Grupo Nexos Inc.

innovación - investigación - comunidad

ANTE EL PRECIPICIO DE MEDICAID:

LO QUE ESTÁ EN JUEGO PARA LA SALUD MATERNA E INFANTIL EN PUERTO RICO

Septiembre 2026

Tabla de Contenido

Resumen Ejecutivo 3

I. Introducción 7

II. Medicaid Como Infraestructura Crítica Para La Salud Materna-Infantil 11

III. Cambios en el Financiamiento de Medicaid 18

IV. Hallazgos 30

V. Opciones de Política Pública 37

VI. Conclusión 43

Apéndice A. Metodología 46

Resumen Ejecutivo

Puerto Rico depende en gran medida de Medicaid para financiar los servicios de salud materna-infantil. El Plan Vital, el programa de Medicaid de Puerto Rico, financia aproximadamente el 65.8% de los nacimientos en la isla y provee cubierta durante el embarazo, el parto, el periodo posparto, la infancia y la niñez. Esta dependencia ocurre en un contexto en el que varios indicadores de salud materna-infantil se mantienen por encima de los estimados nacionales y de las metas establecidas. La mortalidad materna alcanza 59.2 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos, en comparación con la meta de 15.7 de *Healthy People* 2030. Las tasas de mortalidad infantil y de nacimientos prematuros también superan los estimados nacionales y las metas establecidas, mientras que aproximadamente uno de cada cinco municipios está clasificado como área sin cuidado de maternidad. El *March of Dimes Report Card* de 2025, que evalúa los indicadores de salud materna-infantil en los estados y territorios de los Estados Unidos, le asignó a Puerto Rico una nota F a base de su tasa de nacimientos prematuros.

El acceso a los servicios de salud materna también está condicionado por cambios en la capacidad obstétrica y por presiones más amplias sobre la fuerza laboral. Durante la última década, el número de salas de parto disminuyó, mientras que los servicios obstétricos continúan distribuidos de forma desigual en la isla. La fuerza laboral de salud de Puerto Rico también está envejeciendo, una tendencia particularmente marcada entre los ginecólogos-obstetras y en otras especialidades. Por lo tanto, una reducción en el financiamiento de Medicaid recaería sobre un sistema cuya capacidad ya se ha contraído. La exposición de Puerto Rico al financiamiento insuficiente de manera recurrente al programa de Medicaid tiene su raíz en su configuración a nivel federal. Conforme a la Sección 1108(g) de la Ley de Seguro Social, los fondos federales de Medicaid para Puerto Rico están sujetos a un tope estatutario anual, a diferencia de la estructura federal de pareo sin límite disponible para los estados. El Congreso ha provisto en repetidas ocasiones aumentos temporeros en los fondos federales y en las tasas de pareo, incluido el actual Porcentaje Federal de Asistencia Médica (FMAP por sus siglas en inglés) aumentado de 76%. Sin acción del Congreso adicional, las disposiciones actuales de financiamiento aumentado vencerán el 30 de septiembre de 2027.

A partir de FY2028, se proyecta que los fondos federales de Medicaid disminuyan en dos etapas: de aproximadamente $3.8 mil millones en FY2027

a aproximadamente $1.4 mil millones en FY2028, y a cerca de $500 millones anuales a partir de FY2029. En su efecto, se proyecta que esta reducción genere una brecha anual recurrente de financiamiento de aproximadamente $3.7 a $4.0 mil millones. Debido a que el financiamiento de Medicaid fluye a través de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y de las organizaciones de cuidado coordinado (MCO, por sus siglas en inglés) hacia los hospitales, médicos, clínicas y otros proveedores, una reducción de esta magnitud ocurriría dentro de un sistema de salud en el que los servicios de salud materna-infantil ya enfrentan presiones en el ámbito fiscal, operacional, de acceso y de fuerza laboral.

Este informe aplica un análisis de política pública descriptivo y multidisciplinario para examinar los cambios proyectados en el financiamiento de Medicaid y sus implicaciones para la salud materna-infantil en Puerto Rico. Integra revisión documental, datos cuantitativos secundarios, evidencia cualitativa de familias y partes interesadas, y análisis fiscal descriptivo. Se utilizó la triangulación entre estas fuentes para desarrollar una comprensión abarcadora e informada en evidencia respecto al asunto de política pública.

Hallazgos

1. Medicaid es una fuente central de financiamiento para los servicios de salud materna-infantil en Puerto Rico.
2. Puerto Rico enfrenta retos significativos de salud materna-infantil antes de que entren en vigor las reducciones proyectadas en los fondos de Medicaid.
3. El acceso al cuidado obstétrico se está limitando a medida que disminuyen la capacidad de las salas de parto y la disponibilidad de la fuerza laboral.
4. Las presiones financieras sobre los servicios de parto pueden aumentar la vulnerabilidad de los proveedores ante las reducciones en el financiamiento de Medicaid.
5. Las brechas en la cubierta de Medicaid pueden crear barreras para el cuidado prenatal oportuno.
6. El acceso a los servicios de salud mental perinatal y su continuidad siguen siendo retos importantes.
7. La capacidad de la fuerza laboral y los apoyos de base comunitaria son ambos importantes para sostener los servicios de salud materna-infantil.

Opciones de política pública

Política

1. Mantener una tasa federal de pareo aumentada más allá del 30 de septiembre de 2027.
2. Las alternativas de financiamiento a más largo plazo bajo la Sección 1108(g) ameritan análisis adicional como posibles enfoques para mejorar la previsibilidad y la estabilidad.
3. Evaluar oportunidades para fortalecer la cubierta de servicios pertinentes a la salud materna-infantil.
4. Reconocer y fortalecer la integración de parteras y doulas en el sistema de salud materna de Puerto Rico.
5. Considerar la adopción de la elegibilidad presunta para mujeres embarazadas (eligibility for pregnant women), de modo que puedan acceder provisionalmente a Medicaid en el punto donde reciben los servicios de salud, mientras se completa la determinación formal de elegibilidad.

Práctica

6. Integrar el cernimiento, el referido y el tratamiento de salud mental perinatal a través del continuo de atención, desde el cuidado prenatal hasta el periodo posparto.
7. Fortalecer los modelos de cuidado compartido para embarazos de bajo riesgo mediante la integración de obstetras, parteras, doulas, trabajadores comunitarios de salud, profesionales de medicina de familia y otros profesionales de salud materna en equipos de cuidado coordinado, con el apoyo de la telesalud cuando sea apropiado.
8. Explorar modelos regionales para mantener el acceso a los servicios obstétricos, incluidos esquemas en los que un centro principal coordina una red de servicios (*hub-and-spoke*), así como estrategias de reembolso que apoyen la sostenibilidad de las salas de parto.

Programa

9. Fortalecer la capacidad administrativa, de documentación y de integridad del programa Medicaid, incluida una hoja de ruta de preparación para el *Payment Error Rate Measurement* (PERM) y un proceso de verificación de beneficiarios y proveedores.
10. Desarrollar y mantener un directorio de proveedores confiable y fortalecer los apoyos de navegación de servicios para las familias.

11. Reforzar la vigilancia de la salud materna-infantil y desarrollar indicadores para monitorear cambios en la cubierta, el acceso, la utilización, la disponibilidad de proveedores y los resultados de salud.

Cita sugerida: Montalvo-García, J., Rosa-Rodríguez, B., Ortiz-Rolón, M., Ortiz-Vega, S., Acosta-Pérez, E., & Sánchez-Cesáreo, M. (2026). *At the Medicaid cliff: What's at stake for maternal and infant health in Puerto Rico*. Grupo Nexos.

I. Introducción

Puerto Rico presenta una de las tasas más altas de dependencia de Medicaid y algunos de los resultados más desfavorables en salud materna e infantil entre las jurisdicciones de los Estados Unidos. Además, a diferencia de los estados, Puerto Rico enfrenta el riesgo de que sus fondos federales de Medicaid se agoten.

A partir del 30 de septiembre de 2027, se proyecta que el vencimiento de las disposiciones actuales de financiamiento federal de Medicaid resulte en una reducción sustancial de estos fondos federales para Puerto Rico, lo que en última instancia generaría una brecha anual de financiamiento estimada en $3.7 a $4 mil millones.[1] Este informe examina los posibles efectos de esta reducción en la salud materna-infantil, particularmente entre las madres, los padres, los infantes y las familias que dependen del Plan Vital (programa de Medicaid de Puerto Rico), para acceder a servicios de salud durante el embarazo, el parto, el periodo posparto y la primera infancia.

¿Por Qué Esto Es Posible? La Estructura Del Financiamiento De Medicaid En Puerto Rico

En los cincuenta estados, Medicaid opera mediante una estructura federal de pareo sin límite. El gobierno federal parea el gasto estatal de Medicaid mediante el Porcentaje Federal de Asistencia Médica (FMAP, por sus siglas en inglés), lo que permite que los fondos federales se ajusten a medida que cambian los gastos elegibles y las necesidades del programa.[2] Esta estructura de financiamiento permite que los programas estatales de Medicaid respondan a cambios en la matrícula, en los costos de los servicios de salud y en otras circunstancias que pueden aumentar la demanda de servicios.

Puerto Rico opera dentro de una estructura de financiamiento distinta. Conforme a la Sección 1108(g) de la Ley de Seguro Social, los fondos federales de Medicaid para Puerto Rico están sujetos a un tope estatutario anual.[3] El FMAP estatutario de Puerto Rico es de 55%, pero los fondos federales de pareo

---

[1] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026, June 19). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW

[2] Pillai, A., Pillai, D., Artiga, S., & Rudowitz, R. (2024, October 28). Recent changes in Medicaid financing in Puerto Rico and other U.S. territories. KFF. https://www.kff.org/elections/recent-changes-in-medicaid-financing-in-puerto-rico-and-other-u-s-territories/

[3] Social Security Act, 42 U.S.C. § 1308(g) (2023). https://www.govinfo.gov/app/details/USCODE-2023-title42/USCODE-2023-title42-chap7-subchapXI-partA-sec1308

solo están disponibles dentro de los límites de esa asignación anual. Una vez se agota la asignación federal, los gastos adicionales de Medicaid no son elegibles para el mismo arreglo de pareo federal disponible para los estados. Por lo tanto, esta combinación de un FMAP estatutario y una asignación federal con tope es fundamental para comprender la exposición de Puerto Rico a insuficiencias periódicas en el financiamiento de Medicaid.

Comprender cómo estos fondos federales se mueven a través del sistema de salud de Puerto Rico es igualmente importante para evaluar las implicaciones esperadas de una reducción en el financiamiento. Los fondos federales de Medicaid se distribuyen a través de los *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS) hacia la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), que administra el programa de Medicaid de Puerto Rico mediante el Plan Vital, conforme a la Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada (Ley Núm. 72-1993).[4] ASES contrata a las organizaciones de cuidado coordinado (MCO, por sus siglas en inglés) y les provee pagos capitados por miembro por mes (PMPM, por sus siglas en inglés). A su vez, las MCO administran redes de hospitales, médicos, clínicas y otros proveedores de servicios de salud mediante las cuales se prestan los servicios cubiertos.

Esta estructura de financiamiento y prestación de servicios vincula los cambios en los fondos federales de Medicaid con los recursos disponibles a través del Plan Vital y su red de proveedores. Esta conexión es particularmente importante dado el alcance del programa: el Plan Vital provee cubierta de salud a más de cuatro de cada diez residentes de Puerto Rico y financia una proporción sustancial de los servicios de salud materna-infantil. Las siguientes secciones examinan cómo esta estructura de financiamiento se entrelaza con las necesidades existentes de salud materna-infantil y las implicaciones de las reducciones proyectadas en los fondos federales a partir de FY2028.

[4] Puerto Rico Health Insurance Administration Act, Act No. 72 of September 7, 1993, as amended, 24 L.P.R.A. §§ 70017054.
https://presupuesto.pr.gov/BUDGET20112012/Aprobado2012Ingles/suppdocs/baselegal_ingles/187/72-1993.pdf

Figura 1.

Instrumentos federales clave que rigen Medicaid en Puerto Rico

- Título XIX de la Ley de Seguro Social, la base estatutaria de Medicaid
- Sección 1108(g) de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. *Section* 1308(g)), el tope anual de fondos federales
- Sección 1905(b), la fórmula del FMAP
- Ley de la Reforma de Salud de Puerto Rico, Ley Núm. 72 de 1993, administración local a través de ASES y el Plan Vital

Lo Que Está En Juego

¿Qué le ocurriría a la salud materna-infantil en Puerto Rico si el sistema de Medicaid enfrenta una reducción de aproximadamente $4 mil millones al año a partir de FY2028?

La pregunta no es abstracta. Medicaid desempeña un papel particularmente importante en Puerto Rico dadas las condiciones socioeconómicas que afectan a muchas familias: el 37.3% de los residentes vive bajo el nivel federal de pobreza, en comparación con el 12.1% a nivel nacional[5], y más de la mitad de las personas menores de 18 años vive en situaciones de empobrecimiento.[6] Por lo tanto, el Plan Vital constituye una fuente esencial de cubierta de salud en un contexto marcado por desafíos persistentes en los indicadores de salud, varios de los cuales se mantienen por encima de los estimados nacionales y de las metas establecidas (véase la Sección II).

La reducción de financiamiento proyectada para FY2028 también forma parte de un patrón más prolongado de insuficiencias periódicas en los fondos de Medicaid. El Congreso ha respondido a necesidades de financiamiento anteriores mediante medidas temporeras aprobadas en 2010, 2018, 2021 y 2022 (véase la Tabla 4), que proveyeron apoyo federal adicional sin modificar de forma permanente la estructura subyacente de financiamiento de Medicaid

[5] Benson, C. (2025). Poverty in states and metropolitan areas: 2024. U.S. Census Bureau. https://www2.census.gov/library/publications/2025/demo/acsbr-026.pdf

[6] U.S. Census Bureau. (2024). American Community Survey 1-year estimates: Puerto Rico profile. United States Department of Commerce. https://data.census.gov/profile/Puerto_Rico?g=040XX00US72

en Puerto Rico.[7] Por lo tanto, la reducción que se avecina para FY2028 plantea nuevamente interrogantes sobre la estabilidad a largo plazo del financiamiento de Medicaid y sobre cómo una reducción de los fondos federales podría afectar un sistema de salud que ya enfrenta diversos retos estructurales.

Figura 2.

El precipicio de Medicaid de FY2028 en síntesis

- Fecha límite: 30 de septiembre de 2027, el cierre del Año Fiscal Federal 2027
- Fondos federales: la asignación de Medicaid con tope disminuye de aproximadamente $3.56 mil millones a cerca de $500 millones al año, una reducción de alrededor de 86 por ciento, en una reducción en dos etapas que concluye en FY2029
- Brecha anual de financiamiento proyectada: $3.7 a $4 mil millones
- Programa afectado: el Plan Vital, que cubre aproximadamente el 42% de la población de Puerto Rico.

Organización del Informe

El informe está organizado en siete partes. En primer lugar, la Introducción presenta el marco legal y fiscal, así como los principales asuntos en juego. La Sección II documenta el papel de Medicaid como infraestructura crítica para la salud materna-infantil. La Sección III examina el precipicio fiscal y los efectos acumulativos de la *One Big Beautiful Bill Act* (OBBBA), y analiza cómo una reducción de aproximadamente $4 mil millones en fondos federales se transmitiría desde el marco estatutario federal, a través de ASES y de las organizaciones de cuidado coordinado, hasta la prestación de servicios. La Sección IV presenta los hallazgos e integra los datos cuantitativos con las narraciones de las partes interesadas (*stakeholders*) y las familias. La Sección V expone las opciones en materia de política pública dirigidas a las entidades

[7] Bipartisan Budget Act of 2018, Pub. L. No. 115-123, § 50101, 132 Stat. 64 (2018). https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-115publ123/html/PLAW-115publ123.htm; Consolidated Appropriations Act, 2023, Pub. L. No. 117-328, § 5101, 136 Stat. 4459 (2022). https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-117publ328/html/PLAW-117publ328.htm; Patient Protection and Affordable Care Act, Pub. L. No. 111-148, § 2005, 124 Stat. 119 (2010). https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ148/html/PLAW-111publ148.htm

gubernamentales pertinentes. Finalmente, la Sección VI presenta las conclusiones.

El análisis triangula tres tipos de evidencia: (1) una revisión documental y de política pública del marco legal federal y de Puerto Rico, (2) datos cuantitativos secundarios sobre salud materna-infantil y financiamiento de Medicaid; y (3) conversaciones con 15 familias y otras partes interesadas, realizadas entre febrero a mayo de 2026. Las cifras de financiamiento corresponden a un análisis descriptivo de fuentes publicadas y no constituyen una proyección de cómo respondería el Gobierno de Puerto Rico ante una reducción de esta magnitud. El Apéndice A describe la metodología, las derivaciones utilizadas para la Tabla 3 y las limitaciones de cada componente del análisis.

II. Medicaid Como Infraestructura Crítica Para La Salud Materna-Infantil

Financiamiento del Plan Vital

El Plan Vital cubre una amplia gama de servicios de salud materna-infantil, incluidos la atención preconcepcional y prenatal, las pruebas diagnósticas, los servicios obstétricos, el parto, el cuidado intensivo neonatal, el seguimiento posparto y el cuidado pediátrico temprano, así como el manejo de condiciones crónicas y de las necesidades de salud mental perinatal antes, durante y después del embarazo.[8] En 2024, el Plan Vital financió 11,855 nacimientos, lo que representa el 65.8% de todos los nacimientos en Puerto Rico, en comparación con cerca de 4 de cada 10 a nivel nacional.[9]

El alcance del Plan Vital también abarca distintas etapas del continuo de salud materno-infantil. En 2023, el programa cubrió al 59.5% de los infantes menores de un año, al 74.6% de las niñeces de uno a nueve años, al 77.8% de las niñeces con necesidades especiales de salud y al 53% de las mujeres en edad reproductiva.[10] De igual forma, los datos del *Pregnancy Risk Assessment*

[8] Smith, J. C., Heberlein, E., Snyder, A., & Minyard, K. (2024). Driving access, health equity, and innovation in maternal healthcare through Medicaid. In D. Cilenti, The practical playbook III (pp. 463–475). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780197662984.003.0041

[9] March of Dimes. (2025). 2025 March of Dimes report card: The state of maternal and infant health for American families. https://www.marchofdimes.org/peristats/assets/s3/reports/documents/March-of-Dimes-2025-Full-Report-Card.pdf

[10] Puerto Rico Department of Health, Maternal and Child Health Program. (2024). III.C.2.b.i MCH population health status – Puerto Rico – 2024. Health Resources and Services Administration. https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Narratives/IIIC2biMCHPopulationHealthStatus/32d283c1-5745-4d05-b06b-626c004cbb6d

Monitoring System (PRAMS)[11] ilustran el papel de Medicaid a lo largo del periodo perinatal. Entre 2021 y 2022, aproximadamente el 60% de las madres estaba cubierto por el Plan de Salud del Gobierno en el mes antes del embarazo, el 63% durante el embarazo y el 65% durante el periodo posparto.[12]

Contexto Socioeconómico y de Servicios de Salud

El papel de Medicaid en la salud materna-infantil debe comprenderse en el contexto de las condiciones socioeconómicas que afectan a muchas familias en Puerto Rico. Los datos de PRAMS 2021–2022 muestran que aproximadamente el 52% de las madres participantes informó ingresos anuales del hogar iguales o menores de $16,000, mientras que cerca del 82% recibió beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (*WIC*, por sus siglas en inglés).[13] Entre las niñeces y juventudes, el 61% vive en hogares monoparentales y el 78% vive en comunidades caracterizadas por altos niveles de empobrecimiento.[14] Estas condiciones son pertinentes para la salud materna-infantil porque factores como el ingreso, la vivienda, la seguridad alimentaria, la transportación y la exposición a la violencia pueden incidir en el acceso a los servicios y en los resultados de salud.[15]

Estas condiciones socioeconómicas se entrelazan con retos en la disponibilidad y la distribución geográfica de los servicios de salud materna. Durante la última década, el número de salas de parto en Puerto Rico disminuyó de 36 en 2017 a 25 en 2026, lo que representa el cierre de 11 unidades

---

[11] El PRAMS es un sistema de vigilancia poblacional desarrollado por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en colaboración con las jurisdicciones participantes. Recopila información de mujeres que dieron a luz recientemente sobre sus experiencias y su salud antes, durante y poco después del embarazo.

[12] Departamento de Salud de Puerto Rico, Sección Madres, Niños y Adolescentes. (2024). Sistema de Evaluación y Monitoreo de Riesgos en el Embarazo (PRAMS Puerto Rico): Informe de hallazgos 2021-2022 [Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS Puerto Rico): Findings report 2021–2022]. Gobierno de Puerto Rico.

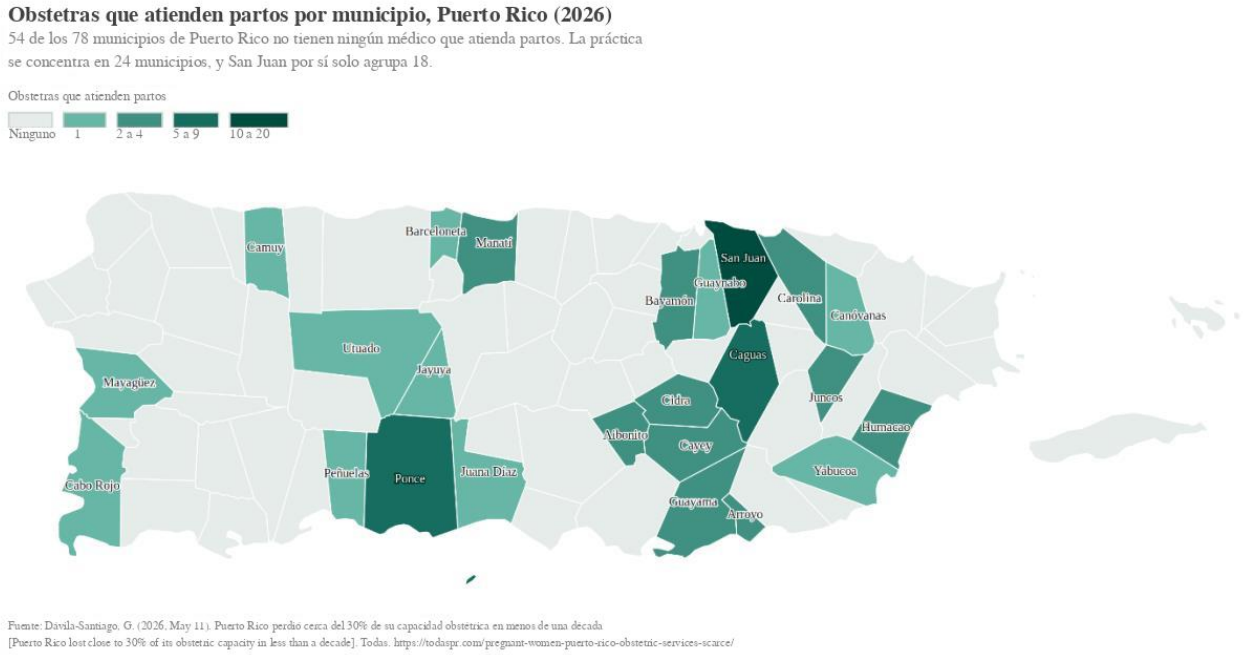
[13] Departamento de Salud de Puerto Rico, Sección Madres, Niños y Adolescentes. (2024). Sistema de Evaluación y Monitoreo de Riesgos en el Embarazo (PRAMS Puerto Rico): Informe de hallazgos 2021-2022 [Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS Puerto Rico): Findings report 2021–2022]. Gobierno de Puerto Rico.

[14] The Annie E. Casey Foundation. (2026). 2026 KIDS COUNT data book: State trends in child well-being. The Annie E. Casey Foundation. https://www.aecf.org/databook; U.S. Census Bureau. (2024). American Community Survey 1-year estimates: Puerto Rico profile. United States Department of Commerce. https://data.census.gov/profile/Puerto_Rico?g=040XX00US72

[15] World Health Organization. (2025). World report on the social determinants of health equity. https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity

y una reducción de aproximadamente 30% en la capacidad obstétrica. Igualmente, el acceso a profesionales de obstetricia presenta desigualdades geográficas. Una investigación realizada en 2026 identificó 63 obstetras que ofrecen atención durante el embarazo y el parto, con prácticas ubicadas en solo 24 de los 78 municipios de Puerto Rico. De los 56 obstetras que aceptaban pacientes nuevas, aproximadamente 47 aceptaban el Plan Vital. La investigación también encontró una disponibilidad más limitada de servicios obstétricos en las regiones oeste, central y este, incluidas Vieques y Culebra (véase la Figura 3).[16]

Figura 3.



Estos retos de acceso geográfico también se reflejan en la existencia de áreas sin cuidado de maternidad. Aproximadamente el 20% de los municipios de Puerto Rico está clasificado dentro de esta categoría, lo que afecta a más de 117,000 mujeres y a cerca de 3,851 nacimientos al año.[17] La reducción en el número de salas de parto, la distribución desigual de los profesionales de

[16] Dávila-Santiago, G. (2026, May 11). Puerto Rico perdió cerca del 30% de su capacidad obstétrica en menos de una década [Puerto Rico lost close to 30% of its obstetric capacity in less than a decade]. Todas. https://todaspr.com/pregnant-women-puerto-rico-obstetric-services-scarce/

[17] Fontenot, J., Lucas, R., Stoneburner, A., Brigance, C., Hubbard, K., Jones, E., & Mishkin, K. (2023). El lugar donde usted vive importa: Áreas sin cuidado de maternidad y la crisis de acceso e igualdad en Puerto Rico. [Where you live matters: Maternity care deserts and the access and equity crisis in Puerto Rico]. March of Dimes. https://marchofdimes.org/mcdr-pr

obstetricia y la presencia de estas áreas se agravan mutuamente: el cierre de servicios en un municipio puede aumentar las distancias y los tiempos de traslado para las poblaciones de los municipios circundantes.

Asimismo, la evidencia destaca la importancia del acceso oportuno al cuidado prenatal para la salud materna-infantil. Hallazgos basados en datos nacionales de PRAMS de los Estados Unidos indican que iniciar el cuidado prenatal durante el tercer trimestre se asoció con aproximadamente el doble de probabilidad de desarrollar hipertensión gestacional. La ausencia de cuidado prenatal también se asoció con una mayor probabilidad de admisión a la unidad de cuidado intensivo neonatal (NICU, por sus siglas en inglés) y de nacimiento prematuro, así como con una menor probabilidad de lactancia.[18] Estas asociaciones ilustran cómo las brechas en la cubierta pueden traducirse en consecuencias concretas para la salud materna-infantil.

En este contexto, las Tablas 1 y 2 presentan una selección de indicadores de salud materna, neonatal e infantil para Puerto Rico, junto con los estimados correspondientes para los Estados Unidos y, cuando están disponibles, las metas de *Healthy People 2030*.

Tabla 1. Indicadores de Salud Materna

Indicador[19]	Puerto Rico	Estados Unidos	*Healthy People 2030*
Fumar[20]	0.2%	3.0%	N/A
Diabetes	1.3%	1.3%	N/A
Hipertensión	2.6%	3.4%	N/A
Peso no saludable	36.9%	34.8%	N/A

[18] Malin, K. J., Vance, A. J., Moser, S. E., Zemlak, J., Edwards, C., White-Traut, R., Koerner, R., McGrath, J., & McGlothen-Bell, K. (2025). The impact of social determinants of health on infant and maternal health using a reproductive justice lens. BMC Pregnancy and Childbirth, 25, Article 577. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07693-y

[19] March of Dimes informa el fumar, la hipertensión, el peso no saludable y la diabetes como condiciones presentes antes del embarazo, a base de la información registrada en el certificado de nacimiento. La hipertensión en el embarazo se informa por separado y refleja la hipertensión que ocurre durante el embarazo. Puede haber más de una condición presente en un mismo nacimiento.

[20] March of Dimes. (2025). 2025 March of Dimes report card: The state of maternal and infant health for American families. March of Dimes. https://www.marchofdimes.org/peristats/reports/united-states/report-card

Indicador[19]	Puerto Rico	Estados Unidos	*Healthy People 2030*
Hipertensión en el embarazo[21]	5.3%	10.4%	N/A
Parto por cesárea de bajo riesgo (NTSV)[22]	47.1%	26.6%	23.6%
Depresión durante el embarazo más reciente	8.7%[23]	9.7%[2425]	N/A
Depresión posparto	17.7%[26]	12.8%[2728]	N/A

[21] Esta tabla presenta las cifras del certificado de nacimiento publicadas por March of Dimes, porque se miden de la misma manera para Puerto Rico y los Estados Unidos. PRAMS-Puerto Rico 2021–2022, una encuesta de autoinforme materno, informa prevalencias más altas para las mismas condiciones: presión arterial alta durante el embarazo de 15.3% (IC 95%: 12.9–18.0) y diabetes gestacional de 7.8% (IC 95%: 6.1–10.0). Ambos conjuntos no son intercambiables. PRAMS les pide a las mujeres que informen las condiciones de forma retrospectiva y utiliza una definición amplia de presión arterial alta que incluye la preeclampsia, mientras que el certificado de nacimiento recoge lo que un profesional clínico registró en el parto y separa la hipertensión gestacional de la preeclampsia; la prevalencia autoinformada es generalmente la más alta de las dos. Ambos son informativos y responden a preguntas distintas, pero no existe una contraparte de PRAMS para los Estados Unidos en ninguna de estas medidas, por lo que una cifra de PRAMS no puede colocarse junto a una nacional. La diabetes gestacional no aparece en ninguna columna porque no se publica una cifra del certificado de nacimiento para Puerto Rico. La narrativa de salud materno-infantil de Título V de Puerto Rico informa los mismos indicadores de PRAMS en 11.4% y 8.3%, por lo que estos estimados varían según el ciclo de la encuesta y el ciclo debe indicarse dondequiera que se utilicen.

[22] March of Dimes define el parto por cesárea de bajo riesgo como una cesárea en un nacimiento NTSV, es decir, en una madre primeriza, a término (≥37 semanas), con un solo feto en presentación cefálica

[23] Departamento de Salud de Puerto Rico, Sección Madres, Niños y Adolescentes. (2024). Sistema de Evaluación y Monitoreo de Riesgos en el Embarazo (PRAMS Puerto Rico): Informe de hallazgos 2021–2022 [Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS Puerto Rico): Findings report 2021–2022]. Gobierno de Puerto Rico. Esta cifra corresponde a mujeres con un nacimiento vivo que informaron depresión durante su embarazo más reciente.

[24] Gardner, R. M., Sultan, P., Bernert, R. A., & Simard, J. F. (2025). Trends in prevalence and treatment of antepartum and postpartum depression in the United States: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007 to 2018. PLOS ONE, 20(4), Article e0322536. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322536.

[25] Estimado nacional basado en NHANES 2007–2018, que corresponde a la prevalencia de depresión entre mujeres embarazadas.

[26] PRAMS Puerto Rico 2021–2022. Esta cifra corresponde a mujeres con un nacimiento vivo que informaron síntomas depresivos durante el periodo posparto.

[27] Gardner, R. M., Sultan, P., Bernert, R. A., & Simard, J. F. (2025). Trends in prevalence and treatment of antepartum and postpartum depression in the United States: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007 to 2018. PLOS ONE, 20(4), Article e0322536. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322536.

[28] Estimado nacional basado en NHANES 2007–2018, que corresponde a la prevalencia de depresión entre mujeres dentro de los 12 meses posteriores al parto.

Indicador[19]	Puerto Rico	Estados Unidos	*Healthy People 2030*
Morbilidad materna severa (por cada 10,000 partos hospitalarios)[29]	307.0	93.1	64.4[30]
Mortalidad materna (por cada 100,000 nacimientos vivos)[3132]	59.2	23.5	15.7[33]

Nota: Healthy People 2030 es el conjunto de objetivos nacionales, basados en datos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para mejorar la salud durante la década en curso. Sus metas representan los niveles establecidos como meta nacional de salud pública, no promedios del desempeño actual. La mortalidad materna, la morbilidad materna severa, la diabetes previa al embarazo, la hipertensión en el embarazo y el parto por cesárea de bajo riesgo provienen del *Report Card 2025* de March of Dimes, que aplica datos de certificados de nacimiento y de estadísticas vitales a Puerto Rico y a los Estados Unidos sobre la misma base. Las dos medidas de depresión se basan en datos de encuestas: Puerto Rico, de PRAMS-Puerto Rico 2021–2022, y los Estados Unidos de Gardner et al. (2025), basado en NHANES 2007–2018. La prevalencia informada en encuestas y los registros administrativos no son intercambiables, y ambos grupos de indicadores deben leerse por separado. La diabetes previa al embarazo y la hipertensión en el embarazo son medidas distintas: la primera registra la diabetes presente antes de la concepción; la segunda, la hipertensión que surge durante el embarazo. Los primeros cuatro indicadores describen condiciones registradas como presentes antes o al inicio del embarazo; los restantes describen condiciones que surgen durante el embarazo, el cuidado recibido y los resultados. Puerto Rico está igual o por debajo de los Estados Unidos en tres de los cuatro factores de riesgo de entrada, con el peso no saludable como excepción, con una diferencia de 2.1 puntos porcentuales.

[29] National Center for Health Statistics, Natality data, 2024; National Center for Health Statistics, Mortality data, 2019 to 2023; Puerto Rico Health Insurer Commissioner, 2022.

[30] U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (n.d.). Reduce severe maternal complications identified during delivery hospitalizations (MICH-05). Healthy People 2030. https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/pregnancy-and-childbirth/reduce-severe-maternal-complications-identified-during-delivery-hospitalizations-mich-05

[31] March of Dimes. (2025). 2025 March of Dimes report card for Puerto Rico. https://www.marchofdimes.org/peristats/reports/puerto-rico/report-card

[32] U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (n.d.). Reduce cesarean births among low-risk women with no prior births (MICH-06). Healthy People 2030. https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/pregnancy-and-childbirth/reduce-cesarean-births-among-low-risk-women-no-prior-births-mich-06

[33] U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (n.d.). Reduce cesarean births among low-risk women with no prior births (MICH-06). Healthy People 2030. https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/pregnancy-and-childbirth/reduce-cesarean-births-among-low-risk-women-no-prior-births-mich-06

Tabla 2. Indicadores de Salud Neonatal e Infantil

Indicador	Puerto Rico	Estados Unidos	*Healthy People 2030*
Nacimientos financiados por Medicaid[34][35]	65.8%	40%[36][37]	N/A
Nacimiento prematuro[38][39]	12.2%	10.4%	9.4%
Bajo peso al nacer[40]	10.7%[41]	8.6%[42]	N/A
Mortalidad infantil (por cada 1,000 nacimientos vivos)[43]	7.1[44]	5.6[45]	5.0

Nota. Todas las cifras de Puerto Rico y de los Estados Unidos, excepto el bajo peso al nacer, provienen del *Report Card 2025* de March of Dimes. La mortalidad infantil se informa para 2023, el año más reciente de la serie del *Report Card*; los demás indicadores corresponden a 2024. El bajo peso al nacer proviene de los datos de natalidad del *National Center for Health*

[34] March of Dimes. (2025). 2025 March of Dimes report card: The state of maternal and infant health for American families. March of Dimes. https://www.marchofdimes.org/peristats/reports/united-states/report-card

[35] Estas cifras corresponden a nacimientos ocurridos en 2024. El Plan Vital cubrió 11,855 de los nacimientos vivos en Puerto Rico.

[36] March of Dimes. (2025). 2025 March of Dimes report card: The state of maternal and infant health for American families. https://www.marchofdimes.org/peristats/reports/united-states/report-card

[37] Los datos subyacentes de mortalidad infantil provienen de los datos finales vinculados por periodo de nacimientos y muertes infantiles del National Center for Health Statistics, 2013–2024, según compilados a partir de los datos provistos por las 57 jurisdicciones de estadísticas vitales a través del Vital Statistics Cooperative Program.

[38] March of Dimes. (2025). 2025 March of Dimes report card: The state of maternal and infant health for American families. March of Dimes. https://www.marchofdimes.org/peristats/reports/united-states/report-card

[39] Las cifras de nacimientos prematuros corresponden a nacimientos ocurridos antes de las 37 semanas de gestación en 2024. Puerto Rico registró 2,217 nacimientos prematuros, ocupando la posición 48 de 52 jurisdicciones.

[40] El porcentaje de bajo peso al nacer (<2,500 g) corresponde a 2023, según las estadísticas nacionales de natalidad publicadas por el National Center for Health Statistics (NCHS).

[41] March of Dimes. (2026). Low birthweight: Puerto Rico, 2023 [Data set]. PeriStats. National Center for Health Statistics, territories file, final natality data. https://www.marchofdimes.org/peristats

[42] March of Dimes. (2026). Low birthweight: United States, 2023 [Data set]. PeriStats. National Center for Health Statistics, final natality data. https://www.marchofdimes.org/peristats

[43] March of Dimes. (2025). 2025 March of Dimes report card: The state of maternal and infant health for American families. March of Dimes. https://www.marchofdimes.org/peristats/reports/united-states/report-card

[44] La tasa de mortalidad infantil corresponde a las muertes de niños y niñas menores de un año por cada 1,000 nacimientos vivos en 2023, el año más reciente de la serie del Report Card. Puerto Rico registró 132 muertes infantiles ese año.

[45] Ely, D. M., & Driscoll, A. K. (2026). Infant mortality in the United States, 2024: Data from the period linked birth/infant death file (National Vital Statistics Reports Vol. 75, No. 3). National Center for Health Statistics. https://doi.org/10.15620/cdc/252441

Statistics para 2023. Las metas de *Healthy People 2030* son las definidas en la nota de la Tabla 1.

Las tablas reflejan indicadores de salud materna-infantil que se alejan considerablemente de las metas y los referentes nacionales: una razón de mortalidad materna cercana a cuatro veces la meta de *Healthy People 2030*; tasas de mortalidad infantil y de nacimientos prematuros superiores tanto al estimado nacional como a la meta establecida; y una tasa de cesáreas que duplica la meta. Estos resultados ocurren en el contexto del nivel actual de financiamiento de Medicaid.

III. Cambios en el Financiamiento de Medicaid

Esta sección examina los cambios proyectados en el financiamiento federal de Medicaid a partir de FY2028 y los cambios adicionales de política federal que podrían afectar la cubierta, los beneficios y la prestación de servicios de salud de Medicaid en Puerto Rico. Primero establece la línea base actual de financiamiento y la reducción proyectada en dos etapas, y luego considera cómo estos cambios podrían interactuar con las condiciones existentes del programa y del sistema de salud.

La Línea Base Actual: FY2027

El programa de Medicaid de Puerto Rico opera actualmente con un pareo federal aumentado de forma temporera. La *Consolidated Appropriations Act* de 2023 fijó el FMAP de Puerto Rico en 76% hasta el 30 de septiembre de 2027, muy por encima de la tasa estatutaria de 55% que aplica una vez vence esa disposición, y proveyó acceso a más de $19.4 mil millones durante los años fiscales federales 2023 a 2027.[46] Mediante este arreglo, se proyecta que el gasto total del programa de Medicaid en FY2027 sea de cerca de $5.2 mil millones, de los cuales los fondos federales cubren aproximadamente $3.8 mil millones y Puerto Rico cubre los restantes $1.4 mil millones, cerca del 28%, a través de su Fondo General y del Fondo de Ingresos Especiales.[47] Ese financiamiento provee cubierta a aproximadamente 1.35 millones de personas, lo que

[46] Consolidated Appropriations Act, 2023, Pub. L. No. 117-328, § 5101(b), 136 Stat. 4459 (2022). https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-117publ328/html/PLAW-117publ328.htm; Social Security Act § 1905(b), 42 U.S.C. § 1396d(b) (2023). https://www.govinfo.gov/app/details/USCODE-2023-title42/USCODE-2023-title42-chap7-subchapXIX-sec1396d; Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/

[47] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/

representa cerca del 42% de la población de Puerto Rico y una proporción mayor que la de cualquier otra jurisdicción de los Estados Unidos. Entre los estados, Nuevo México presenta la mayor proporción de población cubierta por Medicaid, con cerca del 34%.[4849] De esos beneficiarios, aproximadamente 1.31 millones están inscritos en el Medicaid con pareo federal, y el resto en CHIP o en un programa de financiamiento local que no recibe pareo federal. Además, la matrícula había disminuido desde aproximadamente 1.5 millones de personas antes de que se reanudaran las redeterminaciones de elegibilidad en abril de 2023.[5051]

Esta no es una línea base estable. Es un techo temporero vinculado a una asignación temporera, que vencerá en una fecha estatutaria fija.

El Precipicio: Una Reducción en Dos Etapas A Partir de FY2028

La implementación de la reducción es gradual y alcanza su punto más profundo en FY 2029. El año fiscal de Puerto Rico comienza el 1 de julio, mientras que el financiamiento aumentado vence el 1 de octubre de 2027. Por lo tanto, FY2028 todavía recoge un trimestre de financiamiento previo al precipicio, y la reducción completa se materializa en FY2029.

En FY2028, los fondos federales de Medicaid se reducen de cerca de $3.8 mil millones a aproximadamente $1.4 mil millones. A partir de FY2029, y conforme a la ley vigente, disminuirían a cerca de $500 millones anuales, cifra que la *Congressional Budget Office* estimó para el retorno a la asignación sujeta al tope.[52] Sin embargo, no todos los fondos federales de Medicaid están sujetos a esta reducción. CHIP y el *Enhanced Allotment Plan*, que financia la cubierta de medicamentos recetados para beneficiarios inscritos tanto en Medicaid como en Medicare, están autorizados por separado y no están sujetos al tope establecido en la Sección 1108(g). Ambos programas continúan después del 30 de septiembre de 2027, aunque con una participación federal menor una vez

---

[48] U.S. Census Bureau. (2025). Total population: Puerto Rico (Table B01003) [Data set]. American Community Survey. https://data.census.gov

[49] Estimado de población: 3,234,309. Las proporciones de cubierta a lo largo de este informe utilizan este denominador.

[50] KFF. (2023, June 29). Medicaid state fact sheets [Interactive data tool]. https://www.kff.org/interactive/medicaid-state-fact-sheets/

[51] Centers for Medicare & Medicaid Services. (2026). Medicaid & CHIP in Puerto Rico. Medicaid.gov. https://www.medicaid.gov/state-overviews/puerto-rico.html

[52] Congressional Budget Office. (2023, January 12). CBO estimate for divisions O through MM of H.R. 2617, the Consolidated Appropriations Act, 2023, enacted as Public Law 117-328 on December 29, 2022. https://www.cbo.gov/publication/58901

expire la tasa de pareo aumentada. En conjunto, representan $210 millones del total federal de FY2027 —$125 millones en CHIP y $85 millones en el EAP— y disminuyen a $190 millones en FY2028. Lo que el precipicio elimina es la asignación de Medicaid con tope, que disminuye de aproximadamente $3.6 mil millones a cerca de $500 millones al año.[53] A medida que los fondos federales disminuyen mientras el costo total del programa sigue aumentando, la participación de Puerto Rico en el costo asciende de cerca del 28% actual a aproximadamente el 73% en FY2028 y a aproximadamente el 91% en su punto más profundo. La carga anual adicional sobre la línea base de FY2027 alcanza aproximadamente $3.7 mil millones en FY2029 y supera los $4 mil millones para FY2032, el equivalente a cerca de una cuarta parte de todo el Fondo General.[54]

Tabla 3. Financiamiento de Medicaid en Puerto Rico

Concepto	FY2027 (actual)	FY2028 (transición)	FY2029+ (precipicio completo)
Fondos federales de Medicaid	~$3.8 mil M	~$1.4 mil M	~$0.5 mil M
FMAP estatutario	76%	revierte el 1 de oct. de 2027	55% (con tope)
Costo total del programa	~$5.2 mil M	~$5.3 mil M	~$5.6 mil M y en aumento
Participación de Puerto Rico / local	~$1.4 mil M (~28%)	~$3.9 mil M (~73%)	~$5.1 mil M (~91%)
Carga anual adicional vs. FY2027	—	~$2.4 mil M	~$3.7 mil M, en aumento a ~$4 mil M para FY2032

Fuentes: Second Revised 2024 Fiscal Plan for Puerto Rico: Restoring Growth and Prosperity (FOMB, certificado el 19 de junio de 2026), Exhibits 31, 32 y 36; estimado de la CBO de la Sección 5101 de la P.L. 117-328. Los fondos de CHIP y del *Enhanced Allotment Plan* no están sujetos al tope de la Sección 1108(g) y continúan por separado. Las cifras federales de FY2027 y FY2028 son los totales del Exhibit 32 y, por lo tanto, los incluyen; la asignación de Medicaid con tope por sí sola es de aproximadamente $3.56 mil millones en FY2027 y de aproximadamente $1.25 mil millones en FY2028. La cifra federal de FY2029 refleja solo la asignación con tope. Los

[53] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. Exhibit 32. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW

[54] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/

fondos de CHIP y del Enhanced Allotment Plan, de cerca de $190 millones, continuarían adicionalmente, lo que reduciría el residual local en una cantidad equivalente. Las cifras de FY2028 provienen de los Exhibits 32 y 36. Las cifras de FY2029 en adelante se extienden más allá del horizonte de proyección del Plan Fiscal: el costo total del programa se proyecta a partir del valor del exhibit de FY2028 con el índice de inflación de servicios de salud de Puerto Rico para Medicaid y Medicare de 5.7%, y los fondos federales siguen el estimado de la Congressional Budget Office para la asignación con tope revertida.

También, los municipios contribuyen al financiamiento del sistema público de seguros de salud de Puerto Rico. Conforme a la Ley Núm. 72-1993, los municipios están obligados a hacer aportaciones anuales a ASES como parte de la estructura de financiamiento del Plan de Salud del Gobierno. Estas aportaciones sumaban aproximadamente $164 millones anuales antes de que un acuerdo de 2018 les permitiera a los municipios reducir su aportación colectiva a aproximadamente $85 millones en los años en que el FMAP de Puerto Rico superara el 55%.[55] Si el FMAP regresa a la tasa estatutaria de 55%, según se proyecta, esta reducción dejaría de aplicar, lo que aumentaría la aportación municipal colectiva en aproximadamente $79 millones al año. Este cambio es pertinente porque los municipios enfrentarían el aumento en la aportación junto con sus responsabilidades fiscales y de servicios existentes. Sus posibles efectos podrían variar entre municipios, incluidos aquellos con acceso más limitado a servicios de salud materna-infantil.

A diferencia de los cincuenta estados, donde los gastos elegibles de Medicaid reciben fondos federales de pareo sin un tope estatutario anual, Puerto Rico opera con un FMAP estatutario y, además, con una asignación federal con tope.[56] Esta distinción es fundamental para comprender la magnitud y el momento de los cambios de financiamiento proyectados a partir de FY2028.

Un Patrón de Medidas Federales Temporeras de Financiamiento

Puerto Rico ha enfrentado retos similares en el financiamiento de Medicaid en varios momentos durante las últimas dos décadas. En respuesta, el Congreso ha aprobado una serie de medidas temporeras que aumentaron los fondos federales de Medicaid o el FMAP de Puerto Rico por periodos definidos. Estas medidas proveyeron recursos federales adicionales, pero dejaron intacta la

[55] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW

[56] Social Security Act, 42 U.S.C. § 1396d(b) (2023). https://www.govinfo.gov/app/details/USCODE-2023-title42/USCODE-2023-title42-chap7-subchapXIX-sec1396d

estructura estatutaria subyacente de financiamiento establecida bajo la Sección 1108(g).

Tabla 4. Respuestas Federales a las Insuficiencias de Financiamiento de Medicaid en Puerto Rico

Año	Acción legislativa	Efecto
2010	Affordable Care Act (P.L. 111-148, Sec. 2005)	$5.4 mil M en fondos suplementarios de Medicaid; se agotaron más rápido de lo proyectado
2010	Fondos para los territorios de la Affordable Care Act (P.L. 111-152, Sec. 1204)	$925 M añadidos al límite de la Sección 1108, disponibles hasta diciembre de 2019
2017	Consolidated Appropriations Act, 2017	$296 M como medida interina ante el inminente agotamiento de los fondos de la ACA
2018	Bipartisan Budget Act (P.L. 115-123, Sec. 50101)	$4.8 mil M tras el huracán María, con un pareo federal de 100 por ciento hasta septiembre de 2019
2019–20	Further Consolidated Appropriations Act, 2020	$2.8 mil M y $2.9 mil M en años sucesivos; FMAP aumentado a 76 por ciento
2020	Families First Coronavirus Response Act	$90 M y $93 M en años sucesivos; FMAP aumentado temporeramente a 82.2 por ciento
2021	Interpretación de CMS de la Sección 1108(g)	$2.9 mil M, con crecimiento según el componente de cuidado médico del CPI-U, de octubre de 2021 a diciembre de 2022
2023	Consolidated Appropriations Act (P.L. 117-328, Sec. 5101)	Extendió el FMAP de 76 por ciento y una asignación de >$19.4 mil M hasta el 30 de sept. de 2027
2025	One Big Beautiful Bill Act (P.L. 119-21)	No extendió el FMAP de 76 por ciento ni enmendó la Sección 1108(g)

Año	Acción legislativa	Efecto
2027–29	Transición de FY2028 y luego precipicio completo (proyectado)	Los fondos federales disminuyen a ~$1.4 mil M y luego a ~$0.5 mil M al año bajo la ley vigente

Entre FY2011 y FY2023, Puerto Rico recibió un promedio de cerca de $2 mil millones al año en apoyo federal de Medicaid mediante esta secuencia de medidas.[57] El Plan Fiscal caracteriza la respuesta gubernamental hasta la fecha como legislación *ad hoc* que ofrece soluciones aisladas, una respuesta fragmentada que no puede sustituir una planificación holística, abarcadora y a largo plazo.[58] En cada ocasión antes de 2025, el Congreso proveyó una inyección temporera en lugar de un cambio estructural, y en cada ocasión la brecha reapareció una vez se agotaron los fondos. El precipicio de FY2028 es la próxima iteración de una estructura de financiamiento que ha requerido en repetidas ocasiones correcciones de emergencia sin que nunca se haya resuelto de forma permanente.

Diferencias en la Estructura de los Programas Federales

La estructura de financiamiento de Medicaid existe dentro de un contexto más amplio de política federal en el cual varios programas sociales principales operan de manera diferenciada en Puerto Rico en comparación con los cincuenta estados. Por ejemplo, los residentes del archipiélago no son elegibles para el Seguro de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), una distinción sostenida por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos en *United States v. Vaello Madero* (2022).[59] La asistencia nutricional se provee mediante el Programa de Asistencia Nutricional (PAN; NAP, por sus siglas en inglés), que opera como una subvención en bloque con tope, en lugar de mediante el *Supplemental Nutrition Assistance Program* (SNAP) disponible en los estados.[60] La estructura de financiamiento con tope de Medicaid bajo la

[57] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW

[58] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW

[59] United States v. Vaello Madero, 596 U.S. 159 (2022).

[60] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity (Section 2.3.1.4). https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW El Programa de Asistencia Nutricional opera bajo 7 U.S.C. § 2028, que provee subvenciones en bloque

Sección 1108(g) representa otro ejemplo de estas diferencias en el diseño de los programas federales.

De igual manera, los residentes de Puerto Rico contribuyen a los ingresos federales mediante las contribuciones sobre nómina y sobre el trabajo por cuenta propia y, en ciertas circunstancias, mediante contribuciones federales sobre ingresos. El *Internal Revenue Service* informó recaudos brutos de rentas internas de aproximadamente $5.54 mil millones procedentes de Puerto Rico en el año fiscal 2025.[61] Recibir más en gasto federal de lo que los residentes pagan en contribuciones federales es común entre las jurisdicciones de los Estados Unidos: medido en dólares totales, 47 de los 50 estados tuvieron una balanza de pagos positiva con el gobierno federal en el año fiscal federal 2023.[62] Este contexto más amplio es pertinente al considerar las diferencias en cómo se financian y estructuran los programas federales en Puerto Rico. En conjunto, estas estructuras de los programas proveen contexto adicional para comprender el marco de financiamiento de Medicaid y cómo los cambios proyectados en los fondos federales podrían afectar el sistema de salud y a la población en Puerto Rico.

Cubierta de Beneficios de Medicaid

La estructura de financiamiento de Medicaid en Puerto Rico está asociada con diferencias en los beneficios que el Plan Vital está obligado a cubrir en comparación con los programas estatales de Medicaid. Mientras que los estados están obligados a proveer el conjunto completo de beneficios obligatorios de Medicaid establecidos por la ley federal, Puerto Rico no está obligado a cubrir todas estas categorías de beneficios.[63] Entre los beneficios obligatorios que actualmente no se cubren están los servicios de enfermeras

consolidadas para Puerto Rico y Samoa Americana en lugar de la participación en el Supplemental Nutrition Assistance Program.

[61] Internal Revenue Service. (2026). Internal Revenue Service data book, 2025 (Publication 55-B), Table 1-5, Gross collections, by type of tax and state. U.S. Department of the Treasury. https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p55b.pdf Los recaudos brutos de rentas internas procedentes de Puerto Rico sumaron $5,541,476 miles en el año fiscal 2025. Esta cifra abarca los recaudos de rentas internas y no incluye los derechos de aduana, que recauda U.S. Customs and Border Protection.

[62] Holland, L., & Schumacher, P. (2025, August). *Giving or getting? New York's balance of payments with the federal government*. Rockefeller Institute of Government. https://rockinst.org/wp-content/uploads/2025/07/2025-bop-report-web.pdf El Rockefeller Institute define la balanza de pagos como la diferencia neta entre los ingresos federales recaudados de un estado y los gastos federales dentro de ese estado, y asigna los recibos y desembolsos del presupuesto federal a los estados utilizando datos de distribución geográfica de las agencias. La cifra citada aquí se mide en dólares totales; las clasificaciones calculadas per cápita difieren. El análisis abarca los cincuenta estados y no incluye a Puerto Rico.

[63] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW

parteras, los servicios de enfermeras practicantes certificadas en pediatría y en medicina de familia y los servicios de centros de parto independientes.

Algunas de estas diferencias en beneficios son particularmente pertinentes para la salud materna-infantil y coinciden con necesidades identificadas en las conversaciones con familias y partes interesadas realizadas para este informe. Los participantes describieron el valor de integrar a parteras, doulas y otros profesionales en modelos coordinados de cuidado materno, en lugar de proveer estos apoyos de forma separada del sistema de salud en general.

Un proveedor de ginecología-obstetricia que ejerce en el oeste de Puerto Rico destacó la importancia de integrar la partería en los modelos de cuidado existentes:

> *"Support que pudiésemos recibir si la partería se regulara en PR, la ayuda que sería para el sistema de salud [...] También incluirlas como parte integral de los servicios."*
>
> — S#8, ginecóloga-obstetra

Otra ginecóloga-obstetra describió de forma similar el valor de incorporar doulas y parteras directamente al cuidado hospitalario:

> *"Yo creo que [...] tener realmente [...] un personal que de verdad tenga doulas, que sean del hospital, que ya sean parte de nuestro grupo, tener parteras que sean parte."*
>
> — S#4, ginecóloga-obstetra

Las familias también describieron el valor de estos apoyos durante el embarazo. Una madre reflexionó sobre el papel que tuvo el acceso a una doula en su embarazo:

> *"Lo que yo creo que enriqueció mi embarazo fue el tener una doula con conocimiento, el yo poder escribirle a mi doula, el yo tener dudas e inquietudes y acercarme a ella, las clases de parto [...]"*
>
> — F#8, madre

Las conversaciones con proveedores ilustran cómo las barreras de transportación pueden entrelazarse con la geografía y con la frecuencia de las citas prenatales. Una ginecóloga-obstetra describió la atención a pacientes que viajan desde Vieques, Culebra, Cabo Rojo y otras áreas para recibir servicios:

> *"Yo veo pacientes de Vieques, de Culebra, de Cabo Rojo, o sea pacientes que vienen en la guagua, que pagaron 20 pesos y si no nos movemos las dejan aquí tiradas."*
>
> — S#4, ginecólogo-obstetra

En conjunto, estas diferencias en beneficios y las experiencias descritas por las familias y las partes interesadas apuntan a la misma oportunidad: incorporar la partería, las doulas, la transportación y otros servicios de apoyo al beneficio cubierto.

Del Precipicio Fiscal a las Consecuencias en Salud

Una reducción de esta escala no se resuelve en una partida presupuestaria. Se mueve a través de las tarifas de capitación de ASES hacia las organizaciones de cuidado coordinado (MCO), a través de las redes de proveedores y hasta las salas donde las mujeres embarazadas reciben cuidado prenatal y los recién nacidos reciben cuidado intensivo. Debido a que los servicios obstétricos ya operan, en muchas instituciones, en el punto de equilibrio o por debajo de este, cualquier reducción en las tarifas de reembolso podría afectar su sostenibilidad de manera inmediata, como evidencian los testimonios de la Sección IV.

La presión se agrava porque el tope no se mantiene a la par, aun sin un precipicio. La asignación federal crece según el componente de cuidado médico del Índice de Precios al Consumidor para Todos los Consumidores Urbanos (CPI-U, por sus siglas en inglés), que ha promediado menos de 3% al año, mientras que el propio índice de inflación de servicios de salud de Puerto Rico para Medicaid y Medicare promedió 5.7% de FY2020 a FY2023 y se proyecta en 4.8% para FY2053. El Plan Fiscal expone la consecuencia de forma directa: la medida del CPI-U incluye factores que la reducen en aproximadamente 1 a 3 puntos porcentuales, por lo que el tope de los fondos

federales no se mantendrá a la par de los aumentos reales en los gastos.[64] La brecha entre lo que cuesta el programa y lo que provee el tope se amplía cada año, haya o no precipicio.

El nacimiento prematuro ilustra con claridad el impacto de estos costos. Durante el primer año de vida, el costo médico de un infante prematuro asciende a cerca de $49,140, en comparación con $13,024 para un infante nacido a término, lo que representa una diferencia aproximada de $36,000 por nacimiento.[65] La tasa de nacimientos prematuros de Puerto Rico es de 12.2%, una de las más altas documentadas entre las 52 jurisdicciones de los Estados Unidos[66]. El análisis de *March of Dimes* prevé que esta empeorará ante cualquier contracción del acceso prenatal. Puerto Rico registró 2,217 nacimientos prematuros en 2024. Con una diferencia en el costo médico del primer año entre un infante prematuro y uno nacido a término de cerca de $36,100, la prematuridad a la tasa actual representa aproximadamente $80 millones al año en costos médicos del primer año, de los cuales aproximadamente $53 millones recaen en Medicaid. Cada punto porcentual adicional de nacimientos prematuros añade aproximadamente $6.5 millones, y cerrar la brecha hasta la meta de 9.4% de *Healthy People 2030* evitaría aproximadamente $18 millones al año.[67] La ruta no es especulativa: el *Commonwealth Fund* ha documentado que los recortes en los fondos de Medicaid producen aumentos medibles en la mortalidad materna, y la razón de mortalidad materna de Puerto Rico, de 59.2 por cada 100,000, ya se sitúa en casi cuatro veces la meta de *Healthy People 2030* (véase la Tabla 1).[68] Un

[64] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW

[65] Waitzman, N. J., Jalali, A., & Grosse, S. D. (2021). Preterm birth lifetime costs in the United States in 2016: An update. Seminars in Perinatology, 45(3), Article 151390. https://doi.org/10.1016/j.semperi.2021.151390

[66] March of Dimes. (2025). 2025 March of Dimes report card: The state of maternal and infant health for American families. March of Dimes. https://www.marchofdimes.org/peristats/reports/united-states/report-card

[67] Estimado ilustrativo. El total de 2,217 nacimientos prematuros en 2024 y la tasa de nacimientos prematuros de 12.2% se informan directamente en el Report Card 2025 de March of Dimes para Puerto Rico, que también indica 11,855 nacimientos financiados por Medicaid, el 65.8% de todos los nacimientos. Los costos médicos del primer año de $49,140 para un infante prematuro y de $13,024 para un infante nacido a término son promedios nacionales de los Estados Unidos en dólares de 2016, aplicados aquí a los nacimientos de Puerto Rico en 2024; por lo tanto, el estimado es conservador. Estos son únicamente costos médicos del primer año. Los costos a lo largo de la vida, incluidos la educación especial, los servicios a largo plazo y la productividad perdida, son sustancialmente mayores.

[68] Joyce, D., Marceno, L., & Eisen, H. (2025, May 20). Medicaid cuts could increase maternal mortality and jeopardize women's health. To the Point (blog). Commonwealth Fund. https://www.commonwealthfund.org/blog/2025/medicaid-cuts-could-increase-maternal-mortality-and-jeopardize-womens-health

sistema tan alejado de la meta no tiene margen para absorber una pérdida adicional de acceso sin un costo correspondiente, y previsible, en vidas.

The One Big Beautiful Bill Act: Implicaciones para Puerto Rico

La OBBBA se convirtió en ley el 4 de julio de 2025.[69] Reconfiguró el financiamiento de Medicaid y las reglas de integridad del programa a nivel nacional. Para Puerto Rico, el aspecto más importante de la ley es lo que dejó intacto. No extendió el FMAP de 76% más allá del 30 de septiembre de 2027. No enmendó la Sección 1108(g). El precipicio descrito anteriormente no se ve afectado en absoluto por ella.

La OBBBA sí exime a Puerto Rico de varios requisitos nuevos impuestos a los estados, incluidos los requisitos de trabajo, las redeterminaciones de elegibilidad semestrales y ciertos mandatos de costo compartido y de personal. Pero añade nuevas obligaciones de cumplimiento sobre una estructura de financiamiento que dejó sin resolver, y una de esas obligaciones recae directamente sobre las mujeres embarazadas.

Fuerza laboral: Puerto Rico ya enfrentaba retos en la fuerza laboral de salud antes de la aprobación de la OBBBA. Según datos de la *Association of American Medical Colleges* (AAMC) citados en el Plan Fiscal, más del 47% de los médicos en práctica activa en Puerto Rico tiene 60 años o más, la proporción más alta entre los estados y territorios de los Estados Unidos analizados; Puerto Rico tiene una razón de residentes y *fellows* de educación médica graduada a estudiantes de medicina de 0.4, la más baja informada; y aproximadamente la mitad de los egresados de las escuelas de medicina de Puerto Rico permanece en práctica activa en la isla.[70] El *Puerto Rico Healthcare Workforce Study*[71] también identifica una fuerza laboral envejecida en varias especialidades, una tendencia particularmente marcada en pediatría, reumatología, obstetricia y ginecología, y cirugía.[72] Estos hallazgos generan

[69] Pub. L. No. 119-21, § 71112, 139 Stat. 72 (2025) (comúnmente conocida como la One Big Beautiful Bill Act). https://www.congress.gov/119/plaws/publ21/PLAW-119publ21.htm

[70] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW

[71] El Puerto Rico Healthcare Workforce Study, comisionado por la Junta de Supervisión y Administración Financiera para Puerto Rico y realizado por FTI Consulting en colaboración con IMPACTIVO, evalúa la oferta y la demanda actuales y proyectadas de la fuerza laboral de salud de Puerto Rico.

[72] FTI Consulting, Inc., & Impactivo. (2025). Puerto Rico healthcare workforce study. Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. https://oversightboard.pr.gov/puerto-rico-healthcare-workforce-study-an-in-depth-look-at-healthcare-in-puerto-rico/

preocupación sobre la disponibilidad futura de la fuerza laboral a medida que los profesionales con experiencia se acercan al retiro o reducen su capacidad clínica.

De igual manera, a partir de julio de 2026, la OBBBA establece nuevos límites a los préstamos estudiantiles federales para la educación graduada y profesional. Estos cambios podrían ser pertinentes para distintas profesiones de la salud conductual que requieren educación graduada, incluidos el trabajo social y otras disciplinas que participan en el cuidado materno, infantil y perinatal.

Cubierta y cuidado prenatal: A partir del 1 de enero de 2027, la OBBBA reduce la cubierta retroactiva de Medicaid para las poblaciones tradicionales de Medicaid, incluidas las mujeres embarazadas, de tres meses a dos meses.[73] La cubierta retroactiva puede ayudar a cubrir servicios de salud elegibles recibidos antes de que se complete y apruebe una solicitud de Medicaid. Este cambio es particularmente pertinente durante el embarazo, cuando los retrasos en la inscripción pueden coincidir con el periodo en que comienza el cuidado prenatal.

La elegibilidad presunta para mujeres embarazadas (*presumptive eligibility for pregnant women*), disponible en la mayoría de los estados, no se provee actualmente en Puerto Rico. Este mecanismo permite que las personas elegibles reciban cubierta temporera de Medicaid mientras su determinación de elegibilidad está pendiente. Puerto Rico también ha experimentado cambios en la matrícula de Medicaid desde que terminó el requisito de inscripción continua de la COVID-19. Según el Plan Fiscal, la matrícula disminuyó en aproximadamente 180,000 beneficiarios hasta FY2025, tras la reanudación de las redeterminaciones de elegibilidad en abril de 2023.[74] El periodo retroactivo más corto, la ausencia de elegibilidad presunta y las tendencias recientes de matrícula convergen en un mismo efecto: un mayor riesgo de acceso tardío al cuidado prenatal.

Integridad del programa: La OBBBA también introduce cambios en los requisitos de integridad del programa Medicaid. A nivel nacional, CMS informó

[73] Pub. L. No. 119-21, § 71112, 139 Stat. 72 (2025) (comúnmente conocida como la One Big Beautiful Bill Act). https://www.congress.gov/119/plaws/publ21/PLAW-119publ21.htm

[74] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW

una tasa de pagos indebidos de Medicaid de 5.09% para FY2024, con una proporción sustancial de los pagos indebidos asociada a documentación insuficiente, más que a hallazgos de que los servicios no se prestaron o de que los beneficiarios no eran elegibles.[75] La OBBBA introduce requisitos adicionales relacionados con las tasas de error de elegibilidad a partir de FY2030.

Estas disposiciones son particularmente pertinentes para Puerto Rico a medida que continúa desarrollando su experiencia con el programa *Payment Error Rate Measurement* (PERM). Puerto Rico completó su primer piloto de PERM en 2024 y, por lo tanto, tiene una línea base histórica más limitada para evaluar su desempeño bajo los nuevos requisitos. El Plan Fiscal también identifica limitaciones más amplias en la infraestructura de datos de salud de Puerto Rico, incluidas brechas en la recopilación estandarizada de datos y en la participación en ciertos sistemas nacionales de datos de salud.[76] A medida que avance la implementación, la asistencia técnica, la infraestructura de datos y la capacidad administrativa podrían ser consideraciones importantes para apoyar el cumplimiento mientras se mantiene la continuidad de la cubierta y de los servicios.

IV. Hallazgos

Las secciones anteriores documentan tres puntos clave: que Medicaid es la base financiera de la salud materna-infantil en Puerto Rico, que el sistema que sostiene ya se desempeña por debajo de cada uno de los referentes que definen un cuidado adecuado, y que una fecha límite estatutaria fija eliminará aproximadamente el 86% del financiamiento federal que lo respalda. Estos hallazgos, junto con las narraciones de las familias, profesionales clínicos, parteras y administradores de hospitales describen un sistema que ya opera bajo presión y que enfrenta un impacto que tiene una capacidad limitada para absorber.

Hallazgo 1. Medicaid es una fuente central de financiamiento para los servicios de salud materna-infantil en Puerto Rico.

---

[75] Centers for Medicare & Medicaid Services. (2024, November 15). Fiscal Year 2024 improper payments fact sheet. https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/fiscal-year-2024-improper-payments-fact-sheet; Hinton, E., Mathers, J., & Rudowitz, R. (2025, March 18). 5 key facts about Medicaid program integrity – Fraud, waste, abuse and improper payments. KFF. https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/5-key-facts-about-medicaid-program-integrity-fraud-waste-abuse-and-improper-payments/

[76] Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2026). Second revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico: Restoring growth and prosperity. https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/#link-CW

El Plan Vital financia aproximadamente dos de cada tres nacimientos en Puerto Rico y provee cubierta a una proporción sustancial de los infantes y de las mujeres en edad reproductiva. Dado este nivel de dependencia, la reducción proyectada en los fondos federales de Medicaid tiene implicaciones para el financiamiento y la continuidad de los servicios de salud materna-infantil en todo el archipiélago.

> *"Una paciente embarazada con Vital, yo puedo decir que tiene, por lo menos por guía, lo que necesita".*
>
> — S#8, ginecóloga-obstetra

Hallazgo 2. Puerto Rico enfrenta retos significativos de salud materna-infantil antes de que entren en vigor las reducciones proyectadas en los fondos de Medicaid.

La mortalidad materna, la mortalidad infantil, los nacimientos prematuros y otros indicadores clave se mantienen por encima de los estimados de los Estados Unidos. Estos resultados ocurren junto con retos en el acceso a los servicios de salud y en la disponibilidad de la fuerza laboral que pueden dificultar que los pacientes obtengan servicios. Las partes interesadas describieron cómo la escasez de personal puede traducirse en barreras prácticas para acceder a los servicios, incluidos tiempos de espera prolongados:

> *"Hay una falta de enfermería, falta de doctor, falta de lo que sea; se llega a un punto en que esos son escollos, trabas que hacen más difícil el cumplimiento de lo otro. El sistema te obligó a que, en vez de ir a una cita que era a las 8, llegué a las 8 y salí a las 5:00 de la tarde".*
>
> — S#1, legisladora

La importancia de monitorear los resultados de salud materna-infantil frente a los referentes nacionales también se reflejó en las conversaciones con las partes interesadas. Un administrador de hospital describió cómo utiliza estas medidas para ayudar a los proveedores a comprender la posición actual de Puerto Rico y para fomentar mejoras:

"...cuando salió lo del mapa [March of Dimes] se los puse por todos lados. Que ellos se mantuvieran informados de dónde estamos respecto a la métrica, cuál es el benchmark nacional [...] para que ellos pudieran motivarse a hacer un cambio."

— S#6, administrador de hospital

Hallazgo 3. El acceso al cuidado obstétrico se está limitando a medida que disminuyen la capacidad de las salas de parto y la disponibilidad de la fuerza laboral.

Los retos de acceso documentados en la Sección II también se reflejaron en las experiencias de los participantes. Las madres describieron dificultades para encontrar obstetras que aceptaran pacientes nuevas, mientras que los proveedores expresaron preocupación por la limitada disponibilidad de la fuerza laboral y por la capacidad de reemplazar a los profesionales de obstetricia a medida que se retiran de la práctica.

Una madre recordó la dificultad que tuvo para encontrar un obstetra disponible tras quedar embarazada:

"yo comencé a llamar ginecólogos obstetras en el área oeste. [...] todos me decían que estaban llenos. Todos me decían que no tenían espacio, todos me decían que verdad no había disponibles"

— F#8, madre

Una partera describió de forma similar su preocupación por la disponibilidad de profesionales de obstetricia y por la capacidad de reemplazar a los proveedores a medida que abandonan la fuerza laboral:

"Antes había 300 o 400 haciendo partos; ahora quedan menos de 100. Obviamente ellos no tienen por qué escoger los pueblos... Lo vemos venir hace años".

— S#7, partera

Hallazgo 4. Las presiones financieras que enfrentan los servicios de parto pueden aumentar la vulnerabilidad de los proveedores ante posibles reducciones en el financiamiento de Medicaid.

Las reducciones en el financiamiento de Medicaid pueden moverse a través de la estructura de financiamiento de los servicios de salud de Puerto Rico, desde ASES y las MCO hasta las redes de proveedores mediante las cuales se prestan los servicios. En este contexto, la situación financiera de los servicios de parto es particularmente pertinente. Un administrador de hospital describió la sala de parto como un servicio que puede representar una posible pérdida financiera para los hospitales, aun cuando las instituciones continúan manteniéndolo por su valor más amplio para las comunidades a las que sirven.

Por otro lado, una ginecóloga-obstetra describió la prestación de servicios clínicamente necesarios que podrían no estar cubiertos, así como requisitos administrativos y de documentación que pueden afectar el reembolso y aumentar la carga de trabajo del proveedor. En conjunto, estos relatos ilustran retos financieros existentes en distintos niveles del cuidado obstétrico que podrían tener mayores consecuencias ante reducciones en el financiamiento de Medicaid.

> *"En esto que son básicamente cero o negativo, o sea, una sala de parto es un centro de costo. De pérdida potencialmente para los hospitales, esa es la realidad. [...] Pero nosotros, por compromiso con la comunidad uno y dos, porque entendemos que hay un valor añadido en una sala de parto."*
>
> — S#6, administrador de hospital

Se describió una tensión similar con los proveedores de servicios:

> *"[...] yo me vi en una situación donde yo terminaba haciendo mi trabajo gratis [...] y no podía cobrar [...] porque son cosas colaterales que no cubre y yo no las puedo dejar de hacer."*
>
> — S#8, ginecóloga-obstetra

Las condiciones financieras varían entre los hospitales y los proveedores de obstetricia. No obstante, los relatos reflejan una tendencia común: los niveles de reembolso, los límites de cubierta y los costos asociados a la prestación de cuidado obstétrico ejercen una presión creciente sobre la sostenibilidad financiera de estos servicios.

Hallazgo 5. Las brechas en la cubierta de Medicaid pueden crear barreras para el cuidado prenatal oportuno.

Las experiencias de las familias ilustran cómo las brechas o los retrasos en la obtención de la cubierta de salud pueden interferir con el acceso oportuno al cuidado prenatal y obstétrico. Una madre describió no poder buscar atención hospitalaria mientras esperaba por su cubierta de salud:

> *"Yo tenía ese miedo de perder el bebé, pero no podía ir al hospital porque no tenía plan médico. Iba a la oficina del plan y explicaba la situación entre llanto, y me decían que esos procesos siempre tardan, que había que esperar".*
>
> — F#2, madre

Un padre describió de forma similar un periodo durante el embarazo de su pareja en el que la familia no tuvo cubierta de salud y la dificultad que experimentaron luego para encontrar un obstetra:

> *"Nosotros estábamos sin plan médico, como hubo unos casi 2 o 3 meses sin plan médico porque yo estaba asustado porque sinceramente mi esposa estaba en la semanita [cinco o diez] de embarazo. Yo no tenía plan médico ni ella tampoco [...] pero al final de todo, pues nos dieron plan médico gracias a Dios, al tercero o cuarto mes, y ahí fue en busca de ginecólogo. Este fue un poquito difícil porque ya como mi esposa tenía ya la semanita un poquito adelantada, pues era muy difícil que le cogieran a ella un espacio."*
>
> — F#6, padre

\
Los profesionales clínicos también describieron atender a pacientes que llegaban al parto con poco o ningún cuidado prenatal:

> *"Yo diría que los últimos meses hemos visto muchas, muchas pacientes con pobres cuidados prenatales. Hace como dos semanas eran un montón de pacientes que no tenían cuidado prenatal y llegaron todas a parir."*
>
> — S#4, ginecóloga-obstetra

En conjunto, estas historias muestran cómo las brechas en el acceso al seguro de salud pueden incidir en el cuidado prenatal. Ante este escenario, la ausencia de elegibilidad presunta y la próxima reducción del periodo retroactivo de Medicaid adquieren particular relevancia para evaluar la continuidad del aseguramiento y el acceso oportuno a los servicios prenatales.

Hallazgo 6. El acceso a los servicios de salud mental perinatal y su continuidad siguen siendo retos importantes.

El acceso a servicios de salud mental adecuados puede complicarse por la disponibilidad de profesionales, la cubierta del seguro, el costo y el tiempo requerido para completar los procesos de referido. Estos retos pueden ser particularmente pertinentes cuando se necesitan servicios especializados durante el embarazo y el periodo posparto. Las experiencias de las familias muestran las dificultades para identificar profesionales con peritaje en salud mental perinatal, para obtener servicios cubiertos por su plan médico y para recibir referidos oportunos.

Una madre describió su búsqueda específica de profesionales de salud mental enfocados en el embarazo y el parto:

> *"Fue como un poco traumático y justamente por eso yo busqué ayuda a través de Comienzo Saludable para los servicios de terapia porque no encontraba. Ahora, casualmente me salen muchas psicólogas este enfocadas en el área de embarazo, de parto, por aquí para allá. Pero cuando yo estuve embarazada no encontraba y cuando llamaba era bien costoso. Los servicios no lo cubría el plan."*
>
> — F#3, madre

Otra madre describió los retrasos que experimentó a medida que avanzaba por las distintas etapas del proceso de referido de salud mental:

> *"Realmente cuando me mandaron al fin con una psicóloga, porque es un proceso, primero te mandan con trabajador social, que básicamente lo que hace es llenar papeleo. No te escucha ni nada. Luego vuelven y te mandan con trabajador social. Vuelve y llena papeleo, vuelve y no te escucha nada y entonces él entiende que es necesario mandarte con psicóloga, te manda con la*

psicóloga, llegaste con la psicóloga. Ya a estas alturas del partido ha pasado 1 o 2 meses entre cada cita."

— F#2, madre

Una ginecóloga-obstetra planteó interrogantes sobre la continuidad del cernimiento y el seguimiento de salud mental durante el periodo posparto. Al describir su propia práctica, explicó que hace el cernimiento de depresión posparto a sus pacientes a las dos semanas, pero cuestionó quién continúa ese monitoreo una vez las pacientes dejan de ser atendidas de forma rutinaria:

"Cuando hablamos de postparto, de screen, de depresión, yo hago un screen a las dos semanas [...] pero yo las veo dos semanas y yo no las veo más. ¿Quién las ve?"

— S#8, ginecóloga-obstetra

Hallazgo 7. La capacidad de la fuerza laboral y el apoyo de las organizaciones de base comunitaria son cruciales para sostener los servicios de salud materna-infantil.

El sistema de salud materna-infantil de Puerto Rico enfrenta desafíos relacionados con la disponibilidad y sostenibilidad de su fuerza laboral, entre ellos el envejecimiento del personal de salud y las dificultades para atraer y retener proveedores. Como se señaló anteriormente, esta situación es especialmente relevante en ginecología y obstetricia. Estas preocupaciones también surgieron en las experiencias compartidas por los proveedores de servicios de salud materna.

Una ginecóloga-obstetra destacó la importancia de retener a los médicos:

"[...] retener la clase médica yo creo que ahora mismo es crucial."

— S#8, ginecóloga-obstetra

Estas presiones demográficas y relacionadas con la fuerza laboral también resaltan la importancia de los servicios de base comunitaria como complemento de la atención clínica. Programas como Comienzo Saludable (*Healthy Start*) y los servicios de doulas no sustituyen la atención obstétrica, pero pueden contribuir a un modelo de cuidado compartido mediante

educación, orientación, acompañamiento continuo y enlaces con otros servicios durante el embarazo y el periodo posparto. En un contexto de capacidad limitada de la fuerza laboral obstétrica, estas funciones complementarias pueden aliviar parte de la carga sobre los profesionales clínicos y contribuir al funcionamiento del sistema de salud materna, al tiempo que ofrecen a las familias recursos y acompañamiento que van más allá de la atención clínica.

Una madre describió la importancia que le otorgó a estos servicios:

> *"Comienzo Saludable, Una Doula para Cada Familia. Sin esos programas... esto debería ser algo del Gobierno, literalmente, tan mandatorio como el plan médico."*
>
> — F#2, madre

Ambas dimensiones son importantes y no se sustituyen entre sí. Retener a los médicos y a otros profesionales clínicos continúa siendo esencial, mientras que los servicios de base comunitaria pueden ampliar el alcance de la atención cuando la disponibilidad de personal clínico es limitada.

V. Opciones de Política Pública

A base de los hallazgos presentados en la Sección IV, las opciones de política pública se organizan en tres niveles:

- Las opciones de política se enfocan en acciones de política federal y de Puerto Rico relacionadas con el financiamiento, la elegibilidad y la cubierta de Medicaid.
- Las opciones de práctica se enfocan en fortalecer la prestación y la coordinación de los servicios de salud materna-infantil en todo el sistema de salud de Puerto Rico.
- Las opciones de programa se enfocan en la infraestructura administrativa, de datos y de monitoreo necesaria para apoyar la implementación, la continuidad del cuidado y la rendición de cuentas.

Algunos escenarios de financiamiento requerirían acción federal, mientras que otros podrían implementarse al amparo de la autoridad vigente de Puerto Rico. En los tres niveles, la implementación requerirá coordinación entre el

gobierno federal, el Gobierno de Puerto Rico, ASES, las organizaciones de cuidado coordinado, los hospitales, los profesionales de la salud, las organizaciones comunitarias y del tercer sector, y las familias usuarias del sistema.

Tabla 5. Opciones de Política

Opciones de política	Plazo	Fundamento
1. Mantener una tasa federal de pareo aumentada más allá del 30 de septiembre de 2027 es un escenario de financiamiento que podría reducir la brecha proyectada para FY2028.	Antes del 30 de sept. de 2027	Extender el FMAP aumentado ayudaría a mantener el financiamiento federal de Medicaid más allá del periodo de autorización actual y a reducir la magnitud de la brecha de financiamiento proyectada. Dado que el Plan Vital financia aproximadamente dos de cada tres nacimientos en Puerto Rico, la continuidad del financiamiento federal de Medicaid es particularmente pertinente para los servicios de salud materna e infantil. Una extensión proveería tiempo adicional para procurar cambios a más largo plazo en la estructura de financiamiento de Medicaid en Puerto Rico.
2. Las alternativas de financiamiento a más largo plazo bajo la Sección 1108(g) ameritan análisis adicional como posibles enfoques para mejorar la previsibilidad y la estabilidad.	Simultáneo con la extensión del FMAP	La dependencia recurrente de Puerto Rico de medidas federales temporeras de financiamiento subraya la necesidad de una solución estructural de financiamiento, en lugar de otra extensión de duración limitada.
3. Evaluar oportunidades para fortalecer la cubierta	Corto a mediano plazo	La estructura de beneficios de Medicaid en Puerto Rico difiere de la disponible en los estados en

Opciones de política	Plazo	Fundamento
de servicios pertinentes a la salud materna-infantil.		varias áreas pertinentes a la salud materna e infantil. La evaluación continua y la ampliación de los beneficios cubiertos podrían fortalecer el acceso a los servicios durante el embarazo, el parto y el periodo posparto, y apoyar una mayor continuidad del cuidado.
Opciones de política	**Plazo**	**Fundamento**
4. Reconocer y fortalecer la integración de parteras y doulas en el sistema de salud materna de Puerto Rico.	Corto a mediano plazo	Las parteras y las doulas pueden desempeñar papeles distintos pero complementarios en el cuidado de la salud materna. Mecanismos más claros para su reconocimiento, integración y, cuando aplique, reembolso podrían apoyar enfoques de cuidado compartido al ampliar la gama de profesionales y de apoyos de base comunitaria disponibles para las familias durante el embarazo, el parto y el periodo posparto. Estos enfoques deben reflejar los alcances y papeles distintos de las parteras y las doulas, y mantener rutas adecuadas de coordinación y referido con los servicios obstétricos y otros servicios clínicos.
5. Considerar la adopción de la elegibilidad presunta	Antes de enero de 2027	Puerto Rico no provee actualmente elegibilidad presunta para

Opciones de política	Plazo	Fundamento
para mujeres embarazadas.		mujeres embarazadas. A partir del 1 de enero de 2027, la OBBBA reduce la cubierta retroactiva de Medicaid para las mujeres embarazadas y otras poblaciones tradicionales de Medicaid de tres meses a dos meses antes del mes de la solicitud. La elegibilidad presunta podría proveer cubierta temporera mientras está pendiente la determinación completa de elegibilidad, y apoyar un acceso más temprano al cuidado prenatal.

Tabla 6. Opciones de Práctica

Opciones de práctica	Plazo	Fundamento
6. Integrar el cernimiento, el referido y el tratamiento de salud mental perinatal a lo largo del cuidado prenatal y periodo posparto.	Continuo	La depresión posparto afecta a una proporción sustancial de las madres en Puerto Rico, mientras que los hallazgos identifican retos para acceder y navegar los servicios de salud mental. Fortalecer la integración entre los servicios prenatales, obstétricos, de cuidado primario, de salud conductual y posparto puede facilitar la identificación temprana de necesidades, el referido oportuno y la continuidad del tratamiento. (Hallazgo 6).

Opciones de práctica	Plazo	Fundamento
7. Fortalecer los modelos de cuidado compartido para embarazos de bajo riesgo mediante la integración de obstetras, parteras, doulas, trabajadores comunitarios de salud, profesionales de medicina de familia y otros profesionales de salud materna en equipos de cuidado coordinado, con el apoyo de la telesalud cuando sea apropiado.	Continuo; comenzar ahora	La disponibilidad obstétrica limitada y desigual justifica explorar modelos coordinados de cuidado compartido que amplíen la capacidad de salud materna, a la vez que mantienen rutas clínicas adecuadas para los embarazos de mayor riesgo.
8. Explorar modelos regionales para mantener el acceso a los servicios obstétricos, incluidos esquemas en los que un centro principal coordina una red de servicios (*hub-and-spoke*),	Corto a mediano plazo	La disminución de las salas de parto y la distribución geográfica desigual de los servicios obstétricos justifican considerar enfoques regionales que conecten los hospitales y la capacidad obstétrica especializada con los proveedores y servicios en áreas con acceso más limitado. Las estrategias de reembolso también deben examinarse a la luz de las presiones financieras y operacionales descritas por los hospitales y los proveedores.

Tabla 7. Opciones de Programa

Opciones de programa	Plazo	Fundamento
9. Fortalecer la capacidad administrativa, de documentación y de integridad del programa Medicaid, incluida una hoja de ruta de preparación para PERM y procesos de verificación de beneficiarios y proveedores.	Antes de FY2030	La participación de Puerto Rico en PERM introduce requisitos adicionales administrativos, de elegibilidad y de documentación. Desarrollar con anticipación procesos de preparación puede fortalecer la calidad de los datos, la verificación, el cumplimiento y la capacidad de Puerto Rico para responder a futuros requisitos federales.
10. Desarrollar y mantener un directorio de proveedores confiable y fortalecer el apoyo de navegación de servicios para las familias.	Corto plazo; continuo	Las familias describieron dificultades para identificar proveedores que estuvieran disponibles, que aceptaran pacientes nuevas o que participaran en su plan médico. Una información más confiable sobre los proveedores, combinada con apoyo de navegación, puede reducir la carga administrativa que recae sobre las familias al buscar servicios prenatales, de salud conductual y otros.
11. Fortalecer la vigilancia de la salud materna-infantil y desarrollar indicadores para monitorear cambios en la cubierta, el acceso, la utilización, la disponibilidad de	Continuo; comenzar ahora	Los indicadores existentes de salud materna-infantil proveen una línea base importante para monitorear cambios a lo largo del tiempo. Fortalecer PRAMS y

Opciones de programa	Plazo	Fundamento
proveedores y los resultados de salud.		vincular o coordinar los datos disponibles de Medicaid, hospitales, fuerza laboral y salud materna-infantil podría apoyar una identificación más temprana de cambios en la cubierta, el acceso, la utilización y los resultados a medida que se implementan los cambios en el financiamiento y la política federal de Medicaid.

VI. Conclusión

Este informe planteó una pregunta central: ***¿Qué le ocurriría a la salud materna-infantil en Puerto Rico si el sistema de Medicaid enfrenta una reducción de aproximadamente $4 mil millones al año a partir de FY2028?***

Los hallazgos indican que una reducción de esta magnitud ejercería una presión adicional sobre la capacidad de Puerto Rico para financiar y mantener los servicios de salud materna e infantil, y podría afectar el acceso y la continuidad de la atención para las mujeres embarazadas, los infantes y las familias. Medicaid financia aproximadamente dos de cada tres nacimientos en Puerto Rico y constituye una fuente esencial de financiamiento durante el embarazo, el parto, el periodo posparto, la infancia y la niñez. Por lo tanto, la reducción proyectada afectaría una de las principales fuentes de financiamiento de estos servicios en un momento en que Puerto Rico ya enfrenta retos significativos, entre ellos resultados adversos de salud materna e infantil, una reducción en el número de salas de parto, una distribución desigual de los servicios obstétricos, dificultades financieras y operacionales entre proveedores y hospitales, brechas en el acceso a servicios de salud mental perinatal y desafíos más amplios relacionados con la fuerza laboral de salud.

Los efectos específicos dependerían de cómo se implemente la reducción del financiamiento y de las decisiones que adopte Puerto Rico en respuesta, incluidas aquellas relacionadas con la elegibilidad, los beneficios, el reembolso, las redes de proveedores y la asignación de los recursos disponibles. No

obstante, los hallazgos identifican varias áreas en las que las dificultades existentes podrían intensificarse: la capacidad y disponibilidad de los proveedores; la continuidad de la cubierta y de la atención bajo Medicaid; el acceso a servicios obstétricos y de salud mental perinatal; y la capacidad de los hospitales y otros proveedores para mantener los servicios de salud materna. Además, es poco probable que estos efectos se distribuyan de manera uniforme en todo Puerto Rico, particularmente debido a las diferencias geográficas existentes en la disponibilidad de servicios obstétricos y de otros servicios de salud materna.

La reducción proyectada de fondos también refleja una característica histórica de la estructura de financiamiento de Medicaid en Puerto Rico. Aunque el Congreso ha provisto en repetidas ocasiones aumentos temporeros en los fondos federales y en las tasas de pareo, el archipiélago continúa sujeto a la estructura federal de financiamiento con tope establecida en la Sección 1108(g). Extender el FMAP actual de 76% permitiría atender la reducción inmediata proyectada para FY2028, mientras que un enfoque de financiamiento a más largo plazo podría ofrecer mayor estabilidad y previsibilidad para Medicaid y para el sistema de salud que depende de estos recursos. Asimismo, los escenarios que mantengan una tasa federal de pareo aumentada más allá de FY2027 reducirían la magnitud de la brecha de financiamiento proyectada para FY2028.

Sin embargo, el financiamiento federal constituye solo una parte de la respuesta. Los hallazgos también identifican acciones que pueden adelantarse en Puerto Rico para fortalecer los servicios de salud materna e infantil, entre ellas: mejorar la continuidad de la cubierta de Medicaid durante el embarazo; integrar el cernimiento, el referido y el tratamiento de salud mental perinatal; fortalecer el reconocimiento y la integración de parteras y doulas; desarrollar enfoques de cuidado compartido para embarazos de bajo riesgo; mejorar la información sobre los proveedores y la orientación para acceder a los servicios; apoyar la capacidad y retención de la fuerza laboral; y fortalecer los sistemas de datos para monitorear cambios en la cubierta, el acceso, la utilización, la disponibilidad de proveedores y los resultados de salud materna e infantil.

En última instancia, las implicaciones del precipicio de Medicaid para la salud materna-infantil dependerán tanto de las decisiones federales de financiamiento como de las acciones que Puerto Rico adopte para prepararse y responder a este escenario. La evidencia presentada en este informe respalda

una respuesta en dos frentes: atender el riesgo inmediato de financiamiento y, de forma simultánea, fortalecer los servicios necesarios para promover la continuidad de la atención materna-infantil. En este sentido, el periodo previo al 30 de septiembre de 2027 representa una oportunidad no solo para atender la reducción proyectada del financiamiento, sino también para reforzar, a largo plazo, la capacidad del sistema de salud.

Como enfatizó una proveedora de servicios, las decisiones sobre financiamiento y política en materia de salud también deben estar informadas por las realidades y necesidades de las personas que navegan el sistema:

> *"Necesitamos que las personas que toman las decisiones a gran escala estén realmente empapadas de lo que es el embarazo, los riesgos, las necesidades."*
>
> — S#8, ginecóloga-obstetra

Las experiencias compartidas por las familias muestran la importancia que pueden tener, en la práctica, la continuidad de la atención, la posibilidad de elegir y un cuidado materno centrado en la paciente. Como explicó una madre, un sistema de salud que responda a las necesidades de las familias debe incluir la posibilidad de decidir dónde dar a luz y de recibir atención en un entorno en el que se sientan cómodas, seguras y acompañadas:

> *"Yo debo escoger donde poder parir, donde yo me sienta cómoda y no ser penalizada por ello... Ese es el sistema que yo entiendo que todos los puertorriqueños y puertorriqueñas merecemos, porque las familias de verdad necesitan eso".*
>
> — F#2, madre

Apéndice A. Metodología

Análisis de Política Pública

Este informe aplica un enfoque de análisis de política pública descriptivo y multidisciplinario para examinar los cambios proyectados en el financiamiento de Medicaid y sus implicaciones para la salud materna-infantil en Puerto Rico. El análisis de política pública se sustenta de conocimientos y métodos de múltiples disciplinas para desarrollar y evaluar críticamente información pertinente a los asuntos de política.[77] Dentro de este marco más amplio, el análisis descriptivo utiliza el conocimiento de las ciencias sociales para examinar las políticas y las condiciones y consecuencias asociadas a ellas.[78]

De este modo, dicho acercamiento no se limita a un solo método ni a una sola perspectiva disciplinaria; pueden utilizarse distintos métodos y formas de evidencia según la naturaleza del problema de política que se examina.[79] En consonancia con este enfoque multidisciplinario, el informe integra revisión documental, datos cuantitativos secundarios, evidencia cualitativa de familias y partes interesadas, y análisis económico y fiscal descriptivo. Se utilizó la triangulación entre estas fuentes para examinar áreas de convergencia, complementariedad y divergencia, y para desarrollar una comprensión más abarcadora del problema de política. De manera general, estos componentes ofrecen perspectivas complementarias sobre el financiamiento de Medicaid, los resultados de salud materna-infantil, el acceso a los servicios, la fuerza laboral y la capacidad del sistema de salud, así como las experiencias de las familias y otras partes interesadas.

Revisión documental. El análisis utilizó la triangulación de información de múltiples fuentes, incluidas la revisión documental y de política pública, los datos cuantitativos secundarios y las conversaciones con familias y partes interesadas. Las fuentes documentales incluyeron leyes y políticas tanto del ámbito federal como de Puerto Rico, documentos de financiamiento y del programa Medicaid, informes gubernamentales, planes fiscales, datos de vigilancia de salud, estudios de la fuerza laboral y otras fuentes pertinentes de salud materna-infantil. La información de estas fuentes se examinó en

[77] Dunn, W. N. (2018). Public policy analysis: An integrated approach (6th ed.). Routledge.

[78] Dunn, W. N. (2018). Public policy analysis: An integrated approach (6th ed.). Routledge.

[79] Yang, Y., Tan, X., Shi, Y., & Deng, J. (2023). What are the core concerns of policy analysis? A multidisciplinary investigation based on in-depth bibliometric analysis. Humanities and Social Sciences Communications, 10, Article 190. https://doi.org/10.1057/s41599-023-01703-0

conjunto para identificar áreas de convergencia y complementariedad, y para evaluar la estructura de financiamiento de Medicaid en Puerto Rico, los cambios de política pertinentes, los resultados de salud materna-infantil, el acceso a los servicios y las condiciones de la fuerza laboral de salud.

Este enfoque, que trata los documentos de política federal y de Puerto Rico, los materiales de los programas y los informes fiscales como fuentes primarias de evidencia, es consistente con los métodos establecidos de análisis documental cualitativo, en los cuales los textos existentes constituyen datos empíricos válidos cuando se interpretan en relación con otras fuentes de evidencia.[80]

Participantes. La evidencia cualitativa proviene de conversaciones realizadas entre febrero a mayo de 2026. Se incluyó un total de 15 participantes: ocho participantes de familias (siete madres y un padre) y siete partes interesadas, entre ellas una legisladora, dos ginecólogas-obstetras, una enfermera, una educadora en salud, un administrador de hospital y una partera. Los participantes se reclutaron mediante un muestreo intencional y por conveniencia, a base de criterios de elegibilidad establecidos y de referidos de programas vinculados al proyecto original.

Los participantes de la categoría de familias tenían 21 años o más, contaban con experiencia reciente en el uso de servicios de salud materna e infantil y residían en las regiones sur u oeste de Puerto Rico. Por su parte, las personas participantes de la categoría de partes interesadas tenían 21 años o más y contaban con experiencia directa o indirecta en servicios o políticas relacionadas con la salud materna, perinatal o infantil en Puerto Rico, y/o con experiencia reciente de trabajo con familias en las regiones sur u oeste. Esta combinación de estrategias de muestreo responde a prácticas aceptadas en la investigación cualitativa, en las que el muestreo intencional y el muestreo por conveniencia se utilizan con frecuencia de manera complementaria. No obstante, los hallazgos deben interpretarse dentro de los límites de la muestra y no pueden generalizarse a la población general.[81]

[80] Morgan, H. (2022). Conducting a qualitative document analysis. The Qualitative Report, 27(1), 64–77. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5044

[81] Andrade, C. (2021). The inconvenient truth about convenience and purposive samples. Indian Journal of Psychological Medicine, 43(1), 86–88. https://doi.org/10.1177/0253717620977000

Recopilación de datos. Las conversaciones se realizaron de manera virtual o presencial, tuvieron una duración aproximada de 45 a 90 minutos y fueron grabadas y transcritas. Antes de participar, las personas completaron un proceso de consentimiento informado que abordó la participación voluntaria, la confidencialidad, la grabación y el derecho a retirarse en cualquier momento. Las conversaciones incluidas en este informe se completaron antes del 23 de junio de 2026, fecha en que se recibió la aprobación de la Junta de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) para un protocolo de investigación separado.

A las personas participantes se les asignaron códigos alfanuméricos: F para familias y S para partes interesadas. La información que permitía identificarles fue eliminada del informe. Las personas participantes de la categoría de familias se codificaron como F#1–F#8. Las personas de la categoría de partes interesadas se codificaron como S#1–S#8; el código S#5 no se utilizó porque esa conversación no llegó a realizarse. Todas las conversaciones se llevaron a cabo en español.

Análisis. El análisis cualitativo siguió un proceso iterativo y reflexivo que incluyó la revisión repetida de las transcripciones, la identificación de patrones recurrentes y unidades de significado, y su posterior organización en categorías temáticas. Los temas identificados incluyeron el acceso a los servicios de salud; la cubierta y el financiamiento; la salud mental y el bienestar emocional; la atención integral durante el embarazo y el parto; los apoyos complementarios; los determinantes sociales de la salud; la capacidad del sistema de salud; la gobernanza y la política pública; y las opciones de política pública para mejorar el sistema.

Análisis Económico y Fiscal

El componente económico de este informe caracteriza el tamaño, el momento y la incidencia del cambio proyectado en el financiamiento federal de Medicaid, e ilustra un canal mediante el cual ese cambio conlleva un costo medible. Es un análisis fiscal descriptivo elaborado a partir de fuentes federales y de Puerto Rico publicadas. No es una microsimulación, y no modela cómo respondería el gobierno de Puerto Rico a una reducción de esta magnitud.

Fuentes y procedencia. Las cifras de financiamiento provienen del *Second Revised 2024 Fiscal Plan for Puerto Rico: Restoring Growth and Prosperity*,

certificado por la Junta de Supervisión y Administración Financiera el 19 de junio de 2026. Tres *exhibits* contienen los datos subyacentes: el *Exhibit 31*, el tope esperado de los fondos de Medicaid; el *Exhibit 32,* los estimados de la línea base de fondos federales; y el *Exhibit 36*, los gastos proyectados de Medicaid y CHIP. Los tres se expresan sobre la base del año fiscal de Puerto Rico. Cuando este informe presenta una cifra que aparece en esos *exhibits*, la cifra es de la Junta. Cuando presenta una cifra derivada de ellos, como la participación local en el costo del programa, esa derivación se describe a continuación. El Plan Fiscal no publica una participación local de Medicaid.

Línea base de financiamiento. Para FY2027, el *Exhibit 36* indica un gasto total del programa de $5,214 millones y el *Exhibit 32* indica fondos federales de $3,768 millones. La diferencia, $1,446 millones o aproximadamente el 28%, es la participación local financiada a través del Fondo General y del Fondo de Ingresos Especiales. Ambos *exhibits* excluyen los mismos gastos del Departamento de Salud que cubren el pareo federal de los Centros de Salud Federalmente Calificados y las operaciones del programa Medicaid, lo que hace válida la resta. El Porcentaje Federal de Asistencia Médica de 76% se deriva de la Sección 5101 de la *Consolidated Appropriations Act*, 2023; la tasa de 55% que aplica al vencimiento está establecida por la Sección 1905(b) de la Ley de Seguro Social, y el tope anual, por la Sección 1108(g).

Los fondos federales de Medicaid para Puerto Rico se informan en dos calendarios y con dos alcances, y las cifras que parecen contradecirse a menudo no lo hacen. La Sección 1108(g) de la Ley de Seguro Social establece una asignación estatutaria de $3,825 millones para el año fiscal federal 2027. La *Consolidated Appropriations Act*, 2023 añadió $300 millones condicionados a un mínimo de pago a médicos y $75 millones condicionados a requisitos de integridad del programa y de compras, ninguno de los cuales se cuenta contra el tope, para una aportación federal potencial total de $4,200 millones sobre la base del año fiscal federal. Este informe utiliza, en cambio, las proyecciones del Plan Fiscal sobre la base del año fiscal de Puerto Rico. Sobre esa base, el *Exhibit* 32 informa fondos federales totales de $3,768 millones para FY2027, que comprenden $3,557 millones en fondos de Medicaid con tope, $125 millones en CHIP y $85 millones en el *Enhanced Allotment Program*. El año fiscal de Puerto Rico comienza el 1 de julio y el año fiscal federal comienza el 1 de octubre, por lo que ambos conjuntos no son directamente comparables. Salvo que se indique lo contrario, las cifras de este informe corresponden al año fiscal de Puerto Rico.

Alcance de la reducción. No todos los fondos federales de Medicaid están sujetos al tope. CHIP y el *Enhanced Allotment Plan* están autorizados por separado y no están sujetos al tope de la Sección 1108(g); ambos continúan después del 30 de septiembre de 2027, aunque con participaciones federales reducidas una vez vence la tasa de pareo aumentada. En conjunto, representan $210 millones del total federal de FY2027 —$125 millones en CHIP y $85 millones en el EAP— y disminuyen a $190 millones en FY2028. Lo que el precipicio elimina es la asignación de Medicaid con tope, que el Exhibit 32 informa en $3,557 millones en FY2027 y $1,246 millones en FY2028.

Momento. El perfil en dos etapas de la Tabla 3 se deriva del desfase entre dos calendarios fiscales y no de ningún supuesto adoptado aquí. El año fiscal de Puerto Rico comienza el 1 de julio, mientras que el financiamiento federal aumentado vence al cierre del año fiscal federal, el 30 de septiembre de 2027. Por lo tanto, el FY2028 de Puerto Rico contiene un trimestre financiado al nivel aumentado y tres al nivel con tope. Aplicar esas ponderaciones a las cifras de Medicaid con tope del *Exhibit 32* implica una tasa anual posterior al vencimiento de aproximadamente $476 millones, consistente con los cerca de $500 millones que la *Congressional Budget Office* estimó para la reversión en su estimado de la Sección 5101.

Proyección más allá del Plan Fiscal. El Exhibit 36 termina en FY2028. Las cifras de FY2029 en adelante de la Tabla 3 se extienden más allá del marco temporal de la Junta. El costo total del programa se proyecta a partir del valor del *exhibit* de FY2028 utilizando el índice de inflación de servicios de salud de Puerto Rico para Medicaid y Medicare, que según el Plan Fiscal promedió 5.7% de FY2020 a FY2023 y se proyecta en 4.8% para FY2053. Los fondos federales siguen el estimado de la *Congressional Budget Office*. La participación local y la carga adicional se calculan a partir de esas dos cifras.

Desviación estructural entre el tope y el costo del programa. La asignación federal crece según el componente de cuidado médico del Índice de Precios al Consumidor para Todos los Consumidores Urbanos, conforme a la Sección 1108(g)(2)(A)(i), que ha promediado menos de 3% al año. El propio índice de inflación de servicios de salud de Puerto Rico es sustancialmente más alto. El Plan Fiscal expone la consecuencia de forma directa: la medida del Índice de Precios al Consumidor incluye factores que la reducen en aproximadamente 1 a 3 puntos porcentuales, por lo que el tope de los fondos federales no se mantendrá a la par de los aumentos reales en los gastos. Esta comparación

muestra que la brecha entre el costo del programa y el apoyo federal con tope se amplía independientemente del vencimiento de FY2028.

Costo ilustrativo del nacimiento prematuro. Para mostrar cómo un cambio en el acceso se convierte en un costo medible, se aplican costos unitarios publicados a los totales de nacimientos de Puerto Rico. El total anual de nacimientos se deriva de las propias cifras de cubierta del informe: el Plan Vital financió 11,855 nacimientos en 2024, lo que representa el 65.8% de todos los nacimientos, lo que implica aproximadamente 18,000 nacimientos en total. La tasa de nacimientos prematuros de Puerto Rico de 12.2% resulta en aproximadamente 2,200 nacimientos prematuros al año. Los costos médicos del primer año de $49,140 para un infante prematuro y de $13,024 para un infante nacido a término, de Waitzman, Jalali y Grosse (2021), resultan en un exceso de aproximadamente $36,100 por nacimiento prematuro y de aproximadamente $79 millones al año, de los cuales aproximadamente $52 millones recaen en Medicaid. Sobre la misma base, cada punto porcentual adicional de nacimientos prematuros añade aproximadamente $6.5 millones, y cerrar la brecha hasta la meta de 9.4% de *Healthy People 2030* evitaría aproximadamente $18 millones al año.

Estas cifras son ilustrativas y no predictivas. Cuantifican el costo de la prematuridad a las tasas actuales; no estiman cuánto aumentaría la prematuridad ante una reducción determinada del acceso prenatal. La asociación documentada entre las reducciones en el financiamiento de Medicaid y los resultados de salud materna se trata como evidencia de la literatura, no como una relación modelada.

Lo que el análisis no hace. No modela la respuesta de política pública de Puerto Rico y, por lo tanto, no proyecta cambios en la elegibilidad, los beneficios, las tarifas de reembolso ni la participación de los proveedores. No estima el número de personas que perderían su cubierta, ni modela resultados de salud bajo ningún escenario. Cuando el informe describe cómo una reducción de financiamiento se mueve a través de ASES y de las organizaciones de cuidado coordinado hasta el punto de servicio, esa descripción traza una estructura de pagos existente; no es una asignación cuantitativa de la reducción entre servicios o proveedores.

Limitaciones

El componente cualitativo no pretende ser representativo de todas las familias, profesionales de la salud, organizaciones o regiones de Puerto Rico, ni se utiliza para estimar prevalencias o establecer relaciones causales. Más bien, las experiencias y perspectivas de las personas participantes aportan evidencia contextual que complementa el análisis documental, de política pública y de los datos cuantitativos. Las personas participantes fueron reclutadas en las regiones sur y oeste de Puerto Rico. Dado que las condiciones que afectan el acceso a los servicios de salud materna varían entre las distintas regiones de la isla, las experiencias descritas en este informe podrían no reflejar las del área metropolitana de San Juan ni las de otras regiones.

Las proyecciones de financiamiento posteriores a FY2028 se extienden más allá del horizonte cubierto por el Plan Fiscal. El *Exhibit 36* culmina en FY2028; por lo tanto, las cifras correspondientes a FY2029 y años posteriores que se presentan en la Tabla 3 fueron calculadas para este informe. Estas proyecciones se estimaron a partir del costo total del programa, ajustado según el índice de inflación de los servicios de salud de Puerto Rico para Medicaid y Medicare, y del estimado de la *Congressional Budget Office* para el retorno a la asignación sujeta al tope. Se trata de proyecciones realizadas conforme a la ley vigente y no de estimados elaborados por la Junta, por lo que son sensibles a los supuestos utilizados, particularmente a la tasa de crecimiento proyectada. Estos escenarios tienen como propósito ilustrar las posibles condiciones fiscales bajo la ley vigente y no predecir cómo respondería el Gobierno de Puerto Rico ante cambios en el financiamiento federal de Medicaid.

El estimado del costo asociado a los nacimientos prematuros es ilustrativo. Para su cálculo, se aplicaron los costos médicos nacionales del primer año de vida en los Estados Unidos, expresados en dólares de 2016, al número de nacimientos registrados en Puerto Rico en 2024. Este estimado incluye únicamente los costos médicos del primer año y excluye otros costos, como los relacionados con educación especial, servicios a largo plazo y pérdida de productividad, que pueden ser considerablemente mayores. Por consiguiente, cuantifica el costo de la prematuridad bajo las tasas actuales, pero no estima

cuánto podría aumentar ante una reducción determinada en el acceso al cuidado prenatal.

Los indicadores de salud provienen de fuentes que miden condiciones similares mediante metodologías distintas, y las notas de las Tablas 1 y 2 identifican estas diferencias. La prevalencia basada en certificados de nacimiento y la informada mediante encuestas no son directamente comparables, y la prevalencia autoinformada suele ser mayor. Puerto Rico también se reporta por separado de los cincuenta estados en varios sistemas federales de datos, incluidos los archivos de natalidad del *National Center for Health Statistics*, y no se incluye en otros. Cuando no estuvo disponible una cifra nacional comparable calculada sobre la misma base, se optó por no presentar una estimación nacional en lugar de comparar medidas no equivalentes.

Las cifras de matrícula reflejan un momento específico y pueden cambiar a medida que continúan las redeterminaciones de elegibilidad. Las proporciones de cubierta utilizan el estimado de población de la *American Community Survey* identificado en las notas. El uso de otras series de población podría producir proporciones ligeramente distintas.

Por último, este análisis refleja el marco legal federal y de Puerto Rico y las proyecciones fiscales publicadas hasta septiembre de 2026. Una acción congresional relacionada con el FMAP aumentado o con la Sección 1108(g), la emisión de guías adicionales para implementar la *One Big Beautiful Bill Act* o la certificación de un Plan Fiscal posterior podrían modificar las cifras de financiamiento presentadas en este informe.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Aviso Legal

Este informe fue desarrollado por Grupo Nexos, Inc. con fines de investigación, educación y análisis de política pública. Resume la evidencia disponible sobre el financiamiento de Medicaid y la salud materna e infantil en Puerto Rico, e identifica opciones de política pública, programáticas y de práctica derivadas de dicho análisis. Nada de lo contenido en este informe debe interpretarse como cabildeo, un llamado a la acción legislativa, un endoso o una oposición a legislación específica, ni como una solicitud para que un funcionario público o una entidad gubernamental adopte una acción legislativa en particular. Las referencias a entidades gubernamentales federales o de Puerto Rico se incluyen exclusivamente para describir sus respectivas funciones, facultades y responsabilidades dentro del sistema de financiamiento de Medicaid y de prestación de servicios de salud.