones generalizables y factores contextuales específicos.¹⁷⁹

Las perspectivas teóricas identificadas sugieren varias líneas prioritarias de investigación que pueden avanzar significativamente la comprensión de sistemas híbridos. Los estudios comparativos regionales emergen como fundamentales, requiriendo análisis sistemático de diferentes trayectorias de hibridación en América Latina que identifiquen factores institucionales, políticos y económicos que explican variaciones en resultados.¹⁸⁰ Costa Rica, Chile, Colombia y Brasil ofrecen casos contrastantes que permitirían identificar mecanismos causales específicos.¹⁸¹ Complementariamente, la evaluación rigurosa del impacto de reformas específicas mediante métodos cuasi-experimentales resulta esencial.¹⁸² La implementación escalonada de reformas en diferentes territorios o momentos temporales puede proporcionar variación exógena para identificación causal.¹⁸³

El desarrollo de indicadores de gobernanza híbrida constituye otra prioridad investigativa, requiriendo la construcción de métricas que capturen la complejidad de sistemas mixtos y trascienden indicadores tradicionales diseñados para sistemas “puros”.¹⁸⁴ Estos indicadores deben reflejar dimensiones como coordinación intersectorial, fragmentación de servicios y

178 Avedis Donabedian, “Evaluating the quality of medical care,” *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, no. 3 (1966): 166-206.

179 Charles C. Ragin, *Fuzzy-Set Social Science* (Chicago: University of Chicago Press, 2000).

180 David Collier y Steven Levitsky, “Democracy with Adjectives: Conceptual Innovation in Comparative Research,” *World Politics* 49, no. 3 (1997): 430-451.

181 James Mahoney, “Strategies of causal inference in small-N analysis,” *Sociological Methods & Research* 28, no. 4 (2000): 387-424.

182 William R. Shadish, Thomas D. Cook y Donald T. Campbell, *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference* (Boston: Houghton Mifflin, 2002).

183 Paul J. Gertler, et al., *Impact Evaluation in Practice* (Washington: World Bank, 2016).

184 Daniel Kaufmann, Aart Kraay y Massimo Mastruzzi, “Governance Matters VIII: Aggregate and Individual Governance Indicators,” *World Bank Policy Research Working Paper* 4978 (2009).

equidad en navegación sistémica.¹⁸⁵ El análisis de sostenibilidad política se presenta igualmente crucial, investigando factores que facilitan o dificultan la consolidación de arreglos híbridos a lo largo del tiempo,¹⁸⁶ donde las crisis políticas y económicas pueden constituir “experimentos naturales” para examinar la resistencia institucional.¹⁸⁷

Los estudios longitudinales de cohortes permitirían el seguimiento de grupos poblacionales específicos a través de transformaciones institucionales para examinar cómo cambios en gobernanza afectan trayectorias de salud y utilización de servicios.¹⁸⁸ Finalmente, la investigación participativa con usuarios debe incorporar sistemáticamente perspectivas de usuarios en el diseño, implementación y evaluación de investigación sobre sistemas híbridos,¹⁸⁹ donde los métodos de investigación-acción pueden revelar dimensiones invisibles en enfoques puramente observacionales.¹⁹⁰

El análisis de sistemas híbridos requiere innovaciones metodológicas específicas que capturen su complejidad inherente. Los métodos mixtos integrados deben combinar sistemáticamente análisis cuantitativos y cualitativos desde las fases iniciales de investigación, no como componentes separados sino como aproximaciones mutuamente informativas.¹⁹¹ El análisis de configuraciones, mediante técnicas como el Análisis Comparativo Cualitativo, permite identificar combinaciones específicas de factores asociadas con resultados particulares,¹⁹² resultando especialmente valioso para analizar casos

185 Sameen Siddiqi, *et al.*, “Framework for assessing governance of the health system in developing countries,” *Health Policy* 90, no. 1 (2009): 13-25.

186 Streeck y Thelen, *Beyond Continuity*, 1-39.

187 Giovanni Capocchia y R. Daniel Kelemen, “The study of critical junctures: Theory, narrative, and counterfactuals,” *World Politics* 59, no. 3 (2007): 341-369.

188 Johnson Elder y Crosnoe, “The emergence and development,” 10-15.

189 Barbara A. Israel, *et al.*, “Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health,” *Annual Review of Public Health* 19, no. 1 (1998): 173-202.

190 Peter Reason y Hilary Bradbury, eds., *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice* (Londres: Sage, 2001).

191 Creswell y Plano Clark, *Designing and conducting mixed methods research*, 45-78.

192 Charles C. Ragin, *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*

con causalidad compleja y equifinalidad.¹⁹³ La simulación y modelización ofrecen posibilidades adicionales, permitiendo que modelos computacionales exploren efectos potenciales de diferentes configuraciones institucionales bajo diversos escenarios,¹⁹⁴ donde los modelos basados en agentes pueden capturar interacciones complejas entre múltiples actores.¹⁹⁵ Finalmente, el análisis de macrodatos posibilita la utilización de registros administrativos masivos para identificar patrones de utilización, derivación y resultados que serían imposibles de capturar mediante encuestas tradicionales.¹⁹⁶

X. Implicaciones para el diseño de políticas

Las perspectivas teóricas revisadas tienen implicaciones directas para el diseño de políticas más efectivas en sistemas híbridos. El reconocimiento de la complejidad inherente resulta fundamental, requiriendo que las políticas se diseñen asumiendo la coexistencia de múltiples lógicas institucionales y evitando soluciones simplistas que ignoren esta realidad.¹⁹⁷ Los enfoques de pensamiento sistémico pueden proporcionar herramientas conceptuales y metodológicas para manejar esta complejidad de manera más efectiva.¹⁹⁸

El fortalecimiento de capacidades regulatorias emerge como prioridad crítica, ya que los Estados necesitan desarrollar nuevas competencias para gobernar sistemas híbridos de manera efectiva.¹⁹⁹ Estas competencias incluyen

(Berkeley: University of California Press, 1987).

193 Benoît Rihoux y Charles C. Ragin, eds., *Configurational Comparative Methods: Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques* (Thousand Oaks: Sage, 2009).

194 Nigel Gilbert y Klaus G. Troitzsch, *Simulation for the Social Scientist* (Buckingham: Open University Press, 2005).

195 Joshua M. Epstein, *Generative Social Science: Studies in Agent-Based Computational Modeling* (Princeton: Princeton University Press, 2006).

196 David Lazer, *et al.*, "Computational social science," *Science* 323, no. 5915 (2009): 721-723.

197 James G. March y Johan P. Olsen, "The Logic of Appropriateness," *Arena Working Papers* WP 04/09 (2004).

198 Peter M. Senge, *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization* (Nueva York: Doubleday, 1990).

199 Tom Christensen y Per Lægveid, "The Whole-of-Government Approach to Public Sector

capacidades técnicas para supervisión de contratos complejos, sistemas de información integrados y mecanismos de coordinación intersectorial que permitan articular coherentemente los diferentes componentes del sistema.

La complejidad sistémica requiere además mecanismos sofisticados de rendición de cuentas que permitan a ciudadanos y organizaciones sociales monitorear e influir en sistemas híbridos.²⁰⁰ En este contexto, la alfabetización en gobernanza se convierte en una competencia ciudadana esencial,²⁰¹ capacitando a la población para navegar y participar efectivamente en estructuras institucionales complejas.

Los sistemas híbridos ofrecen oportunidades valiosas para la experimentación controlada con diferentes arreglos institucionales en territorios o poblaciones específicas, permitiendo procesos de aprendizaje basados en evidencia.²⁰² Esta aproximación experimental puede facilitar la identificación de configuraciones más efectivas antes de implementar reformas a gran escala.

Resulta crucial que la hibridación no se interprete como abandono de objetivos de equidad y universalidad, sino como búsqueda de medios más efectivos para alcanzarlos.²⁰³ Esto requiere vigilancia continua de efectos distributivos y el desarrollo de mecanismos correctivos cuando sea necesario,²⁰⁴ asegurando que la diversificación institucional contribuya efectivamente al logro de metas de política sanitaria sin comprometer los principios fundamentales de justicia social.

Reform,” *Public Administration Review* 67, no. 6 (2007): 1059-1066.

200 Mark Bovens, “Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework,” *European Law Journal* 13, no. 4 (2007): 447-468.

201 Archon Fung, Mary Graham y David Weil, *Full Disclosure: The Perils and Promise of Transparency* (Cambridge: Cambridge University Press, 2007).

202 Ian Sanderson, “Evaluation, policy learning and evidence-based policy making,” *Public Administration* 80, no. 1 (2002): 1-22.

203 Sen, “¿Por qué la equidad en salud?” 305-308.

204 Whitehead, Margaret, “The concepts and principles of equity and health,” *International Journal of Health Services* 22, no. 3 (1992): 429-445.

XI. Conclusiones

La emergencia de sistemas de salud híbridos en América Latina representa un fenómeno de profundas implicaciones teóricas y prácticas que requiere marcos analíticos específicos y sofisticados. El análisis desarrollado en este artículo demuestra que las transformaciones contemporáneas no pueden comprenderse adecuadamente mediante categorizaciones dicotómicas tradicionales que oponen Estado y mercado, sino que requieren conceptualizaciones más complejas que reconozcan la coexistencia y articulación de múltiples lógicas institucionales.

Las tres perspectivas teóricas identificadas —gobernanza híbrida, neoinstitucionalismo de elección racional y teoría de la agencia— ofrecen herramientas conceptuales complementarias y valiosas para comprender estas transformaciones. La teoría de la gobernanza híbrida proporciona marcos para analizar la coexistencia de principios jerárquicos, mercantiles y colaborativos dentro de un mismo sistema. El neoinstitucionalismo de elección racional permite examinar cómo las decisiones estratégicas de actores racionales generan cambios institucionales graduales. La teoría de la agencia revela las complejidades específicas que emergen cuando múltiples relaciones principal-agente operan simultáneamente en sistemas organizacionalmente diversos.

Estas perspectivas centrales se enriquecen con aproximaciones emergentes que aportan dimensiones analíticas adicionales. Las perspectivas feministas e interseccionales revelan cómo transformaciones aparentemente neutras en la gobernanza pueden afectar diferencialmente a distintos grupos poblacionales, mientras que los enfoques de capacidades y determinantes sociales amplían la comprensión sobre cómo la complejidad sistémica genera nuevas formas de estratificación del acceso. El análisis multinivel y de meta-gobernanza complementa este marco conceptual al proporcionar herramientas para examinar la dispersión de autoridad y los mecanismos de coordinación en sistemas fragmentados.

El acercamiento al caso costarricense demuestra que la hibridación no constituye necesariamente una amenaza a principios universalistas, sino que puede representar una vía de adaptación creativa a contextos de restricción fiscal, creciente pluralismo social y demandas ciudadanas más sofisticadas. La experiencia costarricense ilustra cómo factores como capacidades estatales consolidadas, cultura política de consenso, organismos de supervisión efectivos y gradualismo reformista pueden facilitar hibridación exitosa que preserve elementos fundamentales del modelo solidario.

Sin embargo, este análisis también revela que los procesos de hibridación requieren gestión cuidadosa y vigilancia continua para evitar la erosión gradual de principios de equidad y solidaridad. La evidencia disponible sugiere que, sin mecanismos robustos de regulación y coordinación, la hibridación puede generar formas de "universalismo estratificado" donde la cobertura formal coexiste con segmentación efectiva en calidad y oportunidad de acceso.

La investigación futura debe profundizar en varios aspectos críticos. Primero, es necesario desarrollar metodologías más sofisticadas que capturen la complejidad de sistemas híbridos, combinando análisis cuantitativos y cualitativos en diseños longitudinales que permitan identificar mecanismos causales específicos. Segundo, se requiere mayor atención a dimensiones distributivas y experienciales, examinando cómo las transformaciones en gobernanza afectan diferencialmente a distintos grupos poblacionales. Tercero, la investigación comparativa sistemática puede identificar factores institucionales y contextuales que explican variaciones en resultados entre países con trayectorias de hibridación diferentes.

Las implicaciones para el diseño de políticas son significativas. Los sistemas híbridos requieren nuevas competencias estatales para coordinación intersectorial, supervisión de arreglos contractuales complejos, y preservación de coherencia sistémica en contextos de creciente diversificación organizacional.

La participación ciudadana informada se convierte en un requisito fundamental para la rendición de cuentas democrática en sistemas complejos donde las relaciones de responsabilidad se multiplican y difuminan.

Finalmente, las perspectivas teóricas emergentes representan una oportunidad para trascender debates estériles entre Estado y mercado, enfocándose en la configuración específica de arreglos institucionales que promuevan simultáneamente efectividad, eficiencia y equidad en sistemas sanitarios contemporáneos. El desarrollo de esta agenda de investigación resulta fundamental para enfrentar los desafíos sanitarios del siglo XXI en América Latina, donde la presión demográfica, la transición epidemiológica, las restricciones fiscales y las expectativas ciudadanas crecientes requieren respuestas institucionales innovadoras que preserven los logros históricos en materia de protección social mientras se adaptan creativamente a nuevas realidades.

La gobernanza híbrida, lejos de constituir una solución definitiva, representa un campo de experimentación institucional donde sociedades democráticas pueden explorar formas más efectivas de organizar la protección social en salud. Su éxito dependerá de la capacidad para combinar creativamente virtudes de diferentes modelos organizacionales mientras se preservan valores fundamentales de equidad, universalidad y solidaridad que han constituido conquistas históricas del desarrollo social latinoamericano.

Bibliografía

- » Acuña Ulate, Ana y Elena Fuentes Bolaños. *Costa Rica: La reforma del sector salud y su impacto en la seguridad social*. Washington: OPS, 2003.
- » Almeida, Celia. "Políticas sociales en América Latina: el giro neoliberal." *Revista CEPAL* 76 (2002): 123-140.
- » Angrist, Joshua D. y Jörn-Steffen Pischke. *Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion*. Princeton: Princeton University Press, 2008.
- » Arrow, Kenneth J. "Uncertainty and the welfare economics of medical care." *American Economic Review* 53, no. 5 (1963): 941-973.
- » Arthur, W. Brian. "Competing technologies, increasing returns, and lock-in by historical events." *Economic Journal* 99, no. 394 (1989): 116-131.
- » Banco Mundial. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington: World Bank, 1993.
- » Banco Mundial. *World Development Report 1997: The State in a Changing World*. Washington: World Bank, 1997.
- » Báscolo, Ernesto, Natalia Houghton y Amalia Del Riego. "Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud." *Revista Panamericana de Salud Pública* 42 (2018). <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.126>
- » Beach, Derek y Rasmus Brun Pedersen. *Process-Tracing Methods: Foundations and Guidelines*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2013.
- » Bennett, Andrew y Jeffrey T. Checkel, eds. *Process Tracing: From Metaphor to Analytic Tool*. Cambridge: Cambridge University Press, 2015.
- » Bernheim, B. Douglas y Michael D. Whinston. "Common agency." *Econometrica* 54, no. 4 (1986): 923-942.
- » Besharov, Marya L. y Wendy K. Smith. "Multiple institutional logics in organizations." *Academy of Management Review* 39, no. 3 (2014): 364-381.
- » Bevan, Gwyn y Christopher Hood. "What's measured is what matters: Targets and gaming in the English public health care system." *Public Administration* 84, no. 3 (2006): 517-538.
- » Blomqvist, Åke. "The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care." *Journal of Health Economics* 10, no. 4 (1991): 411-432.
- » Borgatti, Stephen P., Ajay Mehra, Daniel J. Brass y Giuseppe Labianca. "Network analysis in the social sciences." *Science* 323, no. 5916 (2009): 892-895.
- » Bossert, Thomas y Tobias Leisewitz. "Innovation and Change in the Chilean Health System." *New England Journal of Medicine* 374, no. 1 (2016): 1-5. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1514202>
- » Bovens, Mark. "Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework." *European Law Journal* 13, no. 4 (2007): 447-468.
- » Bradach, Jeffrey L. y Robert G. Eccles. "Price, authority, and trust: From ideal types to plural forms." *Annual Review of Sociology* 15 (1989): 97-118.
- » Bravo-Cedeño, Edwin A. y Henry J. Vegas-Meléndez. "Modelo de la Nueva Gestión Pública en la Administración de Hospitales." *Digital Publisher CEIT* 8, no. 6 (2023): 317-332.
- » Capoccia, Giovanni y R. Daniel Kelemen. "The study of critical junctures: Theory, narrative, and counterfactuals." *World Politics* 59, no. 3 (2007): 341-369.
- » Caja Costarricense de Seguro Social. *Informe de Auditoría Interna AS-ASALUD-0141-2024*. San José: CCSS, 2024.
- » Caja Costarricense de Seguro Social. *Informe de gestión anual 2023*. San José: CCSS, 2024.
- » Caja Costarricense de Seguro Social. "CCSS readjudicó construcción del nuevo hospital de Cartago." Nota de prensa, 18 de marzo, 2025.
- » CEPAL. "El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica." Serie Financiamiento del Desarrollo, N.º 109, 2001.
- » Chamizo García, Horacio Alejandro. "Las relaciones de agencia en el primer nivel de atención en salud." *Horizonte Sanitario* 10, no. 2 (2011): 7-21. <https://doi.org/10.19136/hs.a10n2.120>
- » Christensen, Tom y Per Lægread. "The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform." *Public Administration Review* 67, no. 6 (2007): 1059-1066.
- » Clark, Mary A. "Health sector reform in Costa Rica: Reinforcing a public system." Ponencia preparada para los Woodrow Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health Reforms, Washington, D.C., 18-19 de abril de 2002.
- » Collier, David y Steven Levitsky. "Democracy with Adjectives: Conceptual Innovation in Comparative Research." *World Politics* 49, no. 3 (1997): 430-451.
- » Cornwall, Andrea y Karen Brock. "What do buzzwords do for development policy? A critical look at 'participation', 'empowerment' and 'poverty reduction'." *Third World Quarterly* 26, no. 7 (2005): 1043-1060.

- » Crenshaw, Kimberlé. "Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color." *Stanford Law Review* 43, no. 6 (1991): 1241-1299.
- » Creswell, John W. y Vicki L. Plano Clark. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2017.
- » Denis, Jean-Louis, Ewan Ferlie y Nicolette Van Gestel. "Understanding hybridity in public organizations." *Public Administration* 93, no. 2 (2015): 273-289.
- » Denzin, Norman K. *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Nueva York: McGraw-Hill, 1978.
- » DiMaggio, Paul J. y Walter W. Powell. "The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality." *American Sociological Review* 48, no. 2 (1983): 147-160.
- » Donabedian, Avedis. "Evaluating the quality of medical care." *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, no. 3 (1966): 166-206.
- » Doyal, Lesley. *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*. Londres: Macmillan, 1995.
- » Elder, Glen H., Monica Kirkpatrick Johnson y Robert Crosnoe. "The emergence and development of life course theory." En *Handbook of the Life Course*, editado por Jeylan T. Mortimer y Michael J. Shanahan, 3-19. Nueva York: Springer, 2003.
- » Epstein, Joshua M. *Generative Social Science: Studies in Agent-Based Computational Modeling*. Princeton: Princeton University Press, 2006.
- » Esping-Andersen, Gøsta. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990.
- » Esteban, Mari Luz. *Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2004.
- » Evans, Peter. *Embedded Autonomy: States and Industrial Transformation*. Princeton: Princeton University Press, 1995.
- » Evans, Robert G. "Going for the gold: The redistributive agenda behind market-based health care reform." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 22, no. 2 (1997): 427-465.
- » Ferlie, Ewan, Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald y Andrew Pettigrew. *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- » Ferrinho, Paulo, Wim Van Lerberghe, Inês Fronteira, Fátima Hipólito y André Biscaia. "Dual practice in the health sector: Review of the evidence." *Human Resources for Health* 2, no. 1 (2004): 14. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-14>
- » Field, Mark G. "The health system and the polity: A contemporary American perspective." *Social Science & Medicine* 7, no. 10 (1973): 709-717.
- » Fung, Archon, Mary Graham y David Weil. *Full Disclosure: The Perils and Promise of Transparency*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- » García-Prado, Ariadna y Paula González. "Whom Do Physicians Work For? An Analysis of Dual Practice in the Health Sector." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 36, no. 2 (2011): 265-294. <https://doi.org/10.1215/03616878-1222721>
- » Gertler, Paul J, Sebastian Martinez, Patrick Premand, Laura B. Rawlings, Christel M. J. Vermeersch. *Impact Evaluation in Practice*. Washington: World Bank, 2016.
- » Giddens, Anthony. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Berkeley: University of California Press, 1984.
- » Gilbert, Nigel y Klaus G. Troitzsch. *Simulation for the Social Scientist*. Buckingham: Open University Press, 2005.
- » González-Block, Miguel Ángel, Hortensia Reyes Morales, Lucero Cahuana Hurtado, Alejandra Balandrán y Edna Méndez. "Mexico: Health System Review." *Health Systems in Transition* 22, no. 2 (2020): 1-222.
- » Hedström, Peter y Richard Swedberg, eds. *Social Mechanisms: An Analytical Approach to Social Theory*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- » Helderma, Jan-Kees. "Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health care." *Journal of Public Policy* 27, no. 1 (2007): 113-139.
- » Hervey, Tamara K. y Jean V. McHale, eds. *Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press / European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
- » Homedes, Nuria y Antonio Ugalde. "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America." *Health Policy* 71, no. 1 (2005): 83-96.
- » Homedes, Nuria y Antonio Ugalde. "La privatización de los servicios de salud en América Latina." *Salud Pública de México* 44, no. 3 (2002): 231-240.
- » Hood, Christopher. "A public management for all seasons?" *Public Administration* 69, no. 1 (1991): 3-19.
- » Hooghe, Liesbet y Gary Marks. "Unraveling the central state, but how? Types of multi-level governance." *American Political Science Review* 97, no. 2 (2003): 233-243.
- » Horn, Murray J. *The Political Economy of Public Administration*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- » Hunter, David J. "The new public management in Britain: Implications for health care management." *Health Services Management Research* 9, no. 3 (1996): 166-175.

- » Israel, Barbara A, Amy J. Schulz, Edith A. Parker y Adam B. Becker. "Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health." *Annual Review of Public Health* 19, no. 1 (1998): 173-202.
- » Jensen, Michael C. y William H. Meckling. "Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure." *Journal of Financial Economics* 3, no. 4 (1976): 305-360.
- » Jessop, Bob. "From governance to governance failure and from multi-level governance to multi-scalar meta-governance." En *The Ashgate Research Companion to Planning Theory*, 201-214. Londres: Ashgate, 2009.
- » Jessop, Bob. "Meta-governance and the state: Strategies, dilemmas and democratic responses." *Policy & Politics* 39, no. 2 (2011): 185-204.
- » Kabeer, Naila. "Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment." *Development and Change* 30, no. 3 (1999): 435-464.
- » Kaufmann, Daniel, Aart Kraay y Massimo Mastruzzi. "Governance Matters VIII: Aggregate and Individual Governance Indicators." *World Bank Policy Research Working Paper* 4978, 2009.
- » Kickbusch, Ilona y Dorothea Gleicher. *Governance for Health in the 21st Century*. Ginebra: WHO, 2012.
- » Laffont, Jean-Jacques y Jean Tirole. *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*. Cambridge: MIT Press, 1993.
- » Lazer, David, Alex Pentland, Lada Adamic, Sinan Aral, Albert-László Barabási, Devon Brewer, Nicholas Christakis, Noshir Contractor, James Fowler, Myron Gutmann, Tony Jebara, Gary King, Michael Macy, Deb Roy y Marshall Van Alstyne. "Computational social science." *Science* 323, no. 5915 (2009): 721-723.
- » Le Grand, Julian. *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- » Le Grand, Julian, Nicholas Mays y Jo-Ann Mulligan, eds. *Learning from the NHS Internal Market*. Londres: King's Fund, 1998.
- » Lehmbuch, Gerhard. "Concertation and the structure of corporatist networks." En *Order and Conflict in Contemporary Capitalism*, editado por John H. Goldthorpe, 60-80. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- » Levesque, Jean-Frederic, Mark F. Harris y Grant Russell. "Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations." *International Journal for Equity in Health* 12, no. 1 (2013): 18.
- » Lewis, Jenny M., Mark Considine y Damon Alexander. *Networks, Innovation and Public Policy: Politicians, Bureaucrats and the Pathways to Change inside Government*. Londres: Palgrave Macmillan, 2008.
- » Lindblom, Charles E. "The science of 'muddling through'." *Public Administration Review* 19, no. 2 (1959): 79-88.
- » Lipsky, Michael. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1980.
- » Londoño, Juan Luis y Julio Frenk. "Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America." *Health Policy* 41, no. 1 (1997): 1-36.
- » Lynch, Julia. *Age in the Welfare State: The Origins of Social Spending on Pensioners, Workers, and Children*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- » Maceira, Daniel. "Fragmentación e Incentivos en los Sistemas de Atención de la Salud en América Latina y el Caribe." Nota Técnica IDB-TN-274. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2011. <https://doi.org/10.18235/0012021>
- » Macneil, Ian R. "Contracts: Adjustment of long-term economic relations under classical, neoclassical, and relational contract law." *Northwestern University Law Review* 72, no. 6 (1978): 854-905.
- » Mahoney, James. "Strategies of causal inference in small-N analysis." *Sociological Methods & Research* 28, no. 4 (2000): 387-424.
- » Mahoney, James y Kathleen Thelen. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- » March, James G. y Johan P. Olsen. "The Logic of Appropriateness." *Arena Working Papers* WP 04/09, 2004.
- » Martínez Franzoni, Juliana y Diego Sánchez-Ancochea. "La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y las narrativas de la política social en Costa Rica." *Revista de la CEPAL* 139 (2023): 101-112.
- » Martínez Franzoni, Juliana y Diego Sánchez-Ancochea. *The Quest for Universal Social Policy in the South: Actors, Ideas and Architectures*. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
- » Martínez Franzoni, Juliana. "Welfare regimes in Latin America: Capturing constellations of markets, families, and policies." *Latin American Politics and Society* 50, no. 2 (2008): 67-100.
- » McPake, Barbara, Giuliano Russo, David Hipgrave, Krishna Hort y James Campbell. "Implications of dual practice for universal health coverage." *Bulletin of the World Health Organization* 94, no. 2 (2016): 142-146. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.151894>
- » Mesa-Lago, Carmelo. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago: CEPAL, Serie Políticas Sociales N.º 120, 2006.

- » Milgrom, Paul y John Roberts. "An economic approach to influence activities in organizations." *American Journal of Sociology* 94, Supplement (1988): S154-S179.
- » Ministerio de Salud de Costa Rica. *Cuentas de Salud de Costa Rica 2020-2021*. San José: Ministerio de Salud, 2022.
- » Ministerio de Salud de Costa Rica. "Oficialización de la Norma Nacional para la Atención Integral del Cáncer de Mama en Costa Rica." *La Gaceta*. 2024.
- » Ministerio de Salud de Costa Rica. *Informe sobre gobernanza y rectoría sanitaria*. San José: Ministerio de Salud, 2023.
- » Miranda, Guido. *La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica*. San José: EDNASSS, 1994.
- » Mossialos, Elias, Anna Dixon, Josep Figueras y Joe Kutzin, eds. *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press / European Observatory on Health Systems and Policies, 2002.
- » North, Douglass. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- » Nussbaum, Martha C. *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Cambridge: Harvard University Press, 2011.
- » Nutbeam, Don. "Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies." *Health Promotion International* 15, no. 3 (2000): 259-267.
- » Organización Internacional del Trabajo. *Informe sobre empleo público en América Latina*. Ginebra: OIT, 2022.
- » Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores básicos de salud en Costa Rica. Situación de salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS, 2023.
- » Organización Panamericana de la Salud. *Perfil del sistema de servicios de salud: Costa Rica*. San José: OPS, 2019.
- » Organización Panamericana de la Salud. *Redes integradas de servicios de salud*. Washington: OPS, 2010.
- » Ostrom, Elinor. *Governing the Commons*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- » O'Toole Jr., Laurence J. "Research on policy implementation: Assessment and prospects." *Journal of Public Administration Research and Theory* 10, no. 2 (2000): 263-288.
- » Pache, Anne-Claire y Filipe Santos. "Inside the hybrid organization: Selective coupling as a response to competing institutional logics." *Academy of Management Journal* 56, no. 4 (2013): 972-1001.
- » Pereira, Ann. "Evaluación de la gestión para la implementación de la alianza público-privada para el desarrollo Alsalus en el Área de Salud de Siquirres." Trabajo Final de Graduación, Universidad de Costa Rica, 2021.
- » Pesec, Megan, Ashley VanderZanden y Hannah Ratcliffe. *Comprehensive Primary Health Care Reform in Costa Rica*. Boston: Ariadne Labs, 2020.
- » Piattoni, Simona. *The Theory of Multi-Level Governance: Conceptual, Empirical, and Normative Challenges*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
- » Pierson, Paul. "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics." *American Political Science Review* 94, no. 2 (2000): 251-267.
- » Pierson, Paul. *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004.
- » Pollitt, Christopher y Geert Bouckaert. *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press, 2017.
- » Prats i Català, Joan. *De la burocracia al management, del management a la gobernanza. Las transformaciones de las administraciones públicas de nuestro tiempo*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 2005.
- » Preker, Alexander S. y April Harding. *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington: World Bank Publications, 2003.
- » Pressman, Jeffrey L. y Aaron B. Wildavsky. *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*. Berkeley: University of California Press, 1973.
- » Ragin, Charles C. *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley: University of California Press, 1987.
- » Ragin, Charles C. *Fuzzy-Set Social Science*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
- » Reason, Peter y Hilary Bradbury, eds. *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. Londres: Sage, 2001.
- » Repretel. "CCSS elimina contratos de 138 EBAIS." 28 de marzo, 2025.
- » Revista Summa. "Costa Rica: Sector privado de salud busca desarrollar modelo de colaboración." 17 de octubre, 2023.
- » Rihoux, Benoît y Charles C. Ragin, eds. *Configurational Comparative Methods: Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques*. Thousand Oaks: Sage, 2009.
- » Rodríguez Herrera, Adolfo. *La reforma del sector salud en Costa Rica: evolución, situación actual y perspectivas*. San José: Ministerio de Salud / OPS, 2005.

- » Rodríguez Herrera, Roberto. "Tercialización y corporativización en el sistema de salud costarricense." *Revista Costarricense de Salud Pública* 15, no. 3 (2006): 45-60.
- » Rosero-Bixby, Luis. "La trayectoria del seguro social en Costa Rica." En *Reformas de salud en América Latina*, editado por Carmelo Mesa-Lago, 75-122. Santiago: CEPAL, 2004.
- » Ross, Stephen A. "The economic theory of agency: The principal's problem." *American Economic Review* 63, no. 2 (1973): 134-139.
- » Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Lorraine Frisina, Simone Grimmeisen, Achim Schmid y Claus Wendt. *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2010.
- » Sáenz, María del Rocío, José Luis Bermúdez y Mónica Acosta. "Sistemas de salud de Centroamérica y República Dominicana: desafíos para la universalidad, la equidad y la sostenibilidad." *Salud Pública de México* 53, supl. 2 (2011).
- » Sáenz, Rodrigo, José Luis Bermúdez y Melvin Acosta. *Sistemas de salud en Centroamérica y República Dominicana: desafíos para la universalidad, la equidad y la sostenibilidad*. Washington: OPS, 2011.
- » Salamon, Lester M. *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- » Salathé, Marcel, Linus Bengtsson, Todd J. Bodnar, Devon D. Brewer, John S. Brownstein, Caroline Buckee, Ellsworth M. Campbell, Ciro Cattuto, Shashank Khandelwal, Patricia L. Mabry, Alessandro Vespignani. "Digital epidemiology." *PLOS Computational Biology* 8, no. 7 (2012). <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1002616>
- » Saltman, Richard B. y Josep Figueras. "Analyzing the Evidence on European Health Care Reforms." *Health Affairs* 17, no. 2 (1998): 85-108.
- » Sanderson, Ian. "Evaluation, policy learning and evidence-based policy making." *Public Administration* 80, no. 1 (2002): 1-22.
- » Schedler, Andreas, Larry Diamond y Marc F. Plattner, eds. *The Self-Restraining State: Power and Accountability in New Democracies*. Boulder: Lynne Rienner Publishers, 1999.
- » Schmitter, Philippe C. "Still the Century of Corporatism?" *The Review of Politics* 36, no. 1 (1974): 85-131.
- » Scott, William R. *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.
- » Semanario Universidad. "La historia del veto a los copagos." 17 de enero, 2024.
- » Semanario Universidad. "CCSS tiene escasez de 700 médicos especialistas." 15 de enero, 2025.
- » Sen, Amartya. "¿Por qué la equidad en salud?" *Revista Panamericana de Salud Pública* 11, no. 5/6 (2002): 302-309.
- » Sen, Gita, Pirooska Östlin y Asha George. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient: Gender Inequity in Health*. Ginebra: WHO, 2007.
- » Senge, Peter M. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Nueva York: Doubleday, 1990.
- » Shadish, William R., Thomas D. Cook y Donald T. Campbell. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston: Houghton Mifflin, 2002.
- » Shim, Janet K. "Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment." *Journal of Health and Social Behavior* 51, no. 1 (2010): 1-15.
- » Shortell, Stephen M, J L O'Brien, J M Carman, R W Foster, E F Hughes, H Boerstler, E J O'Connor. "Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation." *Health Services Research* 30, no. 2 (1995): 377-401.
- » Siddiqi, Sameen, Tayyeb I Masud, Sania Nishtar, David H Peters, Belgacem Sabri, Khalif M Bile y Mohamed A Jama "Framework for assessing governance of the health system in developing countries." *Health Policy* 90, no. 1 (2009): 13-25.
- » Simon, Herbert A. "A behavioral model of rational choice." *Quarterly Journal of Economics* 69, no. 1 (1955): 99-118.
- » Skelcher, Chris. "Jurisdictional Integrity, Polycentrism, and the Design of Democratic Governance." *Governance* 18, no. 1 (2005): 89-110.
- » Sojo, Carlos. "Reformas al sistema de salud en Costa Rica: Tensiones y desafíos." *Revista de Ciencias Sociales* 89-90 (2000): 33-46.
- » Solar, Orielle y Alec Irwin. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Ginebra: WHO, 2007.
- » Streeck, Wolfgang y Kathleen Thelen, eds. *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- » Superintendencia General de Seguros. *Informe anual del mercado de seguros 2023*. San José: SUGESE, 2024.
- » Tashakkori, Abbas y Charles Teddlie. *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Thousand Oaks: Sage, 2003.
- » Teletica. "Más de un millón de ticos tienen seguro o plan prepago de salud privado." 9 de septiembre, 2024.

- » Thelen, Kathleen. "How institutions evolve: Insights from comparative historical analysis." En *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*, editado por James Mahoney y Dietrich Rueschemeyer, 208-240. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- » Unger, Jean-Pierre, Pierre De Paepe, Renzo Buitrón y Werner Soors. "Promoting Universal Financial Protection: A Policy Analysis of Universal Health Coverage in Costa Rica (1940-2000)." *Health Research Policy and Systems* 11, no. 28 (2013). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-28>
- » Van de Ven, Andrew H., Martin Ganco y C. R. Hinings. "Returning to the frontier of contingency theory of organizational and institutional designs." *Academy of Management Annals* 7, no. 1 (2013): 393-440.
- » Van der Heijden, Jeroen. "Institutional layering: A review of the use of the concept." *Politics* 31, no. 1 (2011): 9-18.
- » Vargas-Fuentes, Margarita. "Privatización de servicios públicos: El caso de los servicios de salud en Costa Rica." *Salud Pública de México* 35, no. 2 (1993): 186-193.
- » Wasserman, Stanley y Katherine Faust. *Social Network Analysis: Methods and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- » Weiss, Linda. "The myth of the powerless state." *New Left Review* 225 (1997): 3-27.
- » Wendt, Claus, Lorraine Frisina y Heinz Rothgang. "Healthcare system types: a conceptual framework for comparison." *Social Policy & Administration* 43, no. 1 (2009): 70-90.
- » Weyland, Kurt. *Bounded Rationality and Policy Diffusion: Social Sector Reform in Latin America*. Princeton: Princeton University Press, 2006.
- » Whitehead, Margaret. "The concepts and principles of equity and health." *International Journal of Health Services* 22, no. 3 (1992): 429-445.
- » Williamson, Oliver E. *The Economic Institutions of Capitalism*. Nueva York: Free Press, 1985.
- » Williamson, Oliver E. "Transaction-cost economics: The governance of contractual relations." *Journal of Law and Economics* 22, no. 2 (1979): 233-261.
- » Wing, Coady, Kosali Simon y Ricardo A. Bello-Gomez. "Designing difference in difference studies: Best practices for public health policy research." *Annual Review of Public Health* 39 (2018): 453-469.
- » Yashar, Deborah J. *Demanding Democracy: Reform and Reaction in Costa Rica and Guatemala, 1870s-1950s*. Stanford: Stanford University Press, 1997.
- » Yin, Robert K. *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage, 2018.