

Cómo los certificados de necesidad y conveniencia limitan la inversión y el acceso a los servicios de salud en Puerto Rico

Ángel Carrión-Tavárez
Jaimie Cavanaugh

Citación sugerida:

Carrión-Tavárez, Á., & Cavanaugh, J. (2026, agosto). *Cómo los certificados de necesidad y conveniencia limitan la inversión y el acceso a los servicios de salud en Puerto Rico*. Instituto de Libertad Económica; Pacific Legal Foundation. <https://doi.org/10.53095/13584022>

Tabla de contenido

1.	Introducción	5
2.	Revisión de la literatura	5
2.1.	Hospitales, capacidad y utilización	6
2.2.	Calidad del cuidado de salud	6
2.3.	Estructura del mercado, competencia y precios	6
2.4.	Evidencia empírica reciente sobre los CON aplicados a servicios específicos	6
3.	Legislación y reglamentación de los CNC en Puerto Rico	7
3.1.	Solicitudes de CNC	8
3.2.	Características administrativas y geográficas que aumentan las cargas de los CNC	12
3.3.	Limitaciones estructurales del sistema de salud de Puerto Rico	13
3.4.	Dificultades financieras en el sector hospitalario de Puerto Rico y sus implicaciones	16
3.5.	Intentos de reforma y procesos judiciales	17
4.	Reformas de los CON en Estados Unidos	19
4.1.	Tendencias de reforma y actividad legislativa	19
4.2.	Evidencia sobre los resultados de la derogación o la reducción de la rigurosidad regulatoria	20
4.3.	Por qué los efectos difieren entre jurisdicciones	21
5.	Recomendaciones para reformar el régimen de CNC en Puerto Rico	22
5.1.	Recomendación 1. Favorecer la derogación con mecanismos alternativos específicos para intereses estatales legítimos	22
5.2.	Recomendación 2. Adoptar un modelo limitado de CNC con exenciones claras	22
5.3.	Recomendación 3. Seleccionar una ruta de implementación: derogación total o reforma escalonada	23
5.4.	Aumentar la transparencia e información pública	25
6.	Conclusión	25
7.	Agradecimientos	26
8.	Referencias	26
9.	Acerca de los autores	29



1. Introducción

Las leyes de certificados de necesidad (CON, por sus siglas en inglés) son regímenes regulatorios estatales o territoriales, que condicionan la entrada o expansión de determinadas facilidades y servicios de salud a la aprobación previa de una agencia gubernamental. En las jurisdicciones que mantienen programas de CON, los proveedores generalmente deben demostrar la «necesidad» comunitaria de los proyectos propuestos —por ejemplo, nuevas camas hospitalarias, equipos avanzados de diagnóstico por imágenes o ciertas líneas de servicios— antes de que la adquisición, construcción o expansión correspondiente pueda llevarse a cabo y los servicios estén disponibles para los pacientes. Sus defensores argumentan que los CON pueden reducir la duplicación de capacidad, apoyar instituciones de la red de seguridad financieramente frágiles y permitir una planificación más deliberada del sistema de salud; sus críticos sostienen que los CON pueden actuar como barreras anticompetitivas a la entrada, reduciendo la oferta, limitando el acceso y potencialmente aumentando los precios (Mitchell, 2024a; Stratmann, 2022).

Este informe examina las políticas de CON en Puerto Rico y en Estados Unidos, con énfasis en las disyuntivas de política pública que surgen de la investigación empírica y del contexto particular de financiamiento de la salud en Puerto Rico. El sistema de salud de la Isla enfrenta limitaciones estructurales que difieren de las de los estados de Estados Unidos, incluidas diferencias en el diseño y financiamiento de programas federales que afectan la cobertura, la participación de proveedores y la disponibilidad de servicios (Portela & Sommers, 2015; Rivera-González et al., 2022). Estas limitaciones pueden influir en la forma en que la regulación de entrada interactúa con el acceso, la calidad y la estructura del mercado en la Isla, particularmente en servicios como los de salud en el hogar y cuidado postagudo, donde la disponibilidad y la calidad ya pueden diferir de las observadas en los estados (Dixit & Rivera-Hernandez, 2022).

El estudio tiene dos objetivos. Primero, sintetizar la literatura académica y de política pública sobre los

efectos de las leyes de CON en resultados como los precios, la utilización, la calidad y las dinámicas del mercado, destacando áreas de consenso y desacuerdos persistentes (Courtemanche & Garuccio, 2025; Stratmann, 2022). Segundo, situar estos hallazgos en el contexto de política pública de Puerto Rico, identificando cuestiones especialmente relevantes para quienes toman decisiones en la Isla: (a) qué tipos de revisión de CON (por ejemplo, camas, diagnóstico por imágenes, cirugía ambulatoria y servicios de cuidado extendido) tienen mayor probabilidad de generar beneficios netos; (b) cómo diseñar criterios y plazos de revisión para evitar retrasos innecesarios; y (c) cómo coordinar la regulación de CON, con reformas más amplias en el financiamiento de Medicare y Medicaid y en los pagos a proveedores.

2. Revisión de la literatura

Un amplio cuerpo de literatura académica ha evaluado críticamente las leyes de CON, incluidos más de 128 estudios que reportan sobre 450 análisis empíricos. Considerada en conjunto, esta evidencia respalda la conclusión de que las leyes de CON no han alcanzado los objetivos de política pública que persiguen; por el contrario, la literatura comúnmente encuentra que los regímenes de CON están asociados con un mayor gasto en servicios de salud, un menor acceso a los servicios y efectos mixtos o adversos sobre la calidad, además de no mejorar consistentemente el acceso para poblaciones subatendidas (Mitchell, 2024a, 2024b). Una crítica recurrente es que las leyes de CON operan principalmente como barreras proteccionistas que resguardan a los proveedores establecidos de la competencia, a menudo en detrimento de los pacientes y de potenciales nuevos participantes en el mercado (Mitchell, 2024a, 2024b). En la práctica, estas políticas requieren que las facilidades nuevas o en expansión demuestren la «necesidad» ante los reguladores y, con frecuencia, proveen mecanismos para que entidades establecidas impugnen o retrasen proyectos propuestos.

Un hallazgo recurrente en las jurisdicciones que tienen CON es que el proceso de solicitud puede perjudicar a nuevos participantes y proveedores

más pequeños, que con frecuencia carecen de los recursos necesarios para navegar procedimientos administrativos complejos o responder eficazmente a las impugnaciones presentadas por competidores establecidos. Esta preocupación se refleja en (a) la literatura contemporánea sobre los CON, que abarca diversas tradiciones metodológicas, incluidos análisis entre estados que aprovechan variaciones en el alcance y la rigurosidad de los CON; (b) diseños cuasiexperimentales que examinan cambios específicos de política pública; y (c) estudios sectoriales centrados en hospitales y servicios de diagnóstico por imágenes y cuidado extendido. Las revisiones de esta literatura empírica caracterizan la evidencia como mixta a negativa y dependiente del contexto, con resultados que varían según la medida utilizada, la categoría de servicio y los detalles de implementación (Mitchell, 2024a, 2024b).

2.1. Hospitales, capacidad y utilización

Una cuestión empírica central es si los CON restringen de manera significativa el crecimiento de la capacidad hospitalaria y cómo cualquier efecto sobre la capacidad se traduce en utilización. Los estudios sobre mercados hospitalarios examinan habitualmente indicadores como camas por habitante, admisiones y volumen de procedimientos, en ocasiones diferenciando por tipo de propiedad o entre mercados urbanos y rurales. La investigación existente analiza los resultados hospitalarios asociados con la regulación de CON, contribuyendo al debate sobre si los CON reducen el exceso de capacidad o, por el contrario, restringen expansiones necesarias (Courtemanche & Garuccio, 2025). Paralelamente, la literatura de política pública incluye argumentos de que los CON pueden proteger a hospitales establecidos —incluidos aquellos que proveen cuidado no compensado— al limitar la entrada de nuevos competidores, pero que esa protección puede producirse a costa de una menor presión competitiva para innovar o ampliar la disponibilidad de servicios (Cavanaugh & Mitchell, s.f.).

2.2. Calidad del cuidado de salud

Otra línea importante de investigación examina si los CON afectan la calidad. Es importante señalar que, aunque estos estudios evalúan los resultados

asociados a la regulación de los CON, las leyes de CON son principalmente mecanismos de control de la oferta, no una herramienta diseñada para garantizar la calidad clínica, que normalmente se rige por estándares separados de acreditación, licenciamiento, inspección y fiscalización. Un mecanismo hipotético es el volumen: si los CON reducen la fragmentación y concentran procedimientos complejos en un menor número de facilidades, los resultados podrían mejorar; por el contrario, si los CON limitan la entrada y reducen la competencia, la calidad podría deteriorarse. Algunos estudios analizan la relación entre las leyes de CON y medidas de calidad de los servicios médicos hospitalarios, aportando evidencia que ha sido citada en argumentos a favor de la derogación o reducción del alcance de los CON (Stratmann, 2022). La literatura sigue dividida respecto a si los efectos sobre la calidad son consistentes en distintos ámbitos clínicos y si las medidas de calidad capturan resultados centrados en el paciente o, más bien, indicadores indirectos como cumplimiento de procesos o disponibilidad de recursos.

2.3. Estructura del mercado, competencia y precios

Una parte sustancial de la literatura orientada a la política pública sostiene que los CON pueden funcionar como barreras de entrada, con implicaciones para la concentración del mercado y los precios. Los estudios y revisiones a menudo vinculan estas preocupaciones a la heterogeneidad observada entre los programas estatales de CON, incluidas diferencias en los servicios cubiertos, los estándares probatorios y las oportunidades para que proveedores establecidos impugnen solicitudes (Mitchell, 2024a; Cavanaugh & Mitchell, s.f.). Aunque la teoría predice que las barreras de entrada pueden aumentar los precios, las estimaciones empíricas varían y persisten desafíos de identificación, ya que la adopción y derogación de los CON pueden correlacionarse con factores no observables de economía política y con cambios más amplios en la política de salud.

2.4. Evidencia empírica reciente sobre los CON aplicados a servicios específicos

Los trabajos recientes revisados por pares destacan que los efectos de los CON pueden diferir sustan-

cialmente según la categoría de servicio (por ejemplo, si los CON se aplican a camas de hospital o a tecnologías específicas), y que indicadores generales de la existencia de una ley de CON pueden ocultar heterogeneidad significativa. En particular, estudios más recientes analizan servicios regulados específicos —como centros de diagnóstico por imágenes, cirugía ambulatoria y cuidado de largo plazo— y utilizan diseños cuasiexperimentales basados en cambios de política pública o comparaciones entre jurisdicciones limítrofes, para evaluar con mayor rigor los efectos atribuibles a los cambios regulatorios.

Este enfoque específico por servicio es especialmente relevante para los responsables de formular política pública, porque los programas de CON generalmente regulan un conjunto de servicios, no los mercados de salud en su totalidad. Como resultado, los efectos de los CON tienden a ser más visibles allí donde la regulación restringe directamente la participación, la capacidad o la adquisición de tecnología. En cambio, los efectos de los CON pueden ser más difíciles de observar cuando la revisión no tiene un efecto práctico —por ejemplo, cuando los proyectos propuestos quedan por debajo de los umbrales de gasto de capital— o cuando otros factores, como la política de pagos y la escasez de personal, limitan más la oferta de servicios.

Dos líneas de servicio en las que investigaciones recientes han sido particularmente influyentes son los hospitales y el cuidado extendido. En el caso de los hospitales, evidencia basada en comparaciones entre condados limítrofes bajo distintos regímenes regulatorios encuentra que las leyes de CON están asociadas con una mayor mortalidad por infartos, un resultado consistente con retrasos en el acceso a servicios cardíacos esenciales cuando la entrada al mercado y la expansión de capacidad están más restringidas (Chiu, 2021). Aunque la literatura más amplia sobre resultados hospitalarios sigue siendo mixta, estos diseños destacan que toda evaluación de bienestar debe distinguir entre los efectos sobre la capacidad y la estructura del mercado, por un lado, y los efectos sobre resultados clínicos sensibles al tiempo, por el otro.

En el caso de los hogares de envejecientes y otros entornos de cuidado extendido, la evidencia posterior a la pandemia subraya que los resultados y las limitaciones de capacidad están estrechamente interrelacionados. Análisis nacionales en Estados Unidos documentan que las tasas de mortalidad en los hogares de cuidado permanecieron por encima de los niveles previos a la pandemia, incluso después de ajustar por reducciones en la ocupación, lo que sugiere que las presiones sobre la calidad y el personal pueden persistir aun cuando la demanda disminuye (Weiss et al., 2024). Para quienes formulan política pública, esto implica que endurecer las restricciones de entrada en el cuidado extendido puede producir efectos ambiguos: podría limitar expansiones de baja calidad en algunos mercados, pero también podría retrasar el reemplazo de facilidades obsoletas o restringir el acceso en áreas que ya tiene una oferta insuficiente.

3. Legislación y reglamentación de los CNC en Puerto Rico

En Puerto Rico, los CON se conocen como certificados de necesidad y conveniencia (CNC). La Ley de Certificados de Necesidad y Conveniencia surgió en el contexto de la ola más amplia de reformas federales de salud de la década de 1970. En particular, se alineó con la Ley Pública Federal 93-641, conocida como la National Health Planning and Resources Development Act of 1974 (1975), que estableció un marco federal, estatal y local para contener el rápido aumento de los costos de los servicios de salud y mejorar la distribución de recursos. Esta ley federal creó más de 200 agencias de sistemas de salud responsables de la planificación regional, los programas de CON y el desarrollo de recursos en Estados Unidos y sus territorios. Su mandato buscaba desplazar el énfasis de la atención intrahospitalaria hacia los servicios ambulatorios, con el objetivo de reducir el gasto público en salud. Aunque la ley federal fue derogada formalmente en 1986, Puerto Rico mantuvo en vigor su legislación local.

La exposición de motivos de la ley de CNC afirma que «la planificación ordenada de las facilidades

y servicios de salud¹ es indispensable para atender adecuadamente las necesidades de salud de la población, controlar los costos de los servicios de salud y velar porque estos se presten en aquellos núcleos poblacionales donde sean necesarios» (Ley de Certificados de Necesidad y Conveniencia [Ley], 1975/2006, p. 1). La ley de Puerto Rico delegó en el secretario de Salud la autoridad para evaluar solicitudes de nuevas facilidades o servicios de salud,² basándose en criterios como la demanda de

¹ «La cuestión fundamental de la planeación económica es quién posee el conocimiento relevante para tomar decisiones sobre la asignación y utilización de los recursos disponibles. Friedrich A. Hayek afirma que el conocimiento está disperso entre los diversos y numerosos miembros de la sociedad basado en circunstancias de tiempo y lugar. El problema económico esencial es la coordinación y utilización de los saberes individuales para tomar las decisiones, que nunca están al alcance de un individuo o una autoridad central» (Carrión-Tavárez, 2024, p. 8). «No se debate si se debe o no planear. Se discute si la planeación debe ser centralizada, en manos de una autoridad que rige el sistema económico, o si se debe ejercer entre muchos individuos. El término planeación, en el sentido específico en que se usa en el debate contemporáneo, significa necesariamente planeación centralizada o dirección del sistema económico de acuerdo con un plan unificado. El término competencia, por su parte, significa planificación descentralizada por parte de muchas personas separadas. . . . Si coincidiéramos en que el problema económico de la sociedad es, ante todo, el problema de la rápida adaptación a los cambios de las circunstancias particulares de tiempo y lugar, concordaríamos en que las decisiones últimas deben quedar en manos de las personas familiarizadas con esas circunstancias, por cuanto conocen directamente los cambios relevantes y los recursos inmediatamente disponibles para enfrentarlos. No podemos esperar que este problema se pueda resolver transmitiendo todo el conocimiento a una junta central que luego lo integre y emita las órdenes respectivas. Debemos resolverlo mediante alguna forma de descentralización» (1945/1999, pp. 332, 334, 338).

² La ley de CNC coloca «la planificación ordenada» de las facilidades y «los costos de los servicios de salud» (Ley, 1975/2006, p. 1) «en manos de un secretario —una autoridad central— en el Gobierno. Esto convierte al funcionario en un censor, alguien con la potestad de interferir en la actividad vital del mercado y de decidir por los emprendedores y los consumidores qué inversiones y servicios hacen falta. Además, supone fatuamente que este funcionario es superior al resto de la sociedad, ya que le otorga en la práctica la capacidad de elegir por los demás a dónde ir, a quién comprar y cuánto pagar por un producto o servicio de salud necesitado» (Carrión-Tavárez, 2024, p. 32).

la población, el impacto sobre los servicios existentes³ y su conformidad con los planes integrales de desarrollo del Gobierno.

Ninguna persona o entidad puede adquirir, construir, operar o expandir una facilidad de salud sin un CNC. Estas facilidades incluyen hospitales; centros de diagnóstico y tratamiento; centros de cirugía ambulatoria que operan como facilidades independientes para procedimientos que no requieren hospitalización; bancos de sangre; laboratorios clínicos; programas de servicios de salud en el hogar, incluidos servicios terapéuticos y de infusión provistos en el hogar; y unidades móviles que ofrecen servicios en distintas localidades dentro de un área de servicio. También se requiere un CNC para inversiones de capital de \$2,000,000 o más en una facilidad de salud existente, o para la adquisición de equipo médico altamente especializado con valor de \$1,000,000 o más.

3.1. Solicitudes de CNC

Las solicitudes de CNC siguen un proceso estructurado establecido por el Departamento de Salud. Toda persona o entidad interesada debe someter a la División de CNC y Vistas Administrativas (DC-NCVA) documentación que incluye: (a) una certificación que indique el nombre, la dirección postal y la dirección física de todas las facilidades de salud del mismo tipo existentes en el área de servicio; (b) evidencia de que la propiedad identificada para la facilidad de salud tiene una zonificación que permite el establecimiento del servicio; (c) un estudio de viabilidad económica del proyecto, que incluya un análisis funcional y operacional,⁴ así como del impacto que tendría en las facilidades de salud existentes en el área de servicio; y (d) una declaración

³ El criterio de necesidad exige que el solicitante demuestre que la propuesta responde a una demanda insatisfecha en la población. El criterio de conveniencia se refiere a garantizar que el proyecto no afecte indebidamente a los servicios existentes y que contribuya a un *desarrollo ordenado* del sistema de salud.

⁴ Los estudios de viabilidad deberían utilizarse principalmente con fines de financiamiento, en lugar de como un requisito para la aprobación de un proyecto o la concesión de un permiso por parte del Estado (E. R. Ríos, comunicación personal, 20 de febrero de 2026).

del tiempo estimado requerido para llevar a cabo y completar la acción propuesta (Reglamento del Secretario de Salud para Regir el Otorgamiento de Certificados de Necesidad y Conveniencia [Reglamento], 2019).⁵

La DCNCVA realiza una evaluación inicial de la solicitud y la documentación de apoyo, y puede requerir información adicional del solicitante. Cuando una solicitud está sujeta al procedimiento ordinario de revisión y no está cubierta por alguna de las excepciones indicadas en el Reglamento Núm. 9084, la DCNCVA publica un aviso en un periódico de circulación general para informar a la ciudadanía y convocar una vista pública.⁶ La vista no se celebra a solicitud de una parte interesada; sin embargo, las personas concernidas pueden comparecer cuando esta se realice. Su propósito es recibir evidencia, comentarios y argumentos orales o escritos relacionados con los servicios de salud para los cuales se solicita el CNC.⁷ Si una solicitud de CNC es denegada luego de celebrarse una vista pública, el solicitante puede presentar una querrela, lo que da paso a una vista adjudicativa (Reglamento, 2019).⁸

El requisito de CNC no se limita a las actividades descritas en la subsección anterior. Una amplia variedad de acciones también requiere la autorización del secretario de Salud. La Figura 1 presenta una selección de 80 tipos de solicitudes que la DCNCVA recibe durante un año fiscal. Debido a que

pueden presentarse múltiples solicitudes dentro de cada categoría, la oficina puede procesar más de 200 solicitudes en un año determinado. No todas estas acciones requieren una vista pública y algunas pueden atenderse con relativa rapidez mediante una certificación de exención de CNC;⁹ no obstante, la lista ilustra la amplitud —y la intensidad cotidiana— de la supervisión relacionada con los CNC en Puerto Rico.

Varios tipos de acciones dentro de la taxonomía de CNC mostradas en la Figura 1 pueden parecer similares en el lenguaje cotidiano —por ejemplo, cerrar permanentemente, cerrar por emergencia, cerrar temporalmente de manera parcial— pero cada una representa una acción regulatoria distinta con consecuencias jurídicas diferentes. Estas distinciones no son meramente semánticas. Dentro del marco regulatorio de los CNC, la duración, causa y alcance de un cierre (o de cualquier cambio operacional) determinan si la acción constituye un evento sujeto a notificación, una modificación de una autorización existente o una acción que requiere un nuevo permiso estatal; por esta razón, la taxonomía conserva estas diferencias sutiles pero jurídicamente significativas para asegurar una clasificación precisa, la evaluación del cumplimiento reglamentario y las comparaciones entre jurisdicciones.¹⁰

⁵ La solicitud también requiere el pago de una tarifa de radicación de \$100.

⁶ El Reglamento Núm. 9084 establece excepciones específicas —incluyendo ciertas relocalizaciones, adquisiciones y mejoras relacionadas con la seguridad— para las cuales no se requiere la celebración de una vista pública.

⁷ Las entrevistas realizadas durante el curso de esta investigación revelaron que la oposición al otorgamiento de CNC a nuevos proveedores proviene típicamente de proveedores de servicios de salud ya establecidos en el mercado, incluida una de las mayores redes hospitalarias de la Isla, la cual —como práctica habitual— se opone a prácticamente todas las solicitudes presentadas.

⁸ Para una descripción del proceso de vista adjudicativa, véase el Reglamento de Procedimientos Adjudicativos y de Reglamentación en el Departamento de Salud (2021).

⁹ Una certificación de exención de CNC es una determinación mediante la cual se establece que no es necesario obtener un CNC para llevar a cabo una acción propuesta, conforme a los requisitos establecidos en la Ley de Certificados de Necesidad y Conveniencia y su reglamento.

¹⁰ Otros ejemplos de la taxonomía de CNC ilustran aún más que estas distinciones no son meramente semánticas, sino que reflejan diferencias jurídicamente significativas en su carácter regulatorio; por ejemplo, *reclasificar camas*, *redistribuir camas* y *relocalizar camas* representan acciones regulatorias distintas relacionadas con camas, cada una con implicaciones operacionales diferentes. De igual forma, *adquirir una facilidad de salud* vs. *establecer una facilidad de salud* distingue un *cambio de titularidad* de una *nueva entrada* al mercado, acciones que requieren distintos niveles de demostración de necesidad. Estos ejemplos subrayan por qué la taxonomía conserva distinciones detalladas que pueden parecer sutiles en el lenguaje cotidiano, pero que son esenciales para un análisis preciso de los permisos requeridos.

Figura 1*Taxonomía de las acciones reguladas por los CNC en Puerto Rico***A**

Adquirir equipo médico especializado o altamente especializado
 Adquirir facilidad de salud
 Ampliar horario de sala de emergencias
 Ampliar horario de servicio
 Ampliar población de centro de diagnóstico y tratamiento
 Ampliar programas de servicios de salud en el hogar
 Ampliar servicios a otra región
 Añadir servicios
 Aumentar camas
 Aumentar el número de camas de un hospital

C

Cambiar administrador
 Cambiar dirección
 Cambiar horario
 Cambiar horario temporero
 Cambiar nombre de facilidad de servicios
 Cambiar nombre del arrendatario
 Cambiar nombre del dueño
 Cambiar subadministrador
 Cerrar camas permanentemente
 Cerrar camas temporalmente
 Cerrar permanentemente
 Cerrar por emergencia
 Cerrar temporalmente de manera parcial
 Cerrar temporalmente un área de servicios médicos
 Comprar facilidad de salud
 Comprar laboratorio clínico
 Comprar unidad de cuidado extendido
 Consignar dirección
 Consignar estaciones de flebotomía
 Consignar reclasificación de camas
 Construir y operar nuevas salas de cirugía

E

Eliminar administrador
 Eliminar subarrendatario
 Establecer centro de cirugía ambulatoria
 Establecer centro de diagnóstico y tratamiento
 Establecer centro o unidad de rehabilitación
 Establecer facilidad de enfermería especializada (*skilled nursing facility*)
 Establecer facilidad de salud
 Establecer facilidad radiológica
 Establecer hospital general
 Establecer laboratorio clínico
 Establecer laboratorio de pruebas de covid-19
 Establecer laboratorio especializado
 Establecer laboratorio histopatológico

Establecer organización para el mantenimiento de la salud (HMO)
 Establecer programa de hospicio
 Establecer programa de infusión
 Establecer programa de servicios de salud en el hogar
 Establecer sitio temporero
 Establecer unidad de cateterismo cardíaco
 Establecer unidad móvil
 Expandir programa de hospicio existente a otra región
 Expandir programa de servicios de infusión existente a otra región
 Expandir programa de servicios de salud en el hogar existente a otra región

I

Incluir nuevo servicio de salud
 Invertir capital para ampliar y remodelar

N

Nombrar administrador
 Nombrar subarrendatario

R

Reabrir
 Reabrir centro de cuidado extendido
 Reabrir facilidad de salud luego de un cierre por emergencia
 Reabrir facilidad de salud luego de un cierre temporal
 Reabrir hospital
 Realizar enmienda
 Realizar pruebas de covid-19
 Reanudar operaciones
 Reclasificar camas
 Reclasificar estaciones
 Redistribuir camas
 Reducir camas
 Reducir horario de servicio
 Relocalizar
 Relocalizar camas
 Relocalizar en una misma finca registral
 Remodelar
 Restablecer horario
 Restablecer horario de 24 horas
 Restaurar centro de diagnóstico y tratamiento

T

Terminar un servicio de salud

V

Vender una facilidad de salud existente

Fuente. Elaboración propia basada en el Reglamento (2019) y en los datos de solicitudes de CNC de la DCNCVA.

Tabla 1*Solicitudes de CNC (todas las categorías), años fiscales 2020–2024*

Año fiscal	CNC solicitados	CNC otorgados	Exenciones de CNC
2020	22	166	10
2021	41	165	4
2022	58	206	32
2023	60	209	22
2024	49	189	19

Nota. La cantidad de CNC solicitados es menor que la de CNC otorgados en cada uno de los años presentados, lo que refleja deficiencias en los registros históricos mantenidos por la agencia.

Fuente. Elaboración propia basada en los datos de CNC proporcionados por la DCNCVA.

Tabla 2*Solicitudes de CNC para establecer una facilidad de salud o realizar inversiones de capital, años fiscales 2020–2024*

Año fiscal	CNC solicitados	CNC otorgados	Exenciones de CNC
2020	22	28	0
2021	40	26	0
2022	36	37	7
2023	47	38	7
2024	29	21	4

Nota. En los años en que el número de CNC solicitados es menor que el de CNC otorgados, la diferencia puede reflejar limitaciones en los registros históricos de la agencia, aprobaciones emitidas para solicitudes sometidas en años fiscales anteriores, o ambas circunstancias.

Fuente. Elaboración propia basada en los datos de CNC proporcionados por la DCNCVA.

Las Tablas 1 y 2 resumen la actividad de CNC para los años fiscales 2020–2024, según los expedientes disponibles de la agencia.¹¹ La Tabla 1 presenta los CNC solicitados y los CNC otorgados en todas las categorías. Los datos disponibles muestran menos solicitudes registradas que CNC otorgados. Según la directora actual de la DCNCVA, la agencia no mantuvo consistentemente registros organizados de solicitudes, aprobaciones y denegaciones en años anteriores, conforme a los datos existentes y la información provista por el personal de la oficina. Esta discrepancia entre solicitudes y aprobaciones, por tanto, parece reflejar deficiencias históricas en la organización de datos más que un patrón sustantivo en la actividad de CNC.

La Tabla 2 se centra en las solicitudes y aprobaciones de CNC para el establecimiento de facilidades de salud o la realización de inversiones de capital. En los años en que los CNC otorgados superan las solicitudes radicadas, la diferencia probablemente refleja deficiencias en los registros históricos de la agencia y aprobaciones emitidas para solicitudes de años fiscales anteriores. Es importante destacar que los expedientes disponibles de la DCNCVA no incluyen datos económicos sobre las solicitudes de CNC presentadas, los CNC otorgados ni las solicitudes de CNC denegadas, lo que limita el uso de esta información para evaluar la importancia económica de las aprobaciones, demoras en la tramitación y denegaciones.

Aunque gran parte de la evidencia sobre los CON proviene de variaciones entre estados de Esta-

¹¹ El año fiscal de Puerto Rico transcurre del 1 de julio al 30 de junio.

dos Unidos, la relevancia de política pública para Puerto Rico depende de las condiciones estructurales del sistema. Estudios comparativos sobre cobertura de seguros y prestación de servicios de salud destacan diferencias entre Puerto Rico y los estados de Estados Unidos que pueden afectar los incentivos de los proveedores y la disponibilidad de servicios (Portela & Sommers, 2015). Además, investigaciones sobre las estructuras de financiamiento de Medicaid destacan cómo el diseño de la política federal puede generar desigualdades en acceso y capacidad en los territorios en comparación con los estados (Rivera-González et al., 2022). Finalmente, la evidencia sobre la calidad de los servicios de salud en el hogar en Puerto Rico recuerda que los desafíos de acceso y calidad pueden ser más apremiantes en determinadas áreas de servicio, lo que podría alterar las implicaciones de bienestar derivadas de restringir o facilitar la entrada mediante la revisión de CON (Dixit & Rivera-Hernandez, 2022).

3.2. Características administrativas y geográficas que aumentan las cargas de los CNC

Si bien la ley de CNC establece el requisito general de obtener un certificado de necesidad y conveniencia, el estatuto y su reglamento de implantación imponen requisitos administrativos y geográficos adicionales que pueden aumentar sustancialmente los costos de cumplimiento y extender los plazos de los proyectos para los proveedores de servicios de salud en Puerto Rico. Esta sección presenta varios ejemplos de características administrativas y geográficas que pueden influir en los procesos de solicitud, evaluación y otorgamiento de CNC y que ameritan un examen más detenido.

Carta de intención (aviso previo a la solicitud).

El proceso reglamentario comienza antes de que se radique una solicitud. Los solicitantes deben presentar una carta de intención al secretario de Salud al menos 30 días antes de radicar una solicitud de CNC o una solicitud de certificado de exención de CNC (Reglamento, 2019). Este requisito impone un período inicial de espera que puede retrasar inversiones urgentes o sujetas a plazos.

Moratorias durante períodos electorales. El Artículo 21A de la ley de CNC prohíbe al Departamento de Salud recibir nuevas solicitudes de CNC y emitir determinaciones sobre asuntos relacionados con certificados existentes durante los dos meses antes y los dos meses después de una elección general (Ley, 1975/2006). En la práctica, esto crea una pausa de cuatro meses cada cuatro años, independientemente de la urgencia del proyecto propuesto.

Jerarquías geográficas de las áreas de servicio y umbrales de saturación. El reglamento no aplica un estándar geográfico uniforme para evaluar la «necesidad»; en su lugar, define áreas de servicio que varían según el tipo de facilidad de salud, como las siguientes:

- **Región de salud:** utilizada para servicios tales como programas de hospicio, programas de servicios de salud en el hogar, servicios de infusión y unidades de cuidado intensivo neonatal.
- **Subregión:** utilizada para hospitales generales, centros de rehabilitación y facilidades de resonancia magnética y tomografía computadorizada.
- **Municipio:** utilizado para centros de diagnóstico y tratamiento.
- **Milla radial:** utilizada para laboratorios clínicos y radiología convencional. Para estos servicios, el área puede considerarse «saturada» si la población residente dentro de un radio de una milla sobrepasa el criterio de población residente aplicable (Reglamento, 2019).

Restricciones de salida (aviso previo y límites al cierre). El marco regulatorio de los CNC también regula la salida de proveedores y los cierres de facilidades de salud. Un titular de CNC que pretenda efectuar un cierre permanente o un cierre temporal debe notificar al Departamento de Salud 30 días antes de suspender los servicios. Además, una facilidad no puede permanecer cerrada por más de 12 meses sin exponerse a la cancelación de su CNC (Reglamento, 2019). Aunque estas disposiciones operan en el punto de salida y no de entrada,

también pueden afectar las decisiones de inversión al hacerlas menos reversibles. Los proveedores que consideran establecer una nueva facilidad o línea de servicio pueden mostrarse menos dispuestos a entrar al mercado, si un cierre o suspensión posterior requiere notificación previa, revisión regulatoria o la posible pérdida del CNC.

Mecanismos de excepción existentes para la expansión. La reglamentación vigente dispone mecanismos expeditos y limitados para ciertos proveedores establecidos; por ejemplo, programas existentes de servicios de salud en el hogar, hospicio e infusión que hayan operado satisfactoriamente durante al menos dos años y que permanezcan en cumplimiento con los requisitos estatales y federales aplicables pueden expandirse a otras regiones mediante una certificación de exención en lugar de someterse al proceso completo de CNC (Reglamento, 2019). Esta estructura puede servir como modelo para reformas más amplias de un «CNC limitado», aunque también favorece a proveedores establecidos frente a nuevos participantes.

Riesgos de incumplimiento y sanciones. La ley y el reglamento de CNC imponen sanciones significativas por incumplimiento, que pueden disuadir la entrada o expansión no autorizada:

- **Sanciones penales:** Las violaciones a la ley de CNC constituyen delitos menos graves, sancionables con multa de hasta \$500, reclusión por hasta seis meses, o ambas (Ley, 1975/2006).
- **Multas administrativas:** El secretario de Salud puede imponer multas administrativas de hasta \$5,000 por cada violación (Reglamento, 2019).

Varias características adicionales de la administración de los CNC ameritan un examen más detenido. Entre ellas están (a) si las solicitudes pueden ser denegadas porque un servicio propuesto duplicaría la capacidad existente; (b) si la aprobación depende de umbrales de utilización aplicables a proveedores establecidos; y (c) hasta qué punto los proveedores existentes pueden objetar solicitudes o influir de otro modo en el proceso de revisión. Cada uno

de estos mecanismos puede aumentar las cargas de cumplimiento y también crear oportunidades para que los proveedores establecidos retrasen o desalienten la entrada.¹² Una evaluación completa de sus efectos prácticos requeriría un examen más detallado de las directrices de la agencia, los expedientes de solicitudes, los registros de vistas y las decisiones de denegación.

3.3. Limitaciones estructurales del sistema de salud de Puerto Rico

El sector de la salud de Puerto Rico opera bajo limitaciones estructurales que configuran el acceso, la calidad y la dinámica del mercado de forma marcadamente distinta a la de los estados de Estados Unidos. Aunque el gasto en salud representa una proporción relativamente alta del ingreso de Puerto Rico —aproximadamente el 16.6 % del producto nacional bruto (PNB)—, esta proporción debe interpretarse a la luz tanto de los niveles de gasto en salud como del tamaño de la base del PNB de la Isla. El desempeño del sistema se ve debilitado por el subfinanciamiento crónico, las presiones demográficas y la escasez de personal de salud, junto con ingresos más bajos y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (Dixit & Rivera-Hernández, 2022; Galíndez, 2024; Portela & Sommers, 2015; Rivera-González et al., 2022). Dadas estas condiciones socioeconómicas y en ausencia de un diseño e implementación cuidadosos, las restricciones de entrada asociadas a los CNC pueden limitar aún más el acceso y la disponibilidad de servicios, particularmente para poblaciones vulnerables y subatendidas.

Un reto central es la escasez persistente y la distribución geográfica desigual de profesionales de la

¹² La ley de CNC y su reglamento incorporan la participación de los proveedores establecidos en el proceso de CNC, al reconocer a los proveedores existentes en el área de servicio como *personas afectadas* y permitirles participar en la evaluación de solicitudes para servicios nuevos o ampliados. Aunque dicha participación puede considerarse una forma de recopilar información sobre las condiciones del mercado y la capacidad de los servicios, también crea un mecanismo procesal mediante el cual los proveedores existentes pueden influir en la entrada o expansión de potenciales competidores.

Un ejemplo de cómo la incertidumbre regulatoria afecta la inversión médica y el acceso a los servicios de salud

Los criterios de saturación y otras barreras de entrada no son meros tecnicismos; tienen consecuencias directas para la inversión en infraestructura médica y el acceso a tecnologías especializadas. Este marco regulatorio crea un entorno en el que la incertidumbre administrativa pesa más que la viabilidad clínica o financiera de un proyecto, lo que puede conducir a la pérdida de inversiones y a que algunos proponentes abandonen sus planes incluso antes de presentar una solicitud. El siguiente testimonio ejemplifica cómo estas barreras impiden la ampliación y modernización de la infraestructura quirúrgica y limitan el acceso a servicios de alta tecnología.

Pérdida de inversión, efecto disuasorio y reducción del acceso a los servicios de salud en el área oeste

«Dos oftalmólogos del área oeste queríamos establecer un centro de cirugía láser refractiva e intentamos obtener un certificado de necesidad y conveniencia. Era una inversión millonaria y contábamos con el financiamiento de un grupo de médicos y de la empresa suplidora del equipo. También teníamos identificado el lugar donde se ubicaría el centro y habíamos demostrado que existía el mercado. Desafortunadamente, no conseguimos el certificado, el proyecto no se concretó y perdimos la inversión que ya habíamos realizado. Hace años, el área oeste pudo haber contado con un centro de cirugía láser ambulatoria, pero tuvimos que abandonar el proyecto porque no obtuvimos el certificado.

Otro ejemplo es que en la facilidad donde realizo cirugía ambulatoria existen dos salas de cirugía y espacio para una tercera. Hay médicos disponibles para operar a plena capacidad en las tres salas, pero ese espacio adicional no se ha abierto debido al requisito de obtener un certificado de necesidad y conveniencia. Estas experiencias ilustran no solo cómo la Ley de Certificados de Necesidad y Conveniencia puede impedir que se materialicen inversiones significativas, sino también por qué algunas personas desisten de emprender proyectos de salud en Puerto Rico —o ni siquiera solicitan un CNC— porque presumen que no se les otorgará. Esto tiene un impacto importante en el acceso de la población a los servicios de salud».

Fuente. Entrevista a un médico especialista del área oeste de Puerto Rico.

salud en Puerto Rico. Análisis recientes identifican brechas en la oferta y distribución de médicos¹³ y

¹³ Evidencia reciente documenta tanto una reducción en la fuerza laboral médica como una distribución geográfica desigual. Citando un estudio de mercado sobre la práctica médica en Puerto Rico, Santini-Dominguez et al. (2025) informan que solo quedaban 9,809 médicos para atender a una población de 3.2 millones. También señalan que entre 365 y 500 médicos salieron de Puerto Rico anualmente durante la década anterior, y que el 69 % de los médicos se concentraba en solo 10 áreas metropolitanas. Además, indican que más del 28 % de los médicos activos

otros clínicos, impulsadas por la migración, las diferencias salariales y las oportunidades limitadas de desarrollo profesional (Rivera González et al., 2022). Los datos federales sobre áreas de escasez refuerzan que el problema de acceso en Puerto Rico se extiende más allá de los médicos. En el año fiscal 2024, la Health Resources and Services Adminis-

tenía más de 60 años, y que se proyectaba que más del 40 % de los especialistas estaría en edad de retiro, o por encima de ella, para 2027.

Tabla 3
Sistema de salud de Puerto Rico: principales contradicciones

Fortalezas	Debilidades
Alta cobertura de seguros de salud	Subfinanciamiento crónico (Medicare/Medicaid)
Fuerte presencia de la industria farmacéutica y biotecnológica	Escasez de personal de salud y migración de profesionales clínicos
Alto gasto en salud como porcentaje del PNB	Bajo gasto per cápita y limitada capacidad de inversión
Cumplimiento de normas federales de EE. UU.	Resultados de salud inferiores al promedio de EE. UU.
Surgimiento de modelos integrados de prestación de servicios de salud	Envejecimiento poblacional y aumento de la demanda

Fuente. Elaboración propia.

tration (2024) identificó en Puerto Rico 42 Áreas de Escasez de Profesionales de la Salud (HPSA, por sus siglas en inglés) en atención primaria, 99 HPSA en salud dental y 75 HPSA en salud mental.¹⁴ Estas designaciones son relevantes para la evaluación del régimen de CNC de Puerto Rico porque indican que la capacidad del sistema de salud y el acceso geográfico ya están limitados en múltiples áreas de servicio.

Al mismo tiempo, Puerto Rico registra una de las tasas más altas de cobertura de salud en Estados Unidos —alrededor del 94 %— (Burton, 2025), aunque el gasto per cápita en salud es sustancialmente menor que en los estados: aproximadamente \$5,400 por persona en Puerto Rico, en comparación con cerca de \$15,400 en Estados Unidos en general (Galíndez, 2024). Esta combinación de alta cobertura y gasto relativamente bajo ejerce una presión sostenida sobre hospitales, clínicas y redes de proveedores, limitando su capacidad para invertir en infraestructura y expandir servicios. En este contexto, el diseño del régimen de CNC de Puerto Rico requiere un examen cuidadoso, ya que los requisitos que regulan la creación, expansión o reubicación de servicios de salud pueden facilitar

las inversiones necesarias o, por el contrario, añadir más demoras y costos a proveedores que ya operan bajo restricciones financieras y de fuerza laboral.

El diseño de los programas federales impone limitaciones adicionales a la capacidad del sistema. Se estima que las tasas de reembolso de Medicare en Puerto Rico son aproximadamente un 41 % inferiores al promedio de Estados Unidos, mientras que el financiamiento de Medicaid está sujeto a límites mediante subvenciones en bloque (*block grants*),¹⁵ lo

¹⁴ Estas escaseces también afectan el acceso a servicios especializados y a servicios de emergencia, y se proyecta que persistirán durante la próxima década.

¹⁵ Bajo la Sección 1108(g) de la Social Security Act, Puerto Rico puede acceder a fondos federales para Medicaid; pero, a diferencia de los estados de Estados Unidos, está sujeto a un tope anual al financiamiento federal de Medicaid distinto del Children's Health Insurance Program (CHIP), lo que significa que Puerto Rico debe cubrir todos los costos que excedan ese tope. El gasto de Medicaid en cada estado de Estados Unidos y en Washington, D.C. no está sujeto a tope y se financia mediante una participación compartida en los costos entre el gobierno estatal y el gobierno federal. Históricamente, el tope efectivo aplicable al Programa Medicaid de Puerto Rico ha variado como resultado de una serie de medidas congresionales puntuales para aumentar su financiamiento. Más recientemente, en virtud de la Consolidated Appropriations Act de 2023, Puerto Rico es elegible para recibir más de \$19 mil millones durante los años fiscales federales 2023 a 2027. Esta cantidad incluye incrementos adicionales a la asignación federal básica, sujetos al cumplimiento de determinadas condiciones por parte de Puerto Rico. Además, la Consolidated Appropriations Act de 2023 extiende hasta el 30 de septiembre de 2027 el porcentaje federal de asistencia médica (FMAP, por sus siglas en inglés) aumen-

que genera incertidumbre fiscal recurrente y limita la capacidad de la Isla para responder a fluctuaciones en la demanda (Galíndez, 2024; Rivera-González et al., 2022). Estas estructuras de financiamiento contribuyen al deterioro de la infraestructura, al retraso de inversiones de capital y a una menor disponibilidad de ciertos servicios especializados. Los indicadores disponibles son consistentes con estas presiones: aproximadamente el 27.8 % de los adultos en Puerto Rico reporta un estado de salud regular o deficiente, en comparación con el 16.1 % en Estados Unidos, y la carga de enfermedades crónicas permanece elevada.

Las tendencias demográficas agravan estos desafíos. Aunque la población de Puerto Rico ha disminuido, la proporción de adultos mayores ha aumentado, intensificando la demanda de cuidado extendido, servicios de salud en el hogar y manejo de enfermedades crónicas (Galíndez, 2024). La evidencia sobre la calidad de los servicios de salud en el hogar apunta a la necesidad de mejorar el acceso y la capacidad de servicios en el cuidado postagudo, donde Puerto Rico ya está rezagado respecto a los estados de Estados Unidos (Dixit & Rivera-Hernández, 2022). Estos cambios ejercen presión adicional sobre un sistema que ya opera con una fuerza laboral limitada y reembolsos restringidos. Al mismo tiempo, la Isla conserva fortalezas importantes (Tabla 3), entre ellas un sólido sector farmacéutico y de biomanufactura, así como oportunidades emergentes en atención integrada y terapias avanzadas (Burton, 2025). Estos activos pueden contribuir a la revitalización del sistema si se atienden las barreras estructurales, particularmente las que afectan la entrada al mercado, la inversión y la estabilidad de la fuerza laboral.

3.4. Dificultades financieras en el sector hospitalario de Puerto Rico y sus implicaciones

El sector hospitalario de Puerto Rico atraviesa una aguda crisis financiera, y se informa que múltiples instituciones han iniciado procedimientos bajo el

Capítulo 11 de la ley federal de quiebras o han cesado operaciones.¹⁶ Responsables de formular política pública y expertos en la materia han advertido que estas presiones podrían intensificarse en el corto plazo. Entre los factores señalados se encuentran la emigración continua, la baja ocupación hospitalaria (61 % en 2024) y las demoras en los pagos por parte de las aseguradoras. La literatura sobre la situación financiera de los hospitales también identifica otros factores que contribuyen a esa situación, entre ellos la disminución de los nacimientos —particularmente en las salas de maternidad— y un cambio continuo en la prestación de servicios hacia modelos de atención ambulatoria, con implicaciones significativas para la estructura de costos y los ingresos hospitalarios (E. R. Ríos, comunicación personal, 20 de febrero de 2026). Algunas estimaciones proyectan que alrededor de 24 hospitales (de un total de 67 en la Isla) podrían enfrentar procedimientos de quiebra y que otras facilidades podrían cerrar durante los próximos dos años.

Un estudio reciente concluyó que la crisis no es atribuible simplemente a una falta de recursos, sino a factores administrativos y regulatorios que afectan la asignación de recursos y la solvencia de los proveedores; y, en consecuencia, subrayó la necesidad de cambios en las regulaciones (Rosado Lebrón, 2025).¹⁷ Este deterioro en la situación financiera de los proveedores tiene implicaciones en ambos sentidos para la política de CNC en Puerto Rico. Por un lado, refuerza la importancia de adoptar decisiones regulatorias que eviten retrasos administrativos innecesarios y determinaciones duplicativas sobre capacidad o suficiencia, especialmente cuando los estándares federales de participación (por ejemplo, las condiciones de participación de Medicare) ya imponen requisitos básicos de seguridad, personal

tado de 76 % (Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico, 2025, p. 51).

¹⁶ El 55 % de los hospitales en Puerto Rico opera actualmente con pérdidas financieras. Aproximadamente el 70 % de los reembolsos a hospitales está vinculado a Medicare y Medicaid, y los residentes de Puerto Rico reciben financiamiento en niveles marcadamente desiguales en comparación con los residentes de los estados de Estados Unidos (Vera Rosado, 2024).

¹⁷ Para una discusión más detallada sobre el entorno regulatorio de Puerto Rico, véanse Carrión-Tavárez (2024) y Stansel et al. (2024, cap. 3).

y capacidad operacional. Agilizar o eliminar la revisión de CNC para proveedores cualificados para participar en Medicare y para expansiones de bajo riesgo puede reducir costos de fricción administrativa en un momento en que el sistema necesita inversiones de capital oportunas, reconfiguración de servicios y flexibilidad operacional.

Por otro lado, la crisis también pone de relieve la necesidad de acompañar cualquier derogación o reducción del alcance de los CNC con mecanismos focalizados y no proteccionistas para salvaguardar el acceso —como mecanismos robustos de licenciamiento e inspección, divulgación transparente de información sobre calidad y reformas de pago y contratación—, sin depender de restricciones de entrada para estabilizar a los proveedores existentes. En síntesis, las presiones actuales del mercado no justifican mantener amplias barreras de CNC; por el contrario, refuerzan la necesidad de una reforma que preserve la seguridad y la rendición de cuentas, al tiempo que facilite una adaptación más rápida, la inversión y la competencia cuando resulte apropiado.

3.5. Intentos de reforma y procesos judiciales

La ley de CNC de Puerto Rico ha sido enmendada en varias ocasiones para adaptarse a cambios económicos, demográficos y tecnológicos. La tendencia general ha sido hacerla menos restrictiva y agilizar los procesos administrativos; por ejemplo, durante la década de 1980 se derogaron varias disposiciones para simplificar los criterios de otorgamiento de certificados y se armonizó el procedimiento de apelaciones con la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme (Ley Núm. 38-2017). El cambio más significativo, no obstante, provino de la decisión del Tribunal de Apelaciones de Estados Unidos para el Primer Circuito en *Walgreen Co. v. Rullán* (2005), que declaró inválido el requisito de obtener un CNC para abrir y operar farmacias al detal, al amparo de la cláusula de comercio de la Constitución federal.

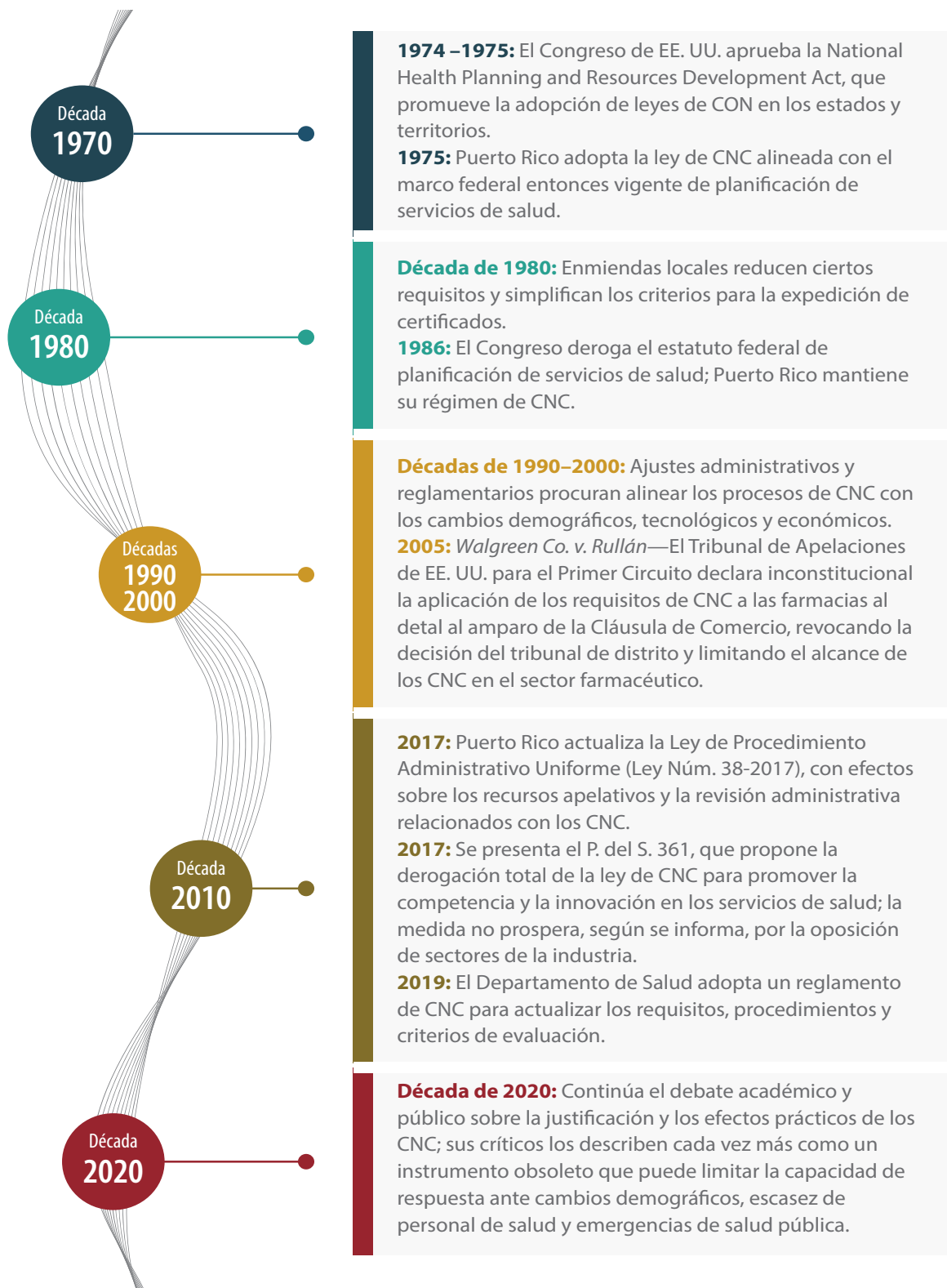
El tribunal concluyó que el estatuto discriminaba contra el comercio interestatal al eximir a todas las farmacias ya existentes en Puerto Rico (intereses

locales establecidos) del cumplimiento con el requisito de obtener un CNC, mientras imponía barreras de entrada onerosas a nuevos competidores, incluyendo cadenas nacionales como Walgreens. La corte determinó que la ley operaba como una medida proteccionista que favorecía a las farmacias locales, limitando la competencia externa sin una justificación de salud pública suficientemente legítima que no pudiera alcanzarse por medios menos discriminatorios.¹⁸ Esta decisión revocó una determinación previa del Tribunal de Distrito de Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico, que había validado el requisito.

Un proyecto del Senado de Puerto Rico (P. del S. 361, 2017) propuso derogar la ley de CNC con el fin de promover la libre competencia y facilitar la innovación y la rápida expansión de los servicios de salud. Quienes favorecían la medida argumentaban que el régimen de CNC era obsoleto y constituía una barrera al desarrollo económico en un sector crítico. Esta iniciativa surgió en un contexto de crisis económica y fiscal en Puerto Rico, agravado por la recesión prolongada, la deuda pública y la escasez de servicios de salud asociada a desastres naturales recurrentes y a la migración masiva de profesionales médicos hacia Estados Unidos, que dejó regiones enteras con acceso limitado a la atención de salud.

El P. del S. 361 planteaba que los CNC fomentaban monopolios al proteger a los proveedores existentes de la competencia, elevando los costos y limitando la accesibilidad. La derogación propuesta buscaba sustituir el control regulatorio por mecanismos de libre mercado, permitiendo la apertura inmediata de clínicas, hospitales y otros servicios sin la aprobación previa del secretario de Salud. Se trataba de una medida de desregulación orientada a reducir las cargas administrativas y agilizar la actividad económica. Además, la propuesta se enmarcaba en las reformas fiscales y laborales impulsadas

¹⁸ Esta decisión del Tribunal de Apelaciones de Estados Unidos para el Primer Circuito podría servir de fundamento para que personas o entidades de Estados Unidos que deseen establecer o adquirir otros tipos de facilidades de salud en Puerto Rico impugnen el requisito de obtener un CNC.

Figura 2*Cronología de la regulación de los CNC en Puerto Rico***Fuente.** Elaboración propia.

bajo la Puerto Rico Oversight, Management, and Economic Stability Act de 2016, las cuales imponían medidas de austeridad y priorizaban la eficiencia económica.

El P. del S. 361 siguió el trámite legislativo ordinario, pero no prosperó debido a la oposición de sectores de la industria de la salud.¹⁹ Aunque el proyecto no fue aprobado, el debate sobre la pertinencia de la ley de CNC continúa. Para algunos investigadores y actores interesados, el CNC constituye un instrumento regulatorio obsoleto que desalienta la inversión privada y limita la innovación en un contexto marcado por el declive demográfico y las presiones sistémicas sobre el sistema de salud (Carrión-Tavárez, 2024; Náter-Lebrón, 2017). Otros lo consideran una barrera para responder a la escasez de profesionales de la salud y adaptarse a los cambios poblacionales (Galva, 2025). Patrones más amplios observados en varias jurisdicciones también subrayan la relevancia de este debate. Desde mediados de la década de 1980, países y gobiernos subnacionales han impulsado importantes reformas constitucionales y de sus sistemas de salud, recurriendo con frecuencia a la protección de derechos fundamentales para impugnar regulaciones que restringen indebidamente el acceso a los servicios o la actividad económica (Calderón & Jaramillo, 2024).

4. Reformas de los CON en Estados Unidos

La actividad reciente a nivel estatal refleja una tendencia más amplia hacia la reducción o reevaluación de los requisitos de CON. Entre 2020 y 2024, múltiples estados aprobaron reformas que modificaron el alcance, las exenciones, los umbrales o los procedimientos de sus programas de CON; tan solo en 2024, al menos 12 estados aprobaron legislación para ajustar sus leyes de CON en alguna medida. El impulso reformista ha adoptado principalmente la forma de derogaciones parciales,

desregulación focalizada y eliminaciones graduales. Estas reformas han ocurrido junto con un patrón de derogación de más largo plazo: 12 estados han derogado completamente sus leyes y programas de CON o han permitido que expiren.

La reforma de los CON en Estados Unidos ha avanzado de manera gradual. Los estados han reducido periódicamente el alcance de la revisión, por ejemplo, al eximir determinadas tecnologías o facilidades ambulatorias, aumentar los umbrales de inversión de capital, agilizar los plazos o derogar por completo los requisitos de CON para categorías específicas de servicios. Los debates recientes sobre estas reformas han tendido a centrarse en cómo las normas de CON interactúan con tendencias contemporáneas del mercado —incluyendo la consolidación, la migración hacia servicios ambulatorios y las limitaciones de la fuerza laboral— y en si la justificación original basada en la planificación continúa siendo persuasiva en una era de cuidado administrado (*managed care*), compras basadas en valor (*value-based purchasing*) y mayor escrutinio de los precios hospitalarios y del poder de mercado.

4.1. Tendencias de reforma y actividad legislativa

Durante la última década, muchas propuestas de reforma se han centrado en estrategias de «derogación parcial» en lugar de eliminar totalmente los CON. Entre los enfoques más comunes se encuentran las exenciones para centros de cirugía ambulatoria, diagnóstico por imágenes avanzado o determinados proyectos de cuidado extendido; la revisión expedita para facilidades de sustitución; y los límites a la capacidad de los proveedores establecidos para intervenir en las solicitudes o retrasar los procesos. Desde la perspectiva del diseño de política pública, estos cambios pueden entenderse como intentos de preservar la autoridad de planificación en áreas políticamente sensibles, al tiempo que reducen las cargas administrativas y los retrasos estratégicos en mercados donde las barreras de entrada pueden ser más distorsionadoras.

Debido a que los CON son específicos de cada estado y se modifican con frecuencia, un recuento

¹⁹ Los opositores argumentaron que eliminar el requisito de CNC «no garantiza que la libre competencia produzca un incremento en la oferta para los servicios de salud de las comunidades», no incentiva la creación de empleos y no promueve un mejor acceso a los servicios médicos (Informe negativo, 2017, p. 2).

completo de los proyectos recientes de reforma se presenta mejor en un apéndice o en una tabla (véase la Tabla 4). Los sistemas públicos de seguimiento resumen qué estados mantienen programas de CON y las categorías generales de servicios que regulan, y sirven de referencia para situar las propuestas de reforma en Estados Unidos (National Conference of State Legislatures [NCSL], 2024). Más en general, la actividad legislativa reciente de los estados relacionada con la estructura de los mercados de salud también ha convergido con los debates sobre los CON, a medida que los responsables de política pública consideran si deben abordar los problemas de precios y acceso mediante regulación de entrada, reformas de pago, aplicación de las leyes antimonopolísticas o nuevos mecanismos de supervisión de la consolidación y la contratación (NCSL, 2025).

4.2. Evidencia sobre los resultados de la derogación o la reducción de la rigurosidad regulatoria

La literatura empírica sobre los CON y sus resultados no es uniforme, pero la evidencia en su conjunto apunta, por lo general, a efectos adversos, especialmente en la disponibilidad de servicios, el costo por servicio y el acceso para poblaciones subatendidas. Esta evidencia respalda considerar la derogación como la mejor opción de reforma y exige que cualquier propuesta para conservar restricciones específicas de CON justifique claramente su necesidad a la luz de sus costos documentados. En cuanto a los resultados hospitalarios, evidencia basada en comparaciones de condados adyacentes sujetos a distintos regímenes regulatorios encuentra que las leyes de CON están asociadas con una ma-

Tabla 4
Estados que eliminaron o redujeron los requisitos de CON: estados seleccionados y modalidades de reforma

Estados	Descripción de la reforma
Derogación total o expiración	
California, Colorado, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Idaho, Kansas, Nuevo Hampshire, Nuevo México, ¹ Pennsylvania, Tejas, Utah, Wyoming	Estos 12 estados no mantienen programas activos de CON, tras derogar sus leyes o permitir que estas expiraran.
Reducción a gran escala del alcance ²	
Arizona, Carolina del Sur, Indiana, Montana, Ohio, Oklahoma	Estos 6 estados han eliminado los CON en todas las áreas excepto el cuidado extendido.
Exenciones focalizadas o exclusiones parciales	
Georgia, Virginia Occidental, Washington	Georgia implantó cambios más amplios en su proceso de revisión y en su estructura de exenciones en 2024. Washington creó una exención temporal para facilidades psiquiátricas en 2024. Virginia Occidental redujo los requisitos de CON para determinados tipos de facilidades, como los centros de maternidad en 2023.

Notas.
¹Nuevo México regula los servicios de ambulancia bajo su Motor Carrier Act (mediante certificados para servicios de transporte de pasajeros); pero esa no es una ley de CON y, además, abarca otros servicios de transporte de pasajeros.
²Arizona mantiene una ley de CON limitada a los servicios de ambulancia terrestre desde 1983. Indiana ha restringido los CON al cuidado extendido (*nursing homes*) desde 2019. Montana enmendó su ley de CON en 2021 para que únicamente las facilidades y servicios de cuidado extendido permanezcan sujetos a revisión de CON. Ohio derogó su programa general de CON en 1995 y completó su eliminación gradual en 1998, manteniendo únicamente las facilidades de cuidado extendido sujetas a revisión. Oklahoma eliminó los CON para facilidades psiquiátricas y de tratamiento de dependencia química en 2024, mientras conservó los requisitos para facilidades de enfermería especializada. Carolina del Sur derogó la mayoría de los requisitos de CON en 2023, aunque los hogares de envejecientes y las agencias de salud en el hogar continúan sujetos a CON, y ciertos proyectos hospitalarios permanecerán sujetos a revisión de CON hasta el 1 de enero de 2027.

Fuente. Elaboración propia basada en Amy, 2024; NCSL, 2024; y Raby, 2023.

por mortalidad por infarto, un resultado consistente con retrasos en el acceso a servicios en los que el tiempo es un factor crítico cuando la entrada al mercado y la expansión de capacidad están más restringidas (Chiu, 2021). Evidencia complementaria más reciente examina relaciones más amplias con la mortalidad y refuerza la importancia de evaluar los CON no solo mediante indicadores de gasto y capacidad, sino también a través de resultados centrados en el paciente (Cantor et al., 2025).

En el ámbito del cuidado extendido, la evidencia sugiere que los efectos de los CON pueden depender de las condiciones del mercado y de si la regulación restringe camas, facilidades o formas de propiedad. En el sector de los hogares de envejecientes, la investigación empírica encuentra que la regulación mediante CON está asociada con diferencias en la calidad, aunque los resultados son sensibles a las medidas de calidad utilizadas y a la estructura del mercado (Bailey, 2020). Los análisis posteriores a la pandemia también destacan que las limitaciones relacionadas con la calidad y la dotación de personal pueden persistir independientemente de las dinámicas de ocupación (Weiss et al., 2024), lo que complica las inferencias sobre si restringir la entrada de nuevos proveedores mejorará o empeorará los resultados en un estado determinado.

Es importante destacar que existe poca evidencia de que la derogación o modificación de los requisitos de CON lleve al cierre de facilidades de salud existentes. Stratmann et al. (2024) no encontraron evidencia de que la derogación de los requisitos de CON para los centros de cirugía ambulatoria esté asociada con el cierre de hospitales rurales; por el contrario, algunos modelos asocian esa derogación con menos reducciones en los servicios médicos. De manera similar, Mitchell y Slivinski (2025) concluyen que, tras la derogación o reforma de los CON, los resultados generalmente no empeoran y pueden mejorar mediante un mayor acceso, menores costos o una mejor calidad, aunque los efectos varían según el tipo de servicio y el horizonte temporal.

4.3. Por qué los efectos difieren entre jurisdicciones

Las diferencias en los efectos estimados de los CON entre los estados pueden reflejar varios mecanismos. En primer lugar, los estados difieren en lo que regulan (camas, diagnóstico por imágenes, centros de cirugía ambulatoria o cuidado extendido), por lo que dos estados pueden mantener programas de CON y, aun así, afectar distintos márgenes de entrada y expansión. En segundo lugar, los detalles de implementación son importantes: los estándares probatorios, los plazos de revisión, los umbrales de inversión de capital, los umbrales de moratoria²⁰ y las oportunidades de intervención de los proveedores establecidos pueden modificar cuán vinculantes resultan los CON en la práctica. En tercer lugar, el escenario contrafactual difiere: en mercados con una marcada escasez de personal de salud o bajos niveles de reembolso, la derogación puede no generar un aumento sustancial de la oferta aun cuando se eliminen las barreras regulatorias; en cambio, en mercados con alta demanda y disponibilidad de capital y personal, puede propiciar una rápida entrada y expansión de la capacidad.

Aunque la derogación total puede ser la forma más directa de eliminar las barreras de entrada asociadas a los CON, las reformas también pueden avanzar mediante cambios focalizados cuando las restricciones políticas hacen inviable una derogación integral. En ese contexto, las reformas graduales deben entenderse como pasos conducentes a reducir las restricciones más distorsionadoras, especialmente cuando van acompañadas de monitoreo de resultados. Una cuestión central es si las estructuras regulatorias permiten que las personas, los profesionales de la

²⁰ Los umbrales pueden determinar si la revisión de CON resulta vinculante en la práctica. Los umbrales de inversión de capital exigen revisión únicamente por encima de determinados niveles de inversión, mientras que los umbrales de moratoria limitan directamente la oferta; por ejemplo, Nueva York exige una revisión completa de CON para hospitales generales cuando la inversión propuesta excede la mayor de las siguientes cantidades: \$60 millones o el 10 % de los costos operacionales, con un tope de \$150 millones. Por su parte, la legislación de Wisconsin impone un límite estatal al número de camas en un *licensed nursing-home*.

salud y los emprendedores respondan a las necesidades locales mediante el intercambio voluntario y la innovación en los servicios de salud. Este asunto es especialmente relevante para la accesibilidad, ya que las barreras de entrada pueden limitar opciones de atención oportunas y geográficamente convenientes, especialmente en comunidades subatendidas. Visto en el contexto amplio de las reformas en Estados Unidos, Puerto Rico no sería una excepción al reconsiderar el alcance y el diseño de su régimen de CNC.

5. Recomendaciones para reformar el régimen de CNC en Puerto Rico

El sistema de CNC de Puerto Rico funciona como un mecanismo de control previo de entrada y expansión: condiciona la apertura, expansión u ofrecimiento de determinados servicios de salud a la aprobación de la autoridad reguladora antes de su implementación. Según se desprende de los materiales de Puerto Rico examinados en este estudio (incluyendo la ley de CNC y su reglamento), esta estructura faculta a los proveedores establecidos para retrasar o bloquear posibles competidores y convierte la «necesidad» en una determinación administrativa, en lugar de un resultado revelado mediante las decisiones de los pacientes, la contratación de los aseguradores y la supervisión de la calidad. Esta sección recomienda favorecer la derogación de la Ley de CNC de Puerto Rico, salvo que existan razones convincentes para mantenerla o, si una derogación total no es políticamente viable, una reducción sustancial de las categorías sujetas a CNC, limitándolas a una breve lista de situaciones verdaderamente excepcionales y de alto riesgo.

Esta recomendación se fundamenta en (a) la tendencia documentada de los sistemas de CON a operar como barreras proteccionistas, pese a la evidencia débil o inconsistente de beneficio público; y (b) el hecho de que los proveedores de salud en Puerto Rico ya están sujetos a una amplia supervisión federal (por ejemplo, las condiciones de participación de Medicare, las normas federales sobre fraude y abuso,

y los regímenes de informes de calidad). En particular, si una entidad cumple con los requisitos para inscribirse y operar como proveedor de Medicare, y además satisface las normas federales y de Puerto Rico aplicables de licenciamiento y seguridad, Puerto Rico no debería exigir una demostración adicional y duplicativa de «capacidad» o «suficiencia» mediante un proceso de CNC como condición previa para ingresar al mercado.

5.1. Recomendación 1. Favorecer la derogación con mecanismos alternativos específicos para intereses estatales legítimos

El enfoque administrativamente más coherente es la derogación total del requisito de obtener un CNC, acompañada de instrumentos que atiendan directamente intereses estatales legítimos. Esta transición beneficiaría particularmente a los nuevos entrantes y a los proveedores más pequeños que carecen de los recursos para sortear obstáculos administrativos complejos o contrarrestar impugnaciones de proveedores establecidos.

Este enfoque es consistente con la tendencia predominante de reforma de los CON en Estados Unidos durante las últimas décadas: muchos estados han derogado completamente los CON, mientras que otros han reducido las categorías sujetas a revisión o han aumentado los umbrales para dicha revisión, lo que refleja escepticismo sobre la capacidad de las restricciones a la oferta para reducir costos o mejorar la calidad de forma consistente.

5.2. Recomendación 2. Adoptar un modelo limitado de CNC con exenciones claras

Si Puerto Rico conserva un marco de CNC, la reforma debería ser amplia y diseñarse para minimizar su uso como un mecanismo de veto de los proveedores establecidos.

Si la derogación total no es factible, la reducción del alcance de los CNC debería priorizar servicios para los cuales las restricciones de entrada son especialmente difíciles de justificar: servicios utilizados por poblaciones vulnerables, servicios poco

Figura 3*Elementos clave de la Recomendación 1***Seguridad y competencia profesional**

Basar la supervisión en el licenciamiento de facilidades, el licenciamiento profesional, las inspecciones y la fiscalización, incluidas sanciones por incumplimiento, asegurando al mismo tiempo que los requisitos de licenciamiento permanezcan centrados en la salud y la seguridad y no funcionen como controles de entrada al estilo de los CNC.

**Calidad y resultados**

Ampliar los mecanismos de divulgación transparente de información y auditoría (incluyendo, cuando corresponda, criterios alineados con Medicare), sin limitar la oferta.

**Acceso para poblaciones vulnerables**

Utilizar contratación por parte de los aseguradores, normas de adecuación de redes y subsidios focalizados (incluyendo incentivos para áreas rurales y comunidades subatendidas), en lugar de restringir la entrada.

**Control de costos**

Favorecer reformas de pago (fijación de tarifas, pagos agrupados y compras basadas en valor) y la fiscalización del fraude, en lugar de mantener una barrera general de aprobación previa.

Fuente. Elaboración propia.

propensos a la sobreprescripción, servicios de baja inversión de capital y alternativas de menor costo a la atención institucional. Dentro del marco de CNC de Puerto Rico, estas categorías son particularmente relevantes para la salud conductual, el tratamiento de trastornos por uso de sustancias, los servicios de salud en el hogar, los programas de hospicio y otros servicios ambulatorios o comunitarios. Estas reformas responden a un patrón común en los estados de Estados Unidos que han optado por reformar sin derogar: reducir el alcance de la revisión, aumentar los umbrales de revisión e incorporar salvaguardas procesales más claras para reducir retrasos y la caza de rentas.

5.3. Recomendación 3. Seleccionar una ruta de implementación: derogación total o reforma escalonada

Se recomienda la derogación total cuando sea factible, porque es más sencilla de administrar y reduce la incertidumbre para inversionistas, proveedores y pagadores. También evita años de litigios y conductas estratégicas que pueden surgir cuando las exclusiones parciales crean líneas divisorias controvertidas. Una transición gradual puede justificarse si los responsables de formular política pública desean escalonar los cambios para proteger la continuidad de la atención y la capacidad administrativa.

Figura 4*Elementos clave de la Recomendación 2***Reducción del alcance por categorías**

Eliminar la revisión de CNC para la mayoría de los servicios y proyectos, conservando —como máximo— una breve lista de categorías excepcionales en las que exista una justificación creíble de falla de mercado y riesgo para los pacientes que no pueda atenderse mediante licenciamiento o regulación de calidad.

**Exención alineada con Medicare**

Crear una exención explícita o una presunción inicial de aprobación para solicitantes que cumplan con los requisitos de participación e inscripción en Medicare y con todas las normas de licenciamiento aplicables, salvo que el regulador de CNC identifique razones específicas y documentadas para no conceder dicho tratamiento. El proceso de CNC no debería volver a examinar cuestiones de «capacidad» o «suficiencia» ya atendidas mediante las condiciones federales de participación y otros mecanismos relacionados de supervisión.

**Umbral objetivo y plazos definidos**

Establecer umbrales elevados de inversión de capital o volumen de servicios para activar la revisión; imponer plazos estrictos para la toma de decisiones; y disponer que la falta de acción dentro del plazo resulte en la aprobación de la solicitud.

**Limitar la legitimación activa y la participación de competidores**

Reducir las oportunidades de los proveedores establecidos para retrasar la entrada de nuevos participantes mediante intervenciones contenciosas; garantizar que cualquier participación se limite a evidencia directamente relacionada con los criterios legales objetivos.

**Evidencia y carga de la prueba**

Poner en el gobierno el peso de demostrar, con base en evidencia, un riesgo concreto para la seguridad de los pacientes o el acceso a los servicios que no pueda mitigarse mediante mecanismos menos restrictivos.

Fuente. Elaboración propia.

Independientemente de la vía que se adopte, el objetivo de política pública debe ser claro: Puerto Rico debe pasar de un modelo basado en restricciones de entrada a un marco moderno de supervisión que enfatice la seguridad, la calidad, la prevención del fraude y la transparencia. En Puerto Rico —donde la regulación federal ya rige aspectos sustanciales de

la participación de los proveedores, la facturación y la calidad— es difícil justificar el valor adicional de un segundo procedimiento discrecional de «necesidad», mientras que los perjuicios competitivos derivados de los retrasos y la exclusión son previsibles. Finalmente, cualquier agenda de reforma regulatoria también debería atender las disparidades

Figura 5*Enfoque pragmático y gradual para la Recomendación 3***Fuente.** Elaboración propia.

en el financiamiento federal de la salud, abogando por un financiamiento más equitativo para Puerto Rico, incluidas reformas que acerquen la estructura de financiamiento de Medicaid de la Isla a la de los estados y proporcionen mayor estabilidad fiscal para apoyar la inversión en infraestructura y mejorar el acceso.

5.4. Aumentar la transparencia e información pública

Las futuras reformas también deberían requerir que la DCNCVA recopile y publique datos básicos sobre el desempeño del proceso de CNC. Como mínimo, el Departamento de Salud debería informar (a) el número de solicitudes radicadas, aprobadas, denegadas, retiradas y pendientes; (b) el tiempo promedio hasta la decisión final; (c) el porcentaje de solicitudes impugnadas por competidores; y (d) las tasas de aprobación de solicitudes impugnadas y no impugnadas. La DCNCVA también debería recopilar y publicar información económica relacionada con las solicitudes radicadas, los CNC otorgados y

las solicitudes denegadas, incluyendo la inversión de capital propuesta, los costos operacionales estimados, la capacidad de servicio prevista y el área geográfica de servicio proyectada. El Departamento también podría requerir que los solicitantes estimen el tiempo y el costo de preparar una solicitud de CNC y, cuando corresponda, el número de pacientes afectados o de servicios demorados mientras la aprobación estaba pendiente. Debido a que algunos proveedores podrían no presentar solicitudes por el costo o la incertidumbre del proceso, encuestas periódicas a proveedores actuales y potenciales podrían ayudar a identificar casos de entrada disuadida que no son visibles en los registros de solicitudes.

6. Conclusión

Los regímenes de CON en Estados Unidos y, en particular, el marco regulatorio de CNC de Puerto Rico se entienden mejor como sistemas de control de la oferta que requieren que los potenciales entrantes y los proveedores en expansión obtengan

una aprobación discrecional antes de ofrecer servicios, aumentar capacidad o invertir en nuevas facilidades. La literatura sobre los CON examinada en este estudio revela una pauta empírica y de política pública consistente: la regulación de tipo CON tiende a funcionar como una barrera de entrada que protege a los proveedores establecidos, mientras que la evidencia de beneficios públicos amplios y reproducibles —como la contención sostenida de costos, una mejora en la calidad o un mayor acceso para comunidades subatendidas— es limitada, mixta o dependiente del contexto.

El sistema de salud de Puerto Rico también opera bajo una densa red de requisitos federales. Medicare (y los programas federales relacionados y sus mecanismos de fiscalización) ya condiciona la participación de los proveedores al cumplimiento de estándares detallados sobre seguridad de los pacientes, dotación de personal, facilidades, integridad en la facturación e informes. Esta base regulatoria federal reduce sustancialmente la justificación de un procedimiento adicional y duplicativo de CNC dirigido a volver a demostrar «capacidad» o «suficiencia» como condición previa para entrar al mercado. Cuando persisten objetivos gubernamentales legítimos —seguridad de los pacientes, supervisión de la calidad, prevención del fraude y equidad en el acceso— estos pueden atenderse más directamente mediante licenciamiento, inspecciones, fiscalización, divulgación transparente de información sobre calidad y reformas de pago y contratación, que mediante una barrera amplia de aprobación previa que puede retrasar inversiones y restringir la competencia.

Por estas razones, las recomendaciones de este informe respaldan favorecer la derogación de los requisitos de CNC en Puerto Rico o, como mínimo, una reducción a gran escala de las categorías sujetas a revisión de CNC, acompañada de exenciones claras y salvaguardas procesales (incluyendo criterios alineados con Medicare, umbrales objetivos, plazos fijos y límites a las intervenciones de proveedores establecidos). Ya sea mediante una derogación total o una transición gradual, la dirección de política pública debe ser la misma: alejar a Puerto Rico de

las restricciones discrecionales de entrada y avanzar hacia mecanismos contemporáneos de supervisión que protejan a los pacientes y, al mismo tiempo, faciliten la inversión oportuna, la innovación y la oferta competitiva de servicios de salud.

7. Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a Julio Juliá por su disposición para atender sus consultas. Asimismo, reconocen a José Luis Rivera Rivera por su apoyo a este estudio, a Katherine Hoyos Negrón por su disponibilidad y valiosa contribución a la investigación, y a Juan Zayas por su ayuda en la identificación de solicitantes de CNC dispuestos a ser entrevistados para el proyecto. Finalmente, extienden su agradecimiento a Edwin R. Ríos, McKenzie Richards y Jorge L. Rodríguez por revisar y comentar el primer borrador del informe; y a Matthew D. Mitchell por su minuciosa lectura y crítica del manuscrito.

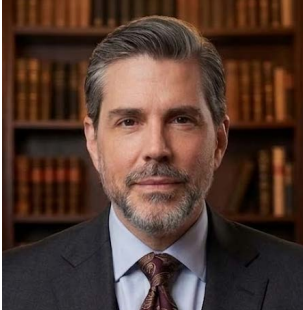
8. Referencias

- Amy, J. (2024, March 21). *Georgia Senate lawmakers give final passage to bill to loosen health permit rules*. Associated Press. <https://apnews.com/article/georgia-health-care-hospitals-certificate-need-con-aa09dd79d34f912e0103b0e0b444693f>
- Burton, P. (2025, July 15). *Healthcare in Puerto Rico: Bridging the gaps*. PharmaBoardroom. <https://pharmaboardroom.com/articles/healthcare-in-puerto-rico-bridging-the-gaps/>
- Calderón, M. C. B., & Jaramillo, V. N. (2024). The selection process of jurisdictional guarantees in Ecuador during the COVID-19 health emergency. *Brazilian Journal of Development*, 10(8), e71994–e71994. <https://doi.org/10.34117/bjdv10n8-031>
- Cantor, J. H., Horwitz, J., Whaley, C. M., & Yu, A. (2025). The relationship between certificate of need laws and mortality (NBER Working Paper No. 34403). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w34403>
- Carrión-Tavárez, Á. (2024, octubre). *Acciones de libertad económica para un Puerto Rico justo y próspero*. Instituto de Libertad Económica. <https://doi.org/10.53095/13584013>

- Cavanaugh, J., & Mitchell, M. D. (s.f.). *Debunking certificate of need myths in Maine*.
- Chiu, K. (2021). The impact of certificate of need laws on heart attack mortality: Evidence from county borders. *Journal of Health Economics*, 79, 102518. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102518>
- Courtemanche, C. J., & Garuccio, J. (2025). *How do certificate-of-need laws affect hospitals? A review of the evidence* (NBER Working Paper No. 34026). National Bureau of Economic Research. <http://www.nber.org/papers/w34026>
- Dixit, M. N., & Rivera-Hernandez, M. (2022). Home health quality in Puerto Rico compared with US states. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(1), 287–289.
- Galíndez, J. A. (2024, May 11). *Outlook of Puerto Rico healthcare market*. <https://galindezllc.com/wp-content/uploads/2024/05/Outlook-of-Puerto-Rico-Healthcare-Market-5-11-24.pdf>
- Galva, J. E. (2025, 27 de febrero). Certificados de necesidad y conveniencia: un obstáculo mortal para los buenos servicios de salud. *El Vocero*. https://www.elvocero.com/opinion/opini-n-certificados-de-necesidad-y-conveniencia-un-obst-culo-mortal-para-los-buenos-servicios/article_2b4bdd76-f45e-11ef-9c85-a7da1e6365c8.html
- Hayek, F. A. (1999). El uso del conocimiento en la sociedad. *Cuadernos de Economía*, 18(30), 331–345. Trad. Freddy Cante y Alberto Supelano. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4934909.pdf> (Trabajo original publicado en 1945)
- Health Resources and Services Administration. (2024, September 30). *Fiscal Year (FY) 2024–Puerto Rico*. <https://data.hrsa.gov/api/factsheet/3/72/2024>.
- Informe negativo, P. del S. 361, 18a Asamblea Legislativa, 1a Sesión Ordinaria. (2017). https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fsutra.oslpr.org%2FSutraFiles%2Fanejos_conv%2F2017-2020%2F%257B4B7F7A03-6715-4A37-A4BD-68BDF15EEE04%257D.doc&wdOrigin=BROWSELINK
- Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico. (2025, June). *Revised 2024 fiscal plan for Puerto Rico. Restoring Growth and Prosperity*. <https://oversightboard.pr.gov/fiscal-plans/>
- Ley de Certificados de Necesidad y Conveniencia, Ley Núm. 2 de 7 de noviembre de 1975, según enmendada (1975 & rev. 2006). <https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/leyesreferencia/PDF/Salud/2-1975.pdf>
- Mitchell, M. D. (2024a). Certificate of need laws in health care: Past, present, and future. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61, 1–11. <https://doi.org/10.1177/00469580241251937>
- Mitchell, M. D. (2024b). Certificate-of-need laws in healthcare: A comprehensive review of the literature. *Southern Economic Journal*, 1–38. <https://doi.org/10.1002/soej.12698>
- Mitchell, M. & Slivinski, S. (2025). After CON: What happens when states repeal or modify their certificate of need requirements in health care? *George Mason Law Review*, 32(3), 627–655. https://lawreview.gmu.edu/print__issues/after-con-what-happens-when-states-repeal-or-modify-their-certificate-of-need-requirements-in-health-care/
- Náter-Lebrón, R. F. (2017, 23 de mayo). Certificados de necesidad y conveniencia: ¿instrumentos del siglo pasado? *Microjuris Al Día*. <https://aldia.microjuris.com/2017/05/23/certificados-de-necesidad-y-conveniencia-instrumentos-del-siglo-pasado/>
- National Conference of State Legislatures. (2025). *From mergers to market power: 2025 legislative recap on health care consolidation*. <https://www.ncsl.org/health/from-mergers-to-market-power-2025-legislative-recap-on-health-care-consolidation>
- National Conference of State Legislatures. (2024). *Certificate of need state laws*. <https://www.ncsl.org/health/certificate-of-need-state-laws/maptype/tile>
- National Health Planning and Resources Development Act of 1974, Pub. L. No. 93-641, 88 Stat. 2225 (1975).

- P. del S. 361, 18a Asamblea Legislativa, 1a Sesión Ordinaria. (2017). <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Faldia.microjuris.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F05%2Fps361-radicado.doc&wdOrigin=BROWSELINK>
- Portela, M. & Sommers, B. D. (2015). On the outskirts of national health reform: A comparative assessment of health insurance and access to care in Puerto Rico and the United States. *The Milbank Quarterly*, 93(3), 584–608. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12138>
- Raby, J. (2023, March 9). *West Virginia lawmakers ok hospital expansion rule changes*. Associated Press. <https://apnews.com/article/bcb7b2072224069db7dea6d4b86e1fee>
- Reglamento de Procedimientos Adjudicativos y de Reglamentación en el Departamento de Salud, Núm. 9321 de 29 de octubre de 2021 (2021). <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/6045>
- Reglamento del Secretario de Salud para Regir el Otorgamiento de Certificados de Necesidad y Conveniencia, Núm. 9084 de 17 de mayo de 2019. (2019). <https://aldia.microjuris.com/wp-content/uploads/2022/04/Reglamento-9084-1.pdf>
- Rivera-González, A. C., Roby, D. H., Stimpson, J. P., Bustamante, A. V., Purtle, J., Bellamy, S. L., & Ortega, A. N. (2022). The impact of Medicaid funding structures on inequities in health care access for Latinos in New York, Florida, and Puerto Rico. *Health Services Research*, 57(S2), 172–182. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14036>
- Rosado Lebrón, J. (2025, 19 de septiembre). “No es por falta de recursos que tenemos esta crisis”: Analistas aseguran hay fondos para servicios de salud. *Metro*. <https://www.metro.pr/estilo-vida/2025/09/19/no-es-por-falta-de-recursos-que-tenemos-esta-crisis-analistas-aseguran-hay-fondos-para-servicios-de-salud/>
- Santini-Dominguez, R., Martinez-Trabal, J., & Gonzalez-Diaz, G. (2025). Puerto Rico’s specialist crisis—a wake-up call for health equity and action. *JAMA Health Forum*, 6(6). <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2025.1949>
- Stansel, D., Torra, J., Mitchell, M., & Carrión-Tavárez, Á. (2024, December). *Economic Freedom of North America 2024*. Fraser Institute. <https://doi.org/10.53095/88975023>
- Stratmann, T. (2022). The effects of certificate-of-need laws on the quality of hospital medical services. *Journal of Risk and Financial Management*, 15(6), 272. <https://doi.org/10.3390/jrfm15060272>
- Stratmann, T., Bjoerkheim, M., & Koopman, C. (2025). The causal effect of repealing certificate-of-need laws for ambulatory surgical centers: Does access to medical services increase? *Southern Economic Journal*, 92(1), 63–86. <https://doi.org/10.1002/soej.12710>
- Vera Rosado, I. (2024, 25 de enero). *Crisis o reajuste de la industria de la salud*. Asociación de Hospitales de Puerto Rico. <https://www.hospitalespr.org/noticias-del-dia/crisis-o-reajuste-de-la-industria-de-la-salud/#:~:text=Crisis%20o%20reajuste%20de%20la,de%20Hospitales%20de%20Puerto%20Rico>
- Walgreen Co. v. Rullan, 405 F.3d 50 (1st Cir. 2005). <https://caselaw.findlaw.com/court/us-1st-circuit/1448139.html#:~:text=In%20the%20district%20court%2C%20Walgreen,entering%20the%20Puerto%20Rico%20market.>
- Weiss, M., Normand, S.-L. T., Grabowski, D. C., Blacker, D., Newhouse, J. P., & Hsu, J. (2024). All-cause nursing home mortality rates have remained above pre-pandemic levels after accounting for decline in occupancy. *Health Affairs Scholar*, 2(11), qxae126. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxae126>

Acerca de los autores



Ángel Carrión-Tavárez es profesor e investigador transdisciplinario cuyo trabajo articula la investigación académica, la política pública y la colaboración internacional. Obtuvo un bachillerato en Sociología de la Universidad de Puerto Rico, una maestría en Lingüística de California State University y un doctorado en Integración y Desarrollo Económico y Territorial de la Universidad de León, España. Fundó y editó la revista de economía y política pública *Panorama 21*, dirigió el semanario *Caribbean Business* y fue editor jefe y presidente de la Junta Editora de la revista arbitrada *Fórum Empresarial*. Ha sido profesor de geografía regional y empresarial, y director del Centro de Investigaciones Comerciales de la Universidad de Puerto Rico. A lo largo de su carrera, ha ofrecido conferencias en universidades de Alemania, España, Estados Unidos, México, Colombia, Brasil, Perú y Chile. Es autor de más de 200 trabajos en diversas disciplinas y ha sido entrevistado para artículos, columnas y reportajes en *The Wall Street Journal*, *Newsweek*, *Forbes*, National Public Radio, Univision, Radio France Internationale y Al Jazeera.



Jaimie Cavanaugh es asesora principal de política pública estatal en Pacific Legal Foundation, donde colabora con legisladores de todo Estados Unidos para eliminar regulaciones onerosas y ampliar las oportunidades individuales. Reconocida como experta nacional en las leyes de certificado de necesidad (CON, por sus siglas en inglés), Jaimie ha dedicado años a promover la reforma o derogación de estos estatutos restrictivos, que crean barreras innecesarias para el establecimiento de facilidades de salud. Ha publicado informes detallados sobre las leyes de CON y ha escrito extensamente sobre sus efectos perjudiciales para los pacientes, los proveedores y la competencia. Como exlitigante, ha representado a emprendedores del sector salud en impugnaciones judiciales a leyes de CON. Su trabajo también contribuyó al reconocimiento del derecho a la libertad económica por el Tribunal Supremo de Georgia y a poner fin a la prohibición de vender productos de repostería caseros en Nueva Jersey. Sus opiniones han aparecido en *The Wall Street Journal*, *The Hill*, *National Review* y *NBC Think*.

Contacto

Instituto de Libertad Económica para Puerto Rico
Correo-e: info@ilepr.org
PO Box 363232
San Juan PR 00936-3232

Tel.: +1 787.721.5290
Fax: +1 787.721.5938

Diseño gráfico

Magda Rocío Barrero

Fotografía

Imagen de la página 4 diseñada por Magnific.

Impresión

3A Press, Corp.

Citación

Carrión-Tavárez, Á., & Cavanaugh, J. (2026, agosto). *Cómo los certificados de necesidad y conveniencia limitan la inversión y el acceso a los servicios de salud en Puerto Rico*. Instituto de Libertad Económica; Pacific Legal Foundation. <https://doi.org/10.53095/13584022>

Publicado por el Instituto de Libertad Económica para Puerto Rico en acceso abierto, bajo una licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).





Siga este y otros trabajos en <https://institutodelibertadeconomica.org>.

El Instituto de Libertad Económica es un centro de pensamiento de libre mercado que aboga por la libertad económica de los residentes de Puerto Rico. Existimos para garantizar que todos en la Isla tengan las mismas oportunidades de liberar su máximo potencial y crear su propio éxito. Creemos que la prosperidad debe ser impulsada por la creatividad, el espíritu empresarial y la innovación de las personas. Queremos vivir en un Puerto Rico donde todos puedan prosperar en una sociedad libre y abierta.