

DERECHO SANITARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Pueden las herramientas legales actuales responder adecuadamente a los riesgos de la inversión de capital privado en el sector de la salud?

Robert I. Field, PhD, JD, MPH

Resumen

A medida que los fondos de capital privado (PE, por sus siglas en inglés) adquieren una proporción creciente del sistema de salud en Estados Unidos, su enfoque se ha expandido hasta incluir no solo hospitales y residencias de ancianos, sino también consultorios médicos. Algunas adquisiciones de las PE han aportado el capital necesario a entidades con recursos limitados, pero otras han generado un aumento en los precios, una disminución en la calidad de los servicios y fraude en la facturación. Algunas adquisiciones también han llevado a la quiebra a entidades viables tras despojarlas de sus bienes inmuebles y de otros activos. Este artículo explica cómo las respuestas legales y regulatorias a estos efectos pueden verse obstaculizadas por las estructuras corporativas que los fondos que las PE utilizan comúnmente para ocultar responsabilidades. Además, sugiere reformas que podrían fortalecer la capacidad de aplicación de la ley.

La American Medical Association designa esta actividad de educación médica continua (CME) basada en la revista para un máximo de un crédito AMA PRA Category 1 Credit™ disponible a través de AMA Ed Hub™. Los médicos solo deben reclamar el crédito correspondiente a su grado de participación en la actividad.

Crecimiento del capital privado en el sector de la salud

Los fondos de las PE han ido adquiriendo una proporción cada vez mayor en el sistema de salud en Estados Unidos, con un incremento en el valor de las inversiones de 41,5 mil millones de USD a 119,9 mil millones de USD entre 2010 y 2019.¹ Inicialmente, la mayor parte de estas inversiones se centró en hospitales, residencias de ancianos y otros proveedores institucionales, de los cuales adquirieron un número considerable. En 2024, los fondos de las PE poseían más de 386 hospitales, lo que representa el 30 % de las instalaciones con fines de lucro en el país.² En 2022, eran propietarios de aproximadamente el 5 % de las residencias de ancianos inscritas en Medicare.³ Y, en 2023, estos fondos también poseían más del 20 % de las instalaciones de salud mental en algunos estados.⁴

Tras este inicio, el interés de los fondos de las PE se ha ampliado para incluir consultorios médicos. Las adquisiciones de estas entidades aumentaron de 75 a 484 al año entre 2012 y 2021.⁵ En 2021, un solo fondo de una PE tenía al menos un 30 % de

participación en 108 mercados de consultorios médicos en áreas metropolitanas y al menos un 50 % en 50 de esos mercados.⁶

Los defensores de la inversión de las PE destacan que ha permitido inyecciones de capital necesarias, la racionalización de operaciones ineficientes y la reducción de la carga burocrática para los médicos.⁷ Además, las empresas de PE tienen una estructura de gobierno más ágil que las empresas de inversión tradicionales, lo que les permite tomar decisiones con mayor rapidez.⁸ Sin embargo, los críticos señalan evidencias de efectos negativos graves como aumentos en los precios, reducciones en la calidad de la atención, incremento en los casos de fraude en la facturación y tensión financiera que ha llevado a la quiebra a entidades viables.⁹ En respuesta, se han reforzado los esfuerzos para hacer cumplir la ley, pero los reguladores gubernamentales a menudo enfrentan obstáculos considerables.¹⁰

Modelo de negocio de las PE

El modelo de inversión de las PE se basa en la conformación de un fondo con un grupo reducido de inversionistas para adquirir empresas en funcionamiento que no cotizan en bolsa.¹¹ Estos fondos suelen estructurarse como sociedades en las que un socio general administra las entidades adquiridas y las corporaciones afiliadas proporcionan servicios auxiliares.¹² Mientras que las inversiones privadas en el sector de la salud han existido durante décadas, tradicionalmente han sido realizadas por profesionales de la salud o individuos con conocimientos del sector.¹³ En contraste, los fondos de las PE invierten en nombre de personas adineradas e instituciones que, a menudo, carecen de experiencia en el sector de la salud y de interés en la viabilidad a largo plazo de las entidades adquiridas o en su capacidad de prestar servicios.¹³ En muchos casos, el objetivo principal es generar ganancias a corto plazo en lugar de garantizar la operación continua.¹³

Las adquisiciones de las PE en el sector de la salud suelen incluir cuatro elementos que no son comunes en las inversiones tradicionales con fines de lucro:¹⁴ (1) incorporación de las entidades adquiridas en estructuras corporativas complejas y opacas; (2) refinanciamiento y transferencia de la deuda a las entidades adquiridas; (3) transferencia de los activos de las entidades adquiridas, especialmente bienes inmuebles, a empresas relacionadas de su propiedad; y (4) desarrollo de relaciones comerciales entre la entidad adquirida y proveedores de servicios auxiliares que también pertenecen al fondo de las PE.⁹ Estos elementos otorgan varias ventajas a las empresas de PE. Las estructuras corporativas complejas pueden proteger a los inversionistas individuales de demandas, reclamaciones de acreedores y sanciones por atención deficiente.⁹ También dificultan que los reguladores identifiquen a los responsables de conductas abusivas.⁹ La supervisión regulatoria se ve aún más obstaculizada por la estructura de propiedad privada de las empresas de PE, lo que les permite evitar los requisitos de divulgación que se exigen a las empresas que cotizan en bolsa.⁹ La transferencia de la deuda a la entidad adquirida protege al fondo y a sus inversionistas de la obligación de reembolso.⁹ Además, la venta de bienes inmuebles a empresas relacionadas genera ingresos adicionales mediante alquileres que la entidad debe pagar por el uso de sus propias instalaciones.¹⁵ Las relaciones corporativas entrelazadas también generan ingresos al exigir pagos por servicios auxiliares, como facturación y adquisiciones, que también son propiedad del fondo de las PE.⁹ Incluso pueden obligar a la entidad a pagar tarifas de administración al socio general del fondo por su supervisión.¹⁴

Consecuencias

Por un lado, la literatura empresarial documenta muchos casos en los que las entidades adquiridas se han beneficiado de la inversión de las PE.¹⁶ Estos beneficios son más

notorios cuando se ha inyectado capital necesario en empresas en dificultades o en flujos de prestación de servicios con bajo rendimiento.¹⁷ El financiamiento de las PE también ha permitido a proveedores financieramente estables ampliar su oferta de servicios. Por ejemplo, se desarrolló una asociación para crear 67 clínicas de atención primaria enfocadas en pacientes mayores con una inversión de 800 millones de USD.¹⁸ Algunos consultorios médicos independientes más pequeños pueden beneficiarse de la inversión de PE al obtener recursos para competir en un mercado cada vez más costoso y competitivo.¹⁹

Sin embargo, también abundan los casos de consecuencias negativas significativas, incluida la ruina financiera de algunas entidades adquiridas. Un análisis de quiebras en el sector de la salud en 2023 encontró que éstas habían ido en aumento durante varios años y que al menos el 21 % de las empresas de salud que se declararon en quiebra ese año eran propiedad de empresas de PE.²⁰ Un estudio sobre 484 adquisiciones apalancadas de las PE halló que la probabilidad de quiebra de la empresa adquirida era aproximadamente un 18 % mayor que la de las empresas no adquiridas.²¹ Esta consecuencia puede ser de poca preocupación para muchos fondos de las PE, ya que comúnmente utilizan la quiebra como una estrategia de salida deliberada para las entidades que adquieren.²¹ Un ejemplo reciente ilustra esta situación. Pocos años después de que una empresa de PE se convirtiera en propietaria de una red de 31 hospitales en ocho estados, la red acumuló una deuda de 400 millones de USD.²² En respuesta, la empresa de PE organizó que el arrendador de los hospitales proporcionara apoyo financiero durante los siguientes cuatro años.^{22,23} Luego, vendió una participación mayoritaria en la organización al director ejecutivo y obtuvo una ganancia de 800 millones de USD. Poco después, la red se declaró en quiebra.²²

Para aquellas entidades que continúan operando, la propiedad de las PE suele asociarse con precios más altos para los pacientes y las **aseguradoras**.¹³ Una revisión sistemática de 55 estudios sobre la propiedad de las PE en entidades de salud encontró que el aumento de costos era el resultado más reportado con mayor frecuencia.²⁴ Un estudio basado en datos del Healthcare Cost Institute Commercial Claims Research Dataset, que incluye aproximadamente 55 millones de vidas cubiertas, encontró aumentos en el gasto por paciente en 6 de 10 especialidades médicas, que oscilaban entre el 4 % y el 16 % después de la adquisición por una PE.⁵ En tres especialidades, los aumentos de precios fueron mayores cuando una práctica propiedad de una PE controlaba más del 30 % del mercado.⁵ Una encuesta publicada en 2020 identificó los tipos de consultorios con más probabilidad de ser adquiridos, como los de anestesiología, medicina de emergencia, medicina familiar, dermatología y especialidades múltiples.²⁵ Un estudio sobre los efectos de la adquisición por las PE en los consultorios de dermatología encontró que, tres años después de la adquisición, el volumen de pacientes atendidos por cada dermatólogo era entre un 4,7 % y un 17 % mayor que en los consultorios no adquiridos, y que los precios de las consultas rutinarias eran entre un 3 % y un 5 % más altos 1,5 años después de la adquisición.²⁶

A pesar de cobrar más, los proveedores administrados por una PE no necesariamente ofrecen una mejor **calidad de atención** y, en muchos casos, generan el efecto contrario.^{26,27} Por ejemplo, un estudio de 4,500 centros de diálisis administrados por PE encontró que aquellos en mercados concentrados tenían tasas de hospitalización ajustadas al riesgo más altas y menores tasas de supervivencia.²⁸ Un estudio sobre hospitales adquiridos por las PE halló que estos cuentan con menos empleados equivalentes a tiempo completo, menores puntuaciones de satisfacción de los pacientes y peores métricas de calidad.²⁹ Un estudio que analizó 662,095 reclamaciones de Medicare Parte A encontró que las entidades adquiridas presentaban una tasa un 25,4 % mayor de eventos adversos, incluidas caídas,

infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres centrales e infecciones del sitio quirúrgico, en comparación con hospitales de control emparejados.³⁰ Otro análisis de 5,3 millones de reclamaciones de Medicare a lo largo de 12 años halló aumentos significativos en la mortalidad a corto plazo en instalaciones de propiedad de PE, lo que podría estar relacionado con cambios operativos, como la reasignación de recursos que resultó en una disminución del personal.³¹

Las entidades de salud de propiedad de PE también han estado involucradas en numerosos casos de fraude en la facturación.⁹ Un estudio sobre consultorios médicos propiedad de PE encontró costos más altos, sobreutilización de muchos servicios, codificación excesiva en la facturación y **restricciones en la autonomía médica**, lo que resultó en una vulneración en la calidad de la atención al paciente.³² El costo de estos consultorios para programas gubernamentales como Medicare y Medicaid puede ser sustancial.²⁷

Respuestas legales

Las consecuencias negativas de las adquisiciones de las PE en el sector de la salud han llamado cada vez más la atención de los reguladores gubernamentales y legisladores. En términos de aplicación regulatoria, la atención se ha centrado en tres áreas principales.⁹ La primera son las violaciones de las leyes antimonopolio relacionadas con los efectos de las adquisiciones de las PE en la reducción de la competencia y el aumento de precios. La segunda son las violaciones de los estándares de seguridad en hospitales y residencias de ancianos, que han sido objeto de investigaciones por parte de reguladores estatales. La tercera son las prácticas fraudulentas de facturación en Medicare y Medicaid, lo que ha resultado en procesamientos por fraude por parte de las autoridades competentes a nivel federal y estatal. La creciente preocupación por las adquisiciones de PE también ha llevado a tres agencias federales —la Comisión Federal de Comercio (FTC, por sus siglas en inglés), la División Antimonopolio del Departamento de Justicia y el Departamento de Salud y Servicios Humanos— a solicitar información conjunta sobre la actividad de adquisiciones en el sector de la salud en términos más generales.³³ En cuanto a la atención legislativa, algunos miembros del Congreso han expresado su preocupación de que las adquisiciones de PE en el sector de la salud violen las leyes antimonopolio, lo que ha generado apoyo para la legislación destinada a aumentar la supervisión.³⁴ Además, varios estados han promulgado leyes para frenar las adquisiciones de PE en el sector de la salud y es probable que más estados sigan este camino.³⁵

Medidas como estas pueden estar teniendo un impacto. En los últimos tres años, las adquisiciones totales de las PE en el sector de la salud han comenzado a disminuir, pasando de un máximo de 1,204 en 2021 a 866 en 2023.³⁶ Al mismo tiempo, la aplicación continua de la ley contra prácticas abusivas ha encontrado obstáculos significativos.³⁷ El desafío más notable para los reguladores es desentrañar la compleja y opaca estructura de las empresas de PE para determinar la responsabilidad por abusos específicos.³⁸ Los fondos de las PE también suelen evitar los requisitos de notificación de transacciones ante la FTC y otras agencias debido a la estructura privada de las adquisiciones.³⁸ Además, si bien hay una creciente actividad de aplicación centrada en cuestiones económicas, como el aumento de la concentración del mercado y los precios elevados, menos atención se ha centrado en las preocupaciones sobre la atención al paciente.²⁹ Sin embargo, las deficiencias en la calidad de la atención son, sin duda, la consecuencia negativa más grave que pueden generar las adquisiciones de las PE.

Reforma

Para afrontar estos desafíos en la aplicación de la ley, tres tipos de reformas serían especialmente útiles. La primera sería exigir una mayor transparencia por parte de las empresas de PE en cuanto a las estructuras de propiedad y la organización corporativa.² Este requisito incluiría una presentación de informes más amplia a la FTC y a las autoridades reguladoras estatales antes de finalizar las transacciones, así como la reducción de los umbrales financieros para los informes obligatorios.⁵ La FTC podría utilizar esta autoridad para examinar más detalladamente las transacciones en busca de posibles efectos anticompetitivos, lo que es una preocupación particular en las adquisiciones de consultorios médicos.¹³ Sin embargo, las agencias estatales podrían tener un mayor margen de maniobra que la FTC en este aspecto debido al fallo de la Corte Suprema de 2024 en el caso *Loper Bright Enterprises v. Raimondo*, que negó a las agencias federales la deferencia que los tribunales habían aplicado durante décadas al considerar impugnaciones a sus iniciativas regulatorias.³⁹

Una segunda reforma vincularía más estrechamente el reembolso de Medicaid, que es la principal fuente de financiamiento para la mayoría de las instalaciones de atención a largo plazo y muchos hospitales, con el gasto en atención directa.⁴⁰ Permitir el reembolso de gastos auxiliares, como alquiler y administración, a entidades afiliadas incentiva a las entidades adquiridas por las PE a desviar el gasto hacia estas funciones no clínicas. La tercera reforma fortalecería las facultades de los reguladores estatales, quienes tienen la responsabilidad principal de garantizar la seguridad del paciente, para monitorear más de cerca la calidad de la atención en los proveedores adquiridos.³⁶ Esto es una preocupación especial en las residencias de ancianos, donde medidas de reducción de costos, como la disminución de personal, pueden tener consecuencias catastróficas.⁴⁰ Estas facultades mejoradas podrían incluir la autoridad para realizar inspecciones más frecuentes, imponer multas más altas por atención deficiente, emitir directrices sobre el uso de médicos de nivel medio y personal no licenciado, e implementar un sistema de registros más completo, además de contar con más recursos para llevar a cabo estas medidas.

Conclusión

La propiedad de entidades de atención médica por parte de las PE se basa en un modelo que busca maximizar las ganancias a corto plazo a expensas de la sostenibilidad empresarial a largo plazo. Entre sus principales características está la transferencia del control de los proveedores adquiridos a inversionistas con escaso conocimiento o interés en el sector de la salud. Esta estructura corporativa puede no ser adecuada para mantener altos estándares de calidad en una industria responsable de la vida y la salud de casi todas las personas en algún momento de sus vidas. Aquellos encargados de proteger la salud y la seguridad del público deben contar con el arsenal legal más sólido posible para responder eficazmente a estos desafíos.

References

1. Scheffler RM, Alexander LM, Godwin JR. Soaring private equity investment in the healthcare sector: consolidation accelerated, competition undermined, and patients at risk. American Antitrust Institute; Petris Center; 2021. Accessed June 11, 2024. <https://www.antitrustinstitute.org/wp-content/uploads/2021/05/Private-Equity-I-Healthcare-Report-FINAL-1.pdf>
2. Garber J. The rising danger of private equity in healthcare. Lown Institute. January 23, 2024. Accessed May 23, 2024. <https://lowninstitute.org/the-rising-danger-of-private-equity-in-healthcare/>
3. Gordon LV, Black W, Nakawaki B, et al. Nursing homes—limitations of using CMS data to identify private equity and other ownership. US Government

- Accountability Office; 2023. GAO-23-106163. Accessed June 11, 2024.
<https://www.gao.gov/assets/gao-23-106163.pdf>
4. Zhu JM, Greenberg E, King M, Busch S. Geographic penetration of private equity ownership in outpatient and residential behavioral health. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(7):732-735.
 5. Scheffler RM, Alexander L, Fulton BD, Arnold DR, Abdelhadi OA. Monetizing medicine: private equity and competition in physician practice markets. American Antitrust Institute; Petris Center; Washington Center for Equitable Growth; 2023. Accessed May 23, 2024. https://www.antitrustinstitute.org/wp-content/uploads/2023/07/AAI-UCB-EG_Private-Equity-I-Physician-Practice-Report_FINAL.pdf
 6. Abdelhadi O, Fulton BD, Alexander L, Scheffler RM. Private equity-acquired physician practices and market penetration increased substantially, 2012-21. *Health Aff (Millwood)*. 2024;43(3):354-362.
 7. Pearl R. Private equity and the monopolization of medical care. *Forbes*. February 20, 2023. Accessed May 23, 2024. <https://www.forbes.com/sites/robertpearl/2023/02/20/private-equity-and-the-monopolization-of-medical-care/?sh=2d7d2c4e2bad>
 8. Barber F, Goold M. The strategic secret of private equity. *Harvard Business Review*. September 2007. Accessed May 23, 2024. <https://hbr.org/2007/09/the-strategic-secret-of-private-equity>
 9. Field RI, Furrow B, Hoffman DR, Lownds K, Pearsall H. Private equity in health care: barbarians at the gate? *Drexel Law Rev*. 2023;15(4):821-891.
 10. Scheffler RM, Blumenthal D. Private equity impacts on health care: federal and state legislative and regulatory actions, will it matter? *Milbank Quarterly*. April 29, 2024. Accessed June 11, 2024. <https://www.milbank.org/quarterly/opinions/private-equity-impacts-on-health-care-federal-and-state-legislative-and-regulatory-actions-will-it-matter/>
 11. Rydin LL. Private equity, venture capital, and hedge funds. Harvard Law School Library. Updated October 2, 2023. Accessed November 1, 2024. https://guides.library.harvard.edu/law/private_equity
 12. Baldridge R. What is private equity? What is a private equity fund? *Forbes*. Updated July 30, 2024. Accessed November 1, 2024. <https://www.forbes.com/advisor/investing/private-equity/>
 13. Blumenthal D. Private equity's role in health care. The Commonwealth Fund. November 17, 2023. Accessed May 23, 2024. <https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2023/nov/private-equity-role-health-care>
 14. Appelbaum E, Batt R. *Financialization in Health Care: The Transformation of US Hospital Systems*. Center for Economic and Policy Research; 2021. Accessed May 23, 2024. <https://cepr.net/wp-content/uploads/2021/10/AB-Financialization-In-Healthcare-Spitzer-Rept-09-09-21.pdf>
 15. Atkins M. The impact of private equity on nursing home care: recommendations for policymakers. Roosevelt Institute; 2021. Accessed May 23, 2024. https://rooseveltinstitute.org/wp-content/uploads/2021/04/RI_NursingHomesandPE_IssueBrief_202104.pdf
 16. Rogers P, Holland T, Haas D. Lessons from private-equity masters. *Harvard Business Review*. June 2002. Accessed May 23, 2024. <https://hbr.org/2002/06/lessons-from-private-equity-masters>
 17. Everything is private equity now. *Bloomberg*. October 3, 2019. Updated October 8, 2019. Accessed May 23, 2024. <https://www.bloomberg.com/news/features/2019-10-03/how-private-equity-works-and-took-over-everything>

18. Landi H. Humana to shell out \$550M to buy clinics from PE partner. Fierce Healthcare. September 20, 2022. Accessed May 23, 2024. <https://www.fiercehealthcare.com/payers/humana-shell-out-550m-buy-clinics-pe-partner>
19. Kirsh GM, Kapoor DA. Private equity and urology: an emerging model for independent practice. *Urol Clin North Am*. 2021;48(2):233-244.
20. O'Grady E. Private equity healthcare bankruptcies are on the rise. Private Equity Stakeholder Project. April 17, 2024. Accessed May 23, 2024. <https://pestakeholder.org/reports/private-equity-healthcare-bankruptcies-are-on-the-rise/>
21. Ayash B, Rastad M. Leveraged buyouts and financial distress. *Finance Res Lett*. 2021;38:101452.
22. Weil J. The private-equity deal that flattened a hospital chain and its landlord. *Wall Street Journal*. May 7, 2024. Accessed May 23, 2024. https://www.wsj.com/finance/the-private-equity-deal-that-flattened-a-hospital-chain-and-its-landlord-3096747d?mod=hp_featst_pos3
23. Vogel S. Steward's bankruptcy documents reveal sprawling debt, planned hospital fire sale. *Healthcare Dive*. May 7, 2024. Accessed May 23, 2024. https://www.healthcaredive.com/news/stewards-bankruptcy-documents-reveal-sprawling-debt-planned-hospital-fire/715245/?utm_medium=email&utm_source=rasa_io&utm_campaign=newsletter
24. Borsa A, Bejarano G, Ellen M, Bruch JD. Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review. *BMJ*. 2023;382:e075244.
25. Zhu JM, Hua LM, Polsky D. Private equity acquisitions of physician medical groups across specialties, 2013-2016. *JAMA*. 2020;323(7):663-665.
26. Braun RT, Bond AM, Qian Y, Zhang M, Casalino LP. Private equity in dermatology: effect on price, utilization, and spending. *Health Aff (Millwood)*. 2021;40(5):727-735.
27. Blumberg LJ, Watts K. Evidence on private equity suggests that containing costs and improving outcomes may go hand-in-hand. *CHIRblog*. April 29, 2024. Accessed November 1, 2024. <https://chirblog.org/evidence-on-private-equity-suggests-that-containing-costs-and-improving-outcomes-may-go-hand-in-hand/>
28. Wollmann TG. How to get away with merger: stealth consolidation and its effects on US healthcare. National Bureau of Economic Research working paper 27274. May 2020. Revised March 2024. Accessed January 30, 2025. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w27274/w27274.pdf
29. Matthews S, Roxas R. Private equity and its effect on patients: a window into the future. *Int J Health Econ Manag*. 2023;23(4):673-684.
30. Kannan S, Bruch JD, Song Z. Changes in hospital adverse events and patient outcomes associated with private equity acquisition. *JAMA*. 2023;330(24):2365-2375.
31. Gupta A, Howell ST, Yannelis C, Gupta A. Owner incentives and performance in healthcare: private equity investment in nursing homes. National Bureau of Economic Research working paper 28474. February 2021. Revised August 2023. Accessed May 23, 2024. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w28474/w28474.pdf
32. Fuse Brown EC, Hall MA. Private equity and the corporatization of health care. *Stanford Law Rev*. 2024;76(3):527-596.
33. Muoio D. Federal regulators, clinicians make their case against private equity in healthcare. Fierce Healthcare. March 6, 2024. Accessed May 23, 2024. <https://www.fiercehealthcare.com/regulatory/federal-regulators-clinicians-make-their-case-against-private-equity-healthcare>

34. Corporate Crimes Against Health Care Act, S 4503, 118th Cong (2023-2024). Accessed January 30, 2025. <https://www.congress.gov/bill/118th-congress/senate-bill/4503>
35. Cumming C. States aim to combat private-equity healthcare takeovers. *Wall Street Journal*. April 18, 2024. Accessed June 18, 2024. <https://www.wsj.com/articles/state-private-equity-healthcare-takeovers-cb43f70b?tpl=pe>
36. Pifer R. Private equity investing in healthcare continues to slow. *Healthcare Dive*. May 8, 2024. Accessed May 23, 2024. https://www.healthcaredive.com/news/private-equity-healthcare-investing-pace-pitchbook/715280/?utm_medium=email&utm_source=rasa_io&utm_campaign=newsletter
37. Cai C, Song Z. Protecting patients and society in an era of private equity provider ownership: challenges and opportunities for policy. *Health Aff (Millwood)*. 2024;43(5):666-673.
38. Ranganathan S, Schneider E. Unpacking recent antitrust challenges to private equity in health care. O'Neill Institute for National and Global Health Law. February 1, 2024. Accessed May 23, 2024. <https://oneill.law.georgetown.edu/unpacking-recent-antitrust-challenges-to-private-equity-in-health-care/>
39. *Loper Bright Enterprises v Raimondo*, No. 22-4751, 2024 WL 3208360 (US 2024).
40. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *The National Imperative to Improve Nursing Home Quality: Honoring Our Commitment to Residents, Families, and Staff*. National Academies Press; 2022.

Robert I. Field, PhD, JD, MPH es profesor de derecho en la Facultad de Derecho Thomas R. Kline y profesor de administración y políticas de salud en la Escuela de Salud Pública Dornsife de la Universidad de Drexel en Filadelfia, Pensilvania. Su investigación se centra en la estructura del sistema de salud, la reforma sanitaria, la privacidad de datos y la bioética.

Citation

AMA J Ethics. 2025;27(5):E333-340.

DOI

10.1001/amajethics.2025.333.

Conflict of Interest Disclosure

Author disclosed no conflicts of interest.

The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.