

MEDICINA Y SOCIEDAD: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

Obtención de ganancias a costa de la inequidad en salud por parte de empresas de capital privado

Thomas Statchen y Colleen M. Grogan, PhD

Resumen

Este artículo explica cómo algunas estrategias de inversión de las empresas de capital privado (PE, por sus siglas en inglés) generan ganancias aprovechándose de pacientes que, debido a la inequidad en el sistema de salud de Estados Unidos, tienen dificultades para acceder a la atención médica. En particular, los pacientes con necesidades generales de atención médica o de salud mental que buscan atención en hospitales de red de seguridad o en centros penitenciarios, así como aquellos que requieren servicios de salud mental, son especialmente vulnerables a las siguientes estrategias de las PE: la adquisición de consultorios de baja calidad donde los pacientes no tienen otras opciones de atención, la consolidación de sistemas de prestación de servicios de salud altamente fragmentados y la falta de rendición de cuentas por la prestación deficiente de servicios, facilitada por la opacidad regulatoria. Para cada uno de estos problemas, el artículo propone respuestas en materia de políticas para mitigar los daños a los pacientes.

Aumento del margen de ganancia a partir de la vulnerabilidad

Las empresas de capital privado (PE) utilizan capital de fuentes privadas, como instituciones y personas, para adquirir activos, por lo general con el objetivo de aumentar de manera significativa su valor en un corto período.¹ La inversión de las PE en el sector de la salud ha crecido considerablemente en los últimos 20 años. El número de **adquisiciones de consultorios médicos** se multiplicó por seis entre 2012 y 2021.² Solo en 2022, se realizaron más de 850 transacciones relacionadas con el sector de la salud bajo el modelo de las PE.³ Tradicionalmente, muchas de estas adquisiciones se llevaban a cabo en especialidades con altos reembolsos.² Sin embargo, las PE ha ampliado cada vez más sus inversiones a consultorios que atienden a pacientes particularmente vulnerables debido a la naturaleza de su enfermedad o a inequidades estructurales dentro del sistema de salud. A través de estas inversiones, las empresas de PE están identificando métodos específicos para obtener ganancias a partir de esta vulnerabilidad, sin que existan pruebas contundentes de mejoras en la calidad de la atención.^{4,5,6} En esta sección, nos centraremos en las razones por las que las inversiones de las PE en el sector de la salud generan preocupaciones éticas, especialmente cuando estas empresas apuntan a grupos específicos de pacientes vulnerables. Para ilustrar este argumento, analizaremos los siguientes casos: hospitales de la red de seguridad social, atención médica en centros penitenciarios y servicios de salud conductual. No obstante, este análisis también podría

aplicarse a otros entornos o sectores del sistema de salud que atienden a poblaciones vulnerables.

Problemas éticos

Si bien las empresas con fines de lucro han invertido en el sector de la salud durante mucho tiempo, existen tres características principales de las empresas de PE que generan preocupación cuando invierten en entidades que atienden a pacientes vulnerables: riesgo moral, enfoque a corto plazo y falta de transparencia. Estos factores permiten que las empresas obtengan ganancias a partir de prácticas perjudiciales en lugar de competir de manera justa, sin que existan mecanismos efectivos de rendición de cuentas. En primer lugar, cuando las empresas de PE adquieren compañías a través de compras apalancadas, se produce un problema clásico de riesgo moral, en el cual la empresa gestora principal queda protegida de las consecuencias negativas de sus decisiones administrativas, pero se beneficia de altas tasas de retorno. Esto se debe a que las compras apalancadas se financian en gran parte con deuda, y la empresa gestora aporta tan solo entre el 1 % y el 2 % del capital, pero puede recibir hasta un 20 % de los rendimientos.⁷ En segundo lugar, debido a que las empresas de PE prometen a sus inversionistas un alto retorno en un corto período, la mayoría de las empresas respaldadas por las PE deben vender las compañías dentro de los 5 a 7 años posteriores a su adquisición. Esto genera un incentivo para aumentar rápidamente las ganancias en lugar de enfocarse en inversiones sostenibles a largo plazo.⁷ En tercer lugar, dado que no existen requisitos regulatorios consistentes que obliguen a las empresas de PE a divulgar detalles de sus adquisiciones,⁸ las prácticas de administración de las empresas de salud adquiridas por las PE y las prácticas de las propias empresas de PE permanecen opacas, lo que hace extremadamente difícil que los formuladores de políticas o los pacientes puedan exigir rendición de cuentas. Rara vez los pacientes saben si están recibiendo atención de un proveedor respaldado por las PE. Por lo tanto, si ocurren problemas, el paciente culpa al hospital, por ejemplo, pero no a la empresa de PE que lo adquirió. Como se describe a continuación, la combinación de estas características con las estructuras que generan vulnerabilidad resaltan las malas prácticas de las PE en su búsqueda de ganancias sin —o con una rendición de cuentas de cuentas atrasada

Explotación de la falta de opciones

Un principio fundamental de los mercados es la posibilidad de elegir un proveedor de bienes o servicios.⁹ Sin embargo, las poblaciones vulnerables, en particular las personas privadas de libertad o aquellas obligadas a recibir servicios de rehabilitación, con frecuencia no tienen opción ni la posibilidad de expresar preocupaciones sobre dónde reciben atención médica. Dado que estos pacientes carecen de poder político, existen pocas voces influyentes capaces de contrarrestar los **daños causados por las empresas de PE.**

Las empresas de PE han invertido fuertemente en la atención médica en centros penitenciarios y en la “industria de adolescentes en riesgo”, que proporciona servicios de salud conductual a jóvenes con necesidades significativas.^{10,11,12} Dos de las empresas más grandes que ofrecen servicios de salud en prisiones en múltiples estados son de propiedad de las PE. En 2017, se proyectaba que estas dos empresas obtendrían 2,5 mil millones de USD en ganancias.¹³ Estas ganancias provinieron principalmente de pagos per cápita de los gobiernos locales destinados a la prestación de servicios de salud en centros penitenciarios. Como suele ocurrir con poblaciones estigmatizadas con poco poder político, la mayoría de los estados no supervisó ni monitoreó adecuadamente la atención financiada con fondos públicos que se brindaba a estos grupos.^{14,15} Este hecho, sumado a la falta de elección de los pacientes en la atención recibida, permitió que las empresas de PE redujeran costos de manera significativa, aumentando así sus ganancias. Una investigación de CNN en 2019 reveló que el enfoque en la “contención de costos” de una empresa que proporciona atención médica en prisiones contribuyó a la muerte de

pacientes bajo su cuidado.¹⁶ Un análisis de *The Nation* evidenció que la reducción de la proporción de médicos a pacientes en las prisiones era una de las principales estrategias de reducción de costos. Por ejemplo, otra empresa proveedora de servicios de salud en prisiones empleaba solo 15 médicos para atender un contrato que cubría a 25,000 reclusos en Alabama.¹⁷ En la industria de adolescentes en riesgo, un gran proveedor estuvo controlado por distintas empresas de PE desde 1998 hasta 2015. Durante ese período, las agencias reguladoras estatales de Oregón y California cerraron o sancionaron las instalaciones de este proveedor debido a preocupaciones sobre la seguridad y la calidad, incluidos incidentes que resultaron en la muerte de menores bajo su custodia.¹²

Si bien la atención médica en las prisiones y la industria de adolescentes en riesgo son ejemplos extremos, las empresas de PE aprovechan dinámicas similares en residencias de ancianos y en cuidados paliativos. En las residencias de ancianos respaldadas por las PE, la reducción de la proporción de médicos por paciente ha contribuido a tasas de mortalidad superiores al promedio entre estos pacientes vulnerables, cuya autonomía para elegir o cambiar de médico es limitada.⁵ Tras revelarse hallazgos que demostraban una menor dotación de personal de enfermería, el incumplimiento de medidas de calidad y mayores tasas de mortalidad en las residencias de ancianos administradas por las PE,^{5,18} el presidente Biden emitió una orden ejecutiva que instruía a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid a redactar nuevas normativas de dotación de personal para mejorar la calidad de la atención y proteger la seguridad de los pacientes.¹⁹ Una de estas normativas, aprobada en abril de 2024, exige la presencia de un enfermero registrado en las residencias de ancianos las 24 horas del día, los siete días de la semana.²⁰ Si bien las regulaciones sobre dotación de personal son una herramienta importante para exigir responsabilidades a las residencias de ancianos, cabe destacar que estas normativas llegaron después de muchos años de abusos y no están dirigidas específicamente a la conducta de las PE ni se extienden a otros sectores con inversiones significativas de las PE. Por ello, las autoridades deberían considerar de manera proactiva regulaciones relativas a la calidad de la atención y las condiciones laborales que apunten directamente a la conducta de las PE en entornos clínicos donde los pacientes tienen opciones limitadas o nulas, en lugar de esperar muchos años hasta que los abusos salgan a la luz. En cuanto al rol de las PE en la atención médica en las prisiones, una posible medida sería seguir el ejemplo de la ciudad de Nueva York, que eliminó los contratos con proveedores de salud penitenciaria de propiedad de las PE y, en su lugar, optó por brindar estos servicios a través de una corporación pública sin fines de lucro, con el fin de reducir el incentivo de lucro y la falta de rendición de cuentas.²¹

Explotación de la fragmentación para obtener poder monopólico

Una estrategia de inversión común de las empresas de PE es enfocarse en sectores vulnerables del sistema de salud que se caracterizan por estar fragmentados y carecer de capital. Históricamente, el sistema de tratamiento de trastornos por uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) estaba compuesto principalmente por pequeñas organizaciones proveedoras de tratamiento que recibían financiamiento a través de subvenciones gubernamentales.²² Cuando la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 exigió a los programas de Medicaid cubrir los beneficios para el tratamiento de SUD, estos pequeños centros de tratamiento necesitaron capital para invertir en sistemas de registros electrónicos y facturación que les permitieran presentar reclamaciones ante los programas estatales de Medicaid y las organizaciones de atención administrada de Medicaid.²² Esta necesidad de capital creó una oportunidad para que las empresas de PE adquirieran pequeñas organizaciones proveedoras de tratamiento de SUD mediante un proceso conocido como “consolidación de empresas”, que permite generar economías de escala al consolidar costos administrativos y de infraestructura. Estas consolidaciones representan una gran ventaja para las empresas de PE, ya que les garantizan reembolsos consistentes de Medicaid mientras mantienen los costos bajos. También parecen

beneficiosas para los proveedores de tratamiento de SUD, pues les brindan el capital que necesitan con la promesa de mejorar la atención al paciente.²³ Sin embargo, aunque en apariencia es una situación en la que todos ganan, especialmente en un sector que ha sufrido por la falta de inversión, el proceso de consolidación ha contribuido con el tiempo a una gran concentración en el sector de salud conductual (y, de manera más amplia, en el sistema de salud de Estados Unidos).²⁴ Numerosos estudios coinciden en que el aumento de precios en la atención médica es uno de los principales efectos de la consolidación.²⁵ En sectores que atienden a pacientes vulnerables, como la salud conductual, el poder monopólico también se asocia con prácticas preocupantes en la atención al paciente. Las adquisiciones de **programas de tratamiento con opioides** (OTP, por sus siglas en inglés) por parte de empresas de PE son un ejemplo claro. Los OTP, en su mayoría clínicas independientes conocidas como clínicas de metadona, son los únicos establecimientos autorizados para dispensar metadona, uno de los medicamentos más eficaces para el trastorno por consumo de opioides.²⁶ Un estudio de 2020 reveló que las clínicas de metadona con fines de lucro tienen más probabilidades de administrar dosis insuficientes en comparación con los proveedores sin fines de lucro.²⁷ Actualmente, el 65 % de las clínicas de metadona en Estados Unidos operan con fines de lucro, un aumento significativo en los últimos 20 años que está relacionado con el incremento de inversiones de empresas de PE.^{4,24} Estas empresas poseen el 30 % de las clínicas de metadona a nivel nacional y, en algunos estados, son dueñas de todas las clínicas, lo que les otorga un monopolio a nivel estatal.⁴

Los OTP respaldados por las PE luchan por mantener la obligatoriedad de la administración presencial de las dosis, lo que genera cinco veces más ingresos por tratamiento semanal con opioides que el costo del medicamento en sí.⁴ Los fondos destinados a la administración presencial de dosis están diseñados para cubrir pruebas de detección de drogas y asesoramiento, servicios que, en combinación con la metadona, han mostrado evidencia mixta en cuanto a su efectividad.⁴ En otros países, como el Reino Unido, Australia y Canadá, no se exige la administración presencial de metadona, y tanto médicos generales como farmacéuticos pueden recetarla y dispensarla.²⁸ Los altos costos asociados con este enfoque han llevado a los proveedores de tratamiento para la adicción a solicitar una reevaluación de estas políticas con el fin de hacer que el tratamiento sea más accesible y asequible.²⁸ Sin embargo, las empresas de PE han colaborado para mantener el estado actual mediante la formación de grupos de presión que se oponen a la legislación que permitiría la prescripción de metadona para consumo en el hogar.⁴ Este ejemplo demuestra cómo el poder monopólico de las PE se traduce en poder político, el cual se utiliza para defender la continuidad de prácticas clínicas defectuosas.

Las soluciones regulatorias para abordar las consolidaciones y los monopolios generados por las empresas de PE pueden encontrarse en las leyes antimonopolio. Actualmente, las investigaciones federales están empezando a enfocarse en las consolidaciones como posibles prácticas anticompetitivas. En 2023, la Comisión Federal de Comercio (FTC, por sus siglas en inglés) presentó una demanda contra un grupo de anestesia y la empresa de PE que lo creó, alegando que habían consolidado una parte significativa de los servicios de anestesia en un estado con el fin de “elevar el precio de los servicios de anestesia... y aumentar sus propias ganancias”.²⁹ Para que este enfoque sea eficaz, la FTC necesita contar con mayor capacidad para enfrentar a empresas de gran tamaño que pueden costear abogados especializados y prolongar los procedimientos legales de la FTC durante años, lo que dificulta la regulación efectiva.

Explotación de la opacidad regulatoria

A través de transacciones financieras opacas y puramente especulativas, las empresas de PE pueden obtener ganancias a costa de la vulnerabilidad. Hasta hace poco, estas empresas han podido en gran medida ocultar su influencia en la propiedad,³⁰ lo que les permite evitar la culpa cuando surgen problemas. Además, debido a la falta de poder

político de los pacientes vulnerables, las transacciones financieras opacas de las empresas de PE pueden pasar desapercibidas hasta que ya es demasiado tarde. Por ejemplo, un centro académico que atendía principalmente a una comunidad de bajos ingresos fue adquirido por una empresa de PE que gestionó el hospital en sociedad con otra empresa de PE propietaria del inmueble. Posteriormente, el hospital se declaró en quiebra, pero los inversionistas pudieron vender el inmueble.³¹ Si bien no está claro si obtuvieron ganancias ni en qué medida debido a la falta de divulgación, los informes posteriores al cierre indican que, mientras los pacientes fueron trasladados a otros hospitales —frecuentemente con una atención fragmentada—, los inversionistas lograron recuperar sus pérdidas.³² Este tipo de situaciones no es aislado: eventos similares han ocurrido en otros hospitales vulnerables. En un sistema hospitalario de múltiples centros, por ejemplo, los inversionistas obtuvieron casi 700 millones de USD en ganancias a través de recapitalización mediante dividendos, entre otros mecanismos financieros.³³ En este caso, la desviación de beneficios no atrajo la atención de los reguladores estatales hasta una década después de la compra, cuando la ya precaria situación financiera del sistema resultó en reducciones de servicios, despidos de trabajadores y la venta de bienes inmuebles hospitalarios en todo el país.³³ La falta de supervisión probablemente se vio agravada por el limitado poder político de los pacientes sin seguro y de bajos ingresos que eran atendidos principalmente en estos hospitales.

El daño causado por las operaciones financieras opacas de las empresas de PE podría prevenirse o mitigarse mediante requisitos más estrictos de transparencia. Actualmente, California está considerando un proyecto de ley que obligaría a las empresas de PE a divulgar por adelantado las transacciones relacionadas con el sector de la salud, lo que representaría un primer paso importante.³⁴ Sin embargo, la transparencia debe ir acompañada de procesos claros de supervisión que determinen en qué momento deben intervenir los reguladores. Además, para proteger el acceso de los pacientes vulnerables a la atención médica, el gobierno debería considerar estrategias para invertir capital en recursos comunitarios esenciales, como los hospitales de red de seguridad social, que de otro modo podrían no tener acceso a estos fondos. Si bien las empresas de PE no crearon las inequidades en el sistema de salud de Estados Unidos, permitir inversiones privadas no reguladas en sistemas de red de seguridad social en crisis ha acelerado estas tendencias. No hay evidencia de que la inversión de las PE haya generado una disrupción positiva en el sector. En cambio, las inversiones de las PE parecen centrarse en diseñar estrategias para obtener ganancias a partir de las dificultades y fracasos de los hospitales de red de seguridad social

Próximos pasos

A lo largo de este artículo, hemos enfatizado la necesidad de **augmentar la supervisión y regulación** de las empresas de PE. La supervisión puede ser efectiva: en el caso de un sistema hospitalario, los reguladores de Rhode Island condicionaron la aprobación de la venta de la participación de una empresa de PE a la creación de una cuenta de depósito en garantía de 80 millones de USD para garantizar que los dos hospitales de Rhode Island de la empresa permanecieran abiertos.³³ Sin embargo, sin una mayor transparencia, es difícil implementar mecanismos de protección de manera sistemática. A nivel federal, se han presentado proyectos de ley que buscan reformar el sector mediante el fortalecimiento de la transparencia y la exigencia de que las empresas de PE asuman mayor responsabilidad por la salud financiera de sus inversiones.³⁵ Una mayor transparencia también permitiría realizar estudios más sistemáticos sobre el impacto de las PE, lo que podría aportar mayor claridad sobre las preocupaciones planteadas en este artículo.

Es importante reconocer que las PE actúan como un acelerador de fallas preexistentes dentro de la estructura de nuestro sistema de salud, que es fragmentado, segregado e inequitativo, al explotar de manera más eficiente estas deficiencias para obtener ganancias.³⁶ Dado que las poblaciones vulnerables enfrentan barreras estructurales para

acceder a la atención médica, los médicos y las organizaciones de salud también deberían considerar abogar por la creación de un sistema de atención universal, lo que reduciría la vulnerabilidad de ciertos grupos de pacientes.

References

1. Bruch JD, Gondi S, Song Z. Changes in hospital income, use, and quality associated with private equity acquisition. *JAMA Intern Med.* 2020;180(11):1428-1435.
2. Garber J. The rising danger of private equity in healthcare. Lown Institute. January 23, 2024. Accessed January 28, 2025. <https://lowninstitute.org/the-rising-danger-of-private-equity-in-healthcare/>
3. Pifer R. Private equity notched second-highest year of healthcare dealmaking in 2022, Pitchbook finds. *Healthcare Dive.* February 6, 2023. Accessed December 8, 2024. <https://www.healthcaredive.com/news/private-equity-deals-healthcare-2022-pitchbook/642029/>
4. Facher L. The methadone clinic monopoly: opioid treatment chains backed by private equity are fighting calls for reform. *STAT.* March 19, 2024. Accessed June 21, 2024. <https://www.statnews.com/2024/03/19/methadone-clinics-opioid-addiction-private-equity/>
5. 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. National Bureau of Economic Research; 2021. Revised August 2023. Accessed October 30, 2024. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w28474/w28474.pdf
6. 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.
7. Applebaum E, Batt R. *Private Equity at Work: When Wall Street Manages Main Street.* Russell Sage Foundation; 2014.
8. 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/>
9. Hirschman AO. *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States.* Harvard University Press; 1972.
10. Furrow B. The future of behavioral health: can private equity and telehealth improve access? *Am J Law Med.* 2023;49(2-3):314-338.
11. Swanson J, Fainsod Katzenstein M. Turning over the keys: public prisons, private equity, and the normalization of markets behind bars. *Perspect Politics.* 2021;19(4):1247-1257.
12. O'Grady E. The kids are not alright: how private equity profits off of behavioral health services for vulnerable and at-risk youth. Private Equity Stakeholder Project; 2022. Accessed June 21, 2024. https://pestakeholder.org/wp-content/uploads/2022/02/PESP_Youth_BH_Report_2022.pdf
13. McLeod M. The private option. *The Atlantic.* September 12, 2019. Accessed June 21, 2024. <https://www.theatlantic.com/politics/archive/2019/09/private-equitys-grip-on-jail-health-care/597871/>
14. Fenne M. Privatized prison healthcare seeks profit at patients' expense. Private Equity Stakeholder Project. October 17, 2023. Accessed June 21, 2024. <https://pestakeholder.org/news/privatized-prison-healthcare-seeks-profit-at-patients-expense/>
15. Fenne M. Private equity firms rebrand prison healthcare companies, but care issues continue. Private Equity Stakeholder Project; 2022. Accessed June 21, 2024. https://pestakeholder.org/wp-content/uploads/2022/11/Wellpath_HIG_12-2022.pdf

16. Ellis B, Hicken M. Behind bars, they beg for medical attention from a giant government contractor. For some, help doesn't come—or it comes too late. A CNN investigation exposes preventable deaths and dangerous care that government agencies have failed to stop. *CNN*. June 25, 2019. Accessed June 21, 2024. <https://www.cnn.com/interactive/2019/06/us/jail-health-care-ccs-invs/>
17. Requarth T. How private equity is turning public prisons into big profits. *The Nation*. April 30, 2019. Accessed June 21, 2024. <https://www.thenation.com/article/archive/prison-privatization-private-equity-hig/>
18. Braun RT, Jung HY, Casalino LP, Myslinski Z, Unruh MA. Association of private equity investment in US nursing homes with the quality and cost of care for long-stay residents. *JAMA Health Forum*. 2021;2(11):e213817.
19. Executive order on increasing access to high-quality care and supporting caregivers. The White House. April 18, 2023.
20. Medicare and Medicaid programs: minimum staffing standards for long-term care facilities and Medicaid institutional payment transparency reporting final rule (CMS 3442-F). Centers for Medicare and Medicaid Services. April 22, 2024. Accessed December 10, 2024. <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-and-medicaid-programs-minimum-staffing-standards-long-term-care-facilities-and-medicaid-0>
21. Health and hospitals corporation to run city correctional health service. News release. New York City Office of the Mayor; June 10, 2015. Accessed October 27, 2024. <https://www.nyc.gov/office-of-the-mayor/news/383-15/health-hospitals-corporation-run-city-correctional-health-service>
22. Andrews C, Abraham A, Grogan CM, et al. Despite resources from the ACA, most states do little to help addiction treatment plans implement health care reform. *Health Aff (Millwood)*. 2015;34(5):828-835.
23. Brown B, O'Donnell E, Casalino LP. Private equity investment in behavioral health treatment centers. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(3):229-230.
24. Thornburg B, McGinty EB, Eddelbuettel J, Kennedy-Hendricks A, Braun RT, Eisenberg MD. Acquisitions of behavioral health treatment facilities from 2010 to 2021. *Health Aff Sch*. 2024;2(7):qxae080.
25. Brot-Goldberg Z, Cooper Z, Craig S, Klarnet L, Lurie I, Miller C. Who pays for rising health care prices? Evidence from hospital mergers. Yale Tobin Center for Economic Policy. December 2024. Accessed October 30, 2024. <https://tobin.yale.edu/research/who-pays-rising-health-care-prices-evidence-hospital-mergers>
26. Kleinman RA. Comparison of driving times to opioid treatment programs and pharmacies in the US. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(11):1163-1171.
27. D'Aunno T, Park SE, Pollack HA. Evidence-based treatment for opioid use disorders: a national study of methadone dose levels, 2011-2017. *J Subst Abuse Treat*. 2019;96:18-22.
28. Calcaterra SL, Bach P, Chadi A, et al. Methadone matters: what the United States can learn from the global effort to treat opioid addiction. *J Gen Intern Med*. 2019;34(6):1039-1042.
29. FTC challenges private equity firm's scheme to suppress competition in anesthesiology practices across Texas. News release. Federal Trade Commission; September 21, 2023. Accessed October 26, 2024. <https://www.ftc.gov/news-events/news/press-releases/2023/09/ftc-challenges-private-equity-firms-scheme-suppress-competition-anesthesiology-practices-across>
30. Langley V. An overview of SEC reporting and compliance rules for private fund managers. Ontra blog. March 6, 2024. Accessed January 28, 2025. <https://www.ontra.ai/blog/overview-sec-reporting-private-fund-managers/>
31. Geyman J. Private equity looting of US health care: an under-recognized and uncontrolled scourge. *Int J Health Serv*. 2022;53(2):207314221134041.

32. Pomorski C. The death of Hahnemann Hospital. *New Yorker*. May 31, 2021. Accessed December 10, 2024. <https://www.newyorker.com/magazine/2021/06/07/the-death-of-hahnemann-hospital>
33. O'Grady E. How private equity raided safety net hospitals and left communities holding the bag: a case study on Leonard Green & Partners' ownership of prospect medical holdings. Private Equity Stakeholder Project; 2022. Accessed June 21, 2024. https://pestakeholder.org/wp-content/uploads/2022/11/Prospect_Primer_Nov-2022.pdf
34. Health Care System Consolidation, AB-3129, Cal Leg, Reg Sess (2023-2024).
35. Warren, Baldwin, Brown, Pocan, Jayapal, colleagues reintroduce bold legislation to fundamentally reform the private equity industry. News release. Elizabeth Warren; October 20, 2021. Accessed June 21, 2024. <https://www.warren.senate.gov/newsroom/press-releases/warren-baldwin-brown-pocan-jayapal-colleagues-reintroduce-bold-legislation-to-fundamentally-reform-the-private-equity-industry>
36. Bruch JD, Roy V, Grogan CM. The financialization of health in the United States. *N Engl J Med*. 2024;390(2):178-182.

Thomas Statchen es estudiante de segundo año de medicina en la Facultad de Medicina Pritzker de la Universidad de Chicago, en Illinois. Obtuvo una licenciatura en bioingeniería y estudios urbanos en la Universidad de Pensilvania. Sus intereses de investigación incluyen la investigación en servicios de salud, las inequidades en salud y el rol del gobierno en la salud de la población.

Colleen M. Grogan, PhD es profesora Deborah R. y Edgar D. Jannotta en la Facultad de Trabajo Social, Política y Práctica de la Familia Crown de la Universidad de Chicago, en Illinois. Actualmente es coinvestigadora principal de un amplio estudio multiinstitucional de los Institutos Nacionales de Salud para evaluar el impacto de la cobertura de las organizaciones de atención administrada de Medicaid en el acceso al tratamiento y los resultados de salud de las personas con trastorno por consumo de opioides. Su investigación se centra en la política de salud y la equidad en salud, con un enfoque principal en el sistema de salud de Estados Unidos y sus complejos programas de derecho a beneficios.

Citation

AMA J Ethics. 2025;27(5):E361-368.

DOI

10.1001/amajethics.2025.361.

Conflict of Interest Disclosure

Authors 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.