

Quiebras hospitalarias y la urgencia de un ecosistema de salud libre de la discriminación del Congreso

8 de septiembre de 2025

Por: Francisco Rodríguez-Castro, Presidente & CEO

La lenta y penosa muerte del Hospital del Maestro

A finales de agosto de 2025, el Departamento de Salud ordenó el cierre inmediato del **Hospital del Maestro**, una institución sanjuanera que había servido a las familias puertorriqueñas por más de seis décadas. Con licencia original para 255 camas, en sus últimos días solo quedaba una fracción operativa. A la semana de haberse acogido a la quiebra, se le suspendió la licencia, y otro pilar del sistema de salud de Puerto Rico colapsó — no solo por mala administración, sino también por fuerzas mucho más grandes y sistémicas.

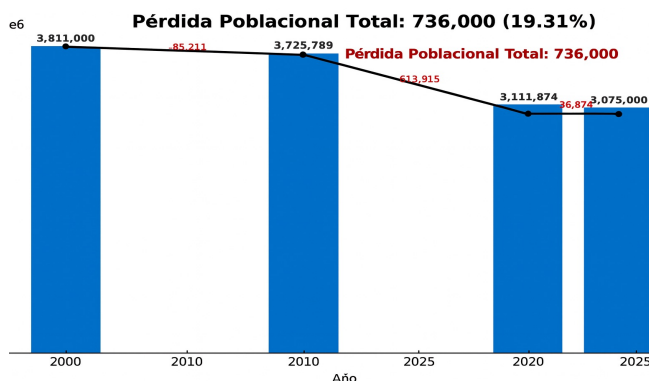
El deterioro había comenzado mucho antes. El primer golpe duro ocurrió en 2010, cuando colapsó **Westernbank**, uno de los principales acreedores del Hospital del Maestro. Esa quiebra dejó al hospital con acceso limitado a crédito, obligándolo a una posición financiera frágil de la cual nunca se recuperó del todo. En los años siguientes, especialmente entre 2015 y 2019, los costos operacionales aumentaron mientras que el volumen de pacientes disminuía. En las últimas dos décadas, Puerto Rico ha perdido más de **736,000 residentes —casi una cuarta parte de su población—** debido a la emigración. Entre ellos estaban familias jóvenes, médicos y enfermeras. Lo que quedó fue una población mayor, más pobre, y más dependiente de Medicare y Medicaid, un cambio demográfico que significó mayores costos, pero menores ingresos.

Para sobrevivir, el Hospital del Maestro se vio obligado a tomar muchas decisiones financieras no para modernizarse, sino simplemente para poder pagar nómina, suplidores y mantener las luces encendidas.

Algunas de las decisiones de la gerencia agravaron estas debilidades estructurales. En lugar de atraer talento ejecutivo de primer nivel o liderazgo innovador, la Junta de Directores del hospital se recostó de personas internas y de un círculo de asesores. Ese insularismo limitó nuevas ideas y dejó al hospital sin la pericia necesaria para enfrentar las crecientes presiones financieras y demográficas.



Puerto Rico Pérdida Poblacional 2000-2024



Entonces llegó el **COVID-19**. En 2020 y 2021, mientras el gobierno instaba a los residentes a evitar los hospitales salvo en emergencias que amenazarán la vida, la ocupación cayó al 30%. Los ingresos se evaporaron y el hospital tuvo que cerrar alas completas. El ICU fue clausurado, la pediatría desapareció y los quirófanos quedaron apagados. Aunque tenía licencia para 255 camas, apenas funcionaba con menos de 100. Siguió despidos, se deterioró la moral y los pacientes se fueron a otras instituciones.

Para 2023, la contracción era innegable. El Hospital del Maestro era solo una sombra de lo que había sido. En toda la isla, otros seis hospitales ya se habían acogido a la quiebra y uno adicional se vendió. Los reguladores y acreedores comenzaron a observarlo más de cerca, y los rumores crecieron diciendo que no era cuestión de **si** colapsaría, sino de **cuándo**.

El capítulo final llegó en agosto de 2025. El día 25, el Hospital del Maestro se declaró en quiebra bajo el **Capítulo 11**, reportando \$13.4 millones en activos contra \$39.7 millones en pasivos. Para entonces, solo quedaban en uso 18 camas. Cuatro días después, el Departamento de Salud de Puerto Rico ordenó su cierre inmediato, citando preocupaciones de seguridad para los pacientes.

La caída del Hospital del Maestro no fue una tragedia aislada. Formó parte de un patrón más amplio de quiebras, consolidaciones y cierres que están transformando el sistema de salud de Puerto Rico. Ante un severo discrimen federal en la asignación de fondos de salud, reducción demográfica, deudas insostenibles y gobernanza débil se combinaron para erosionar instituciones que alguna vez fueron anclas de sus comunidades.

Y, aun así, su muerte no era inevitable. El Hospital del Maestro pudo haber buscado manejo externo con un grupo de salud más sólido, trayendo nueva pericia y disciplina. Pudo haberse vendido a tiempo, asegurando continuidad de servicios bajo un operador más resiliente. También pudo haberse aliado con una institución académica de Estados Unidos, atrayendo residentes, programas de investigación e inversión a largo plazo en sus pasillos. Incluso, una reestructuración temprana pudo haberle dado oxígeno. Ninguna de estas rutas se tomó.

La Pandemia: Parte Tres de la Tormenta Perfecta

Las siete quiebras hospitalarias y las demás ventas no son hechos aislados, sino emblemas de grietas más profundas en todo el sistema de salud de Puerto Rico. Lo que ocurrió dentro de sus paredes — capacidad reducida, deuda creciente y oportunidades perdidas— no fue exclusivo. La pandemia expuso esas mismas vulnerabilidades a escala sistémica, convirtiendo luchas localizadas en emergencias de toda la isla.

Cuando el **COVID-19** golpeó en 2020, el frágil sistema de salud de Puerto Rico enfrentó su prueba más dura. El gobierno urgió a los residentes a evitar los hospitales salvo en casos de emergencias que amenazarán la vida. La población obedeció y los ingresos colapsaron al caer la ocupación a niveles récord.

Para Puerto Rico, la pandemia no fue una crisis aislada —fue la tercera parte de una **tormenta perfecta**, tras décadas de subfinanciamiento federal y la devastación del **huracán María**. Las presiones combinadas resultaron abrumadoras. Entre marzo de 2020 y diciembre de 2021, los hospitales de Puerto Rico perdieron alrededor de **\$1,085 millones**. El alivio federal bajo la **Ley CARES** aportó apenas \$300 millones, dejando un **hueco de \$785 millones** que muchas instituciones no pudieron llenar. El servicio de la deuda, ya de por sí un peso enorme, se convirtió en un lazo que asfixiaba las finanzas hospitalarias.

La pandemia no creó la crisis de salud en Puerto Rico —pero sí la expuso y la aceleró. Lo que comenzó como una emergencia de salud pública se convirtió en un contagio financiero, acelerando el colapso

de un sistema sobre endeudado, subfinanciado y sobrecargado. Para las instituciones más débiles, fue el acelerante final. Para el sistema en su conjunto, sigue siendo una advertencia: sin intervención; más cierres vendrán.

La larga sombra de la discriminación

Estas quiebras no son simples accidentes de mala administración; son el resultado inevitable de cómo **Washington financia a Puerto Rico**. En los Estados Unidos continentales, el gasto en salud promedia **\$13,000 por persona al año**. En Puerto Rico, apenas **\$4,000**. Esa brecha del 69% representa casi **\$29,800 millones en fondos perdidos cada año**, o cerca de \$300,000 millones en la última década solamente.

La discriminación del Congreso en el financiamiento de salud hacia Puerto Rico proviene de un largo historial de trato desigual en los programas de **Medicare y Medicaid**. A pesar de que los puertorriqueños contribuyen plenamente a los mismos programas que los residentes de los 50 estados, reciben menos del 69% de los beneficios que sus aportaciones deberían garantizar. Esto no es una anomalía técnica —es uno de los ejemplos más claros de desigualdad sistémica incrustado en la ley federal.

El resultado ha sido el estancamiento de la economía de salud en Puerto Rico, limitando la inversión, el acceso y la sostenibilidad en comparación con el resto de Estados Unidos.

La paradoja de los resultados

Comiendo lechón asado, alcapurrias, mofongo, tomando cerveza o ron y aun así, los puertorriqueños han logrado vivir más. En 1995, la esperanza de vida era de **74.26 años**. Para 2023, subió a **80.69 años**, mientras que la expectativa de vida en Estados Unidos bajó a **76.40 años**. Hoy, los puertorriqueños viven **4.29 años más** que sus contrapartes en los estados.

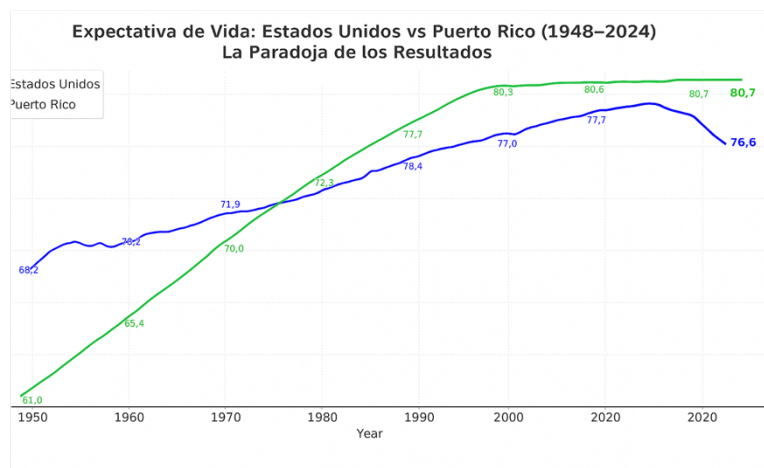
Gran parte de este progreso se debe a **Plan Vital**, el programa de seguro del gobierno de la isla, que ahora cubre a **1.5 millones de residentes** — casi la mitad de la población. Combinado con Medicare Advantage y los seguros privados de patrono, Puerto Rico ahora cuenta con un **92% de su población asegurada**, uno de los niveles de cobertura más altos de la nación.

Pero tener seguro no significa tener acceso. Los pacientes esperan entre **cinco a siete horas** por una cita rutinaria. Las mujeres embarazadas luchan por conseguir obstetras, llegando a esperar hasta seis meses por atención. Enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión suelen quedar sin tratamiento hasta volverse críticas, lo que explica por qué un **2-3% de los pacientes consumen el 80% del presupuesto médico**.



Expectativa de Vida

Estados Unidos vs Puerto Rico 1948-2024



Esa es la larga sombra de la discriminación: décadas de subfinanciamiento, agravados por el declive demográfico y el sobre endeudamiento, han dejado el sistema de salud de Puerto Rico frágil y al borde del colapso sistémico.

Contracción bancaria y el acceso al crédito

Más recientemente, bajo la administración de **Trump** y su plan “*One Big Beautiful Bill*”, se proyectan recortes a **Medicaid** de más de **\$1 trillón en la próxima década**. La elegibilidad ha quedado sujeta a requisitos de trabajo, redeterminaciones cada seis meses y nuevos cargos por servicios, cambios que afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables de Puerto Rico. Al mismo tiempo, el índice de referencia de **Medicare Advantage** en la isla caerá a solo **59% del promedio estadounidense para 2026** —un 41% por debajo de la paridad. En la práctica, esto significa que los residentes de la isla recibirán menos de \$4,000 per cápita, frente a los \$13,000 per cápita en los estados.

En los últimos quince años, el panorama financiero de Puerto Rico se ha transformado por una ola de quiebras y salidas de instituciones. En 2010, los colapsos de **Westernbank**, **R-G Premier Bank** y **Eurobank** evaporaron cerca de **\$20,000 millones en activos** del sistema. Cinco años más tarde, en 2015, **Doral Bank**, que fue el tercer mayor prestamista hipotecario de Puerto Rico con más de \$9,000 millones en activos, también fracasó, reduciendo aún más la capacidad crediticia local.

Al mismo tiempo, Puerto Rico vio la salida de bancos internacionales de peso, como **Santander**, **BBVA** y **Scotiabank**, todos los cuales vendieron sus operaciones a bancos locales. Estas salidas marcaron el fin de una presencia bancaria global en la isla y redujeron la competencia en los mercados de préstamos.

Hoy día, tenemos cuatro bancos comerciales: **Banco Popular**, **FirstBank**, **Oriental Bank** y **Banesco**. La volatilidad del sector de salud, la disminución poblacional, el alto apalancamiento, el subfinanciamiento crónico y los reembolsos federales discriminatorios hacen que cualquier prestamista sea extremadamente cauteloso. Para los hospitales, las evaluaciones de crédito son estrictas, las cláusulas contractuales restrictivas y el apetito de riesgo se ha estrechado considerablemente.

En este vacío han entrado prestamistas alternativos como **Sygnus Puerto Rico**, **Parliament Capital** y **CEFI**, ofreciendo crédito estructurado y préstamos respaldados por activos. Aunque estas firmas han provisto liquidez crucial, sus recursos son limitados y el capital que aportan tiene un costo más alto.

Esta dependencia de financiamiento de nicho resalta la ausencia de un mercado crediticio amplio y sostenible para la salud en Puerto Rico. A diferencia de los hospitales en los estados, que pueden recurrir a los mercados de bonos municipales, facilidades de crédito de bajo costo y programas de apoyo federal, los proveedores puertorriqueños dependen de remedios caros y de corto plazo. Esta realidad refuerza la urgencia de crear mecanismos sistémicos de apoyo como **NEW-HOPE**, diseñado para proveer capital de bajo costo y largo plazo, y restaurar la estabilidad del ecosistema de salud.

Un ajuste de cuentas con el riesgo sistémico

Los hospitales en Puerto Rico son de los mayores empleadores en sus comunidades, centros de adiestramiento para nuevos médicos y enfermeras, y anclas económicas. Su colapso se extiende hacia afuera: empleos perdidos, confianza perdida, acceso a la salud perdido.

La comparación con la **crisis financiera del 2008** es evidente. Entonces, los bancos en Estados Unidos enfrentaban un colapso sistémico. El Congreso respondió con el **Troubled Asset Relief Program (TARP)**, inyectando capital para estabilizar las instituciones. Los bancos de Puerto Rico recibieron **\$1,300 millones**, todos los cuales fueron repagados con intereses, dejando una ganancia considerable al Tesoro de Estados Unidos. Hoy, los hospitales de Puerto Rico enfrentan una crisis de igual o mayor magnitud.

El concepto para crear NEW-HOPE

El colapso del **Hospital del Maestro**, junto con las quiebras de **San Jorge Children's Hospital** y **HIMA-San Pablo**, expone una dolorosa realidad: el sistema de salud de Puerto Rico enfrenta un evento de riesgo sistémico sin una red de seguridad.

A diferencia del sector bancario en 2008, que recibió estabilización federal a través de TARP, los hospitales hoy están a su suerte. Para evitar más colapsos, se propone la creación del **National Wellness Hospital Lending Program (NEW-HOPE)**.

NEW-HOPE funcionaría como una facilidad dedicada de estabilización y financiamiento para los hospitales de Puerto Rico, modelada según las intervenciones del Tesoro de EE. UU. durante la crisis financiera. Con una capitalización inicial de **\$1,500 millones**, NEW-HOPE proveería:

- **Préstamos de bajo costo y garantías de crédito** para mantener a los hospitales operando y evitar cierres.
- **Herramientas de financiamiento estructurado** para ayudar a reestructurar deudas y fortalecer los balances.
- **Apoyo de inversión dirigido** para mejoras críticas, modernización y expansión de servicios.

Para anclar a NEW-HOPE localmente, lo ideal sería dotar al **Banco de Desarrollo Económico (BDE) de Puerto Rico** con **\$1,500 millones** en capital para servir como vehículo de financiamiento del programa. Con esa dotación, el BDE podría canalizar recursos directamente al sistema de salud, aprovechando su misión pública y supervisión local para asegurar que los fondos se usen de forma transparente y efectiva.

La lógica es sencilla: cuando los bancos de Wall Street enfrentaron crisis, Washington creó TARP porque el sistema financiero era "demasiado interconectado para dejarlo fracasar". Hoy, los hospitales de Puerto Rico son **demasiado esenciales para abandonarlos**. NEW-HOPE les daría las herramientas financieras para resistir las presiones actuales, invertir en su futuro y preservar el acceso a la salud de los 3.1 millones de ciudadanos estadounidenses en la isla.

Crear NEW-HOPE no se trata solo de estabilizar instituciones; se trata de afirmar que las vidas de Puerto Rico valen lo mismo que las del resto de Estados Unidos. Con este programa, Puerto Rico tendría la oportunidad de construir resiliencia, restaurar confianza y salvaguardar su sistema de salud.

El costo humano

Estas desigualdades no son abstractas —se viven todos los días. Madres que esperan meses por cuidado prenatal. Pacientes de edad avanzada que soportan interminables horas en clínicas abarrotadas. Especialistas escasos, lo que obliga a familias a viajar al continente para recibir tratamiento. Doctores que emigran, atraídos por salarios y sistemas de apoyo inexistentes en la isla.

Cada año, los hospitales de Puerto Rico dejan de recibir **\$9,860 millones en fondos**, y los médicos y proveedores pierden otros **\$7,770 millones**. Este déficit estructural corroe al sistema. Es la razón por la que se recortan servicios, por la que se cierran unidades y por la que se deteriora la moral. La salud no es solo una partida presupuestaria —es un derecho humano. Y Puerto Rico es prueba viviente de lo que ocurre cuando ese derecho es negado.

Trazando una ruta estratégica

La crisis es innegable. La pregunta es si los responsables de política pública van a actuar.

1. **Poner fin a la discriminación congresional:** Alinear las fórmulas de financiamiento de Puerto Rico con las de los estados. Restaurar el déficit anual de \$29,900 millones. Si el Congreso se niega, podría ser necesario litigar.
2. **National Wellness Hospital Lending Program (NEW-HOPE):** Modelado en TARP, NEW-HOPE crearía una facilidad de \$1,500 millones, usando fondos de reconstrucción y coordinación con el Tesoro de EE. UU. Proveería préstamos, garantías e inyecciones de capital para estabilizar operaciones, evitar quiebras y expandir capacidad.
3. **Healthcare Investment Program (HIP):** HIP permitiría a los hospitales emitir deuda senior o *warrants* hacia la autoridad fiscal de Puerto Rico, apalancando entre \$300–500 millones de capital inicial. Esto daría a los hospitales acceso a financiamiento flexible mientras el gobierno obtiene participación en la recuperación.
4. **Invertir en prevención y cuidado holístico:** Redirigir recursos hacia la prevención, educación y manejo de enfermedades crónicas. Romper el ciclo del tratamiento en etapas tardías es la única forma de reducir costos a largo plazo.
5. **Fortalecer la retención de la fuerza laboral:** Ofrecer salarios competitivos, condonación de préstamos y mejoras en infraestructura para retener médicos y enfermeras. Sin una fuerza laboral estable, ninguna reforma tendrá éxito.
6. **Modernizar con investigación e innovación:** Invertir en hospitales, clínicas, salud digital e investigación médica para construir resiliencia y prepararse para la próxima crisis.

El sistema de salud de Puerto Rico está en una encrucijada: un camino lleva a mayor deterioro, el otro hacia resiliencia y equidad. La hoja de ruta aquí delineada no es teoría, sino necesidad —pasos concretos que, si se toman juntos, pueden estabilizar hospitales, proteger pacientes y restaurar la confianza en el sistema. **El momento de actuar es ahora**, antes de que otra institución caiga y el costo de la inacción sea irreversible.

La última palabra: Un imperativo moral

La desigualdad en el sistema de salud de Puerto Rico no es un tecnicismo fiscal; es una condena moral. Durante la última década, \$300,000 millones en fondos perdidos por la discriminación del Congreso han debilitado hospitales, obligado a médicos a emigrar y puesto en jaque la vida de millones de ciudadanos estadounidenses en la isla.

Ese discrimen no es abstracto: se traduce en mujeres que esperan meses por una cita ginecológica, en pacientes de cáncer que no encuentran tratamiento a tiempo, en adultos mayores que pasan horas en pasillos de emergencias abarrotadas. Es la desigualdad hecha carne, y la pagamos con vidas.

Cada quiebra hospitalaria es la evidencia brutal de un sistema que el Congreso mantiene atado a la inequidad. No se trata de balances contables, se trata de un pueblo al que se le niega el derecho básico a la salud en igualdad de condiciones.

La pregunta ya no es si el sistema colapsará, sino, cuántas vidas se perderán antes de que se reconozca que Puerto Rico merece lo mismo que cualquier estado. La Gobernadora y el Comisionado Residente tienen hoy la responsabilidad histórica de romper este ciclo. Presionar al Congreso, implantar NEW-HOPE

e HIP, e invertir en prevención y en nuestra fuerza laboral de salud que no son opciones; son decisiones impostergables.

Porque al final, la urgencia de un ecosistema de salud libre de la discriminación del Congreso no es solo un plan estratégico. Es el imperativo moral de nuestra generación.



Como dijo tantas veces **Nelson Mandela:**

“Mientras la pobreza, la injusticia y la desigualdad grosera persistan en nuestro mundo, ninguno de nosotros podrá descansar verdaderamente”.



Francisco Rodríguez-Castro, President & CEO • frc@birlingcapital.com
PO Box 10817 San Juan, PR 00922 • 787.247.2500 • 787.645.8430

Disruptalidades© es una publicación preparada por Birling Capital LLC y es un resumen de ciertos acontecimientos geopolíticos, económicos, de mercado y de otro tipo que pueden ser de interés para los clientes de Birling Capital LLC. Este informe está destinado únicamente a fines de información general, no es un resumen completo de los asuntos a los que se hace referencia y no representa asesoramiento de inversión, jurídico, normativo o fiscal. Se advierte a los destinatarios de este informe que soliciten asesoramiento profesional adecuado en relación con cualquiera de los asuntos tratados en el mismo, teniendo en cuenta la propia situación de los destinatarios. Birling Capital no se compromete a mantener informados a los destinatarios de este informe sobre futuros desarrollos o cambios en cualquiera de los asuntos tratados en el mismo. Birling Capital. El símbolo del hombre y el tronco y Birling Capital son marcas registradas de Birling Capital. Todos los derechos reservados.