



SISTEMAS ALIMENTARIOS Y SUPERVIVENCIA AL CÁNCER

en comunidades hispanas

Aviso legal: La información legal en este documento no constituye asesoría legal ni representación legal. Para obtener asesoría legal, los lectores deben consultar a un abogado en su estado.



La Fundación
para la Salud
de las Américas®
lunasaludparatodos.org



Alianza Nacional
para la Salud Hispana®
nuestrasalud.org



Nuestras Voces Adelante
Our Voices Moving Forward Network
An Initiative of the National Alliance for Hispanic Health®



ChangeLab Solutions



INTRODUCCIÓN

Actualmente, alrededor de 18 millones de sobrevivientes de cáncer, definidos como todos aquellos con antecedentes de cáncer desde el momento del diagnóstico hasta el resto de sus vidas, viven en los Estados Unidos. Debido a tendencias demográficas como el crecimiento y envejecimiento de la población, así como los avances médicos, se espera que el número de sobrevivientes de cáncer aumente a 26 millones para 2040¹. Dada la relación entre la dieta, las experiencias de cáncer y las disparidades raciales y étnicas², el sistema alimentario es un área importante de intervención para mejorar las tasas de supervivencia y la calidad de vida entre los sobrevivientes de cáncer hispanos y todos los sobrevivientes de cáncer.

La pirámide de Food is Medicine (FIM) o alimentación como medicina, ofrece un marco para comprender la amplia gama de programas potenciales que pueden apoyar las necesidades de salud de los sobrevivientes de cáncer hispanos³. Las intervenciones en la parte superior de la pirámide pueden ser intensivas y personalizadas para abordar las necesidades dietéticas de personas con una condición de salud relacionada con la dieta, como los sobrevivientes de cáncer que están recibiendo tratamiento. Las intervenciones más abajo en la pirámide son menos intensivas y buscan impactar las opciones alimentarias de toda una comunidad. Este informe discutirá cinco tipos de programas a lo largo de este espectro que presentan oportunidades prometedoras para mejorar la vida de los sobrevivientes de cáncer hispanos.

Puntos clave

- Las barreras para acceder a alimentos nutritivos son un factor importante, aunque pasado por alto, que puede contribuir a peores experiencias de supervivencia entre los grupos hispanos.
- Los interesados a nivel nacional, estatal y local tienen varias oportunidades para trabajar juntos y establecer y apoyar múltiples intervenciones que ayuden a abordar las necesidades dietéticas de los sobrevivientes de cáncer hispanos y construir un sistema alimentario más equitativo:
 - Los programas de Food is Medicine (FIM) o alimentación como medicina, ofrecen vías prometedoras para abordar las necesidades dietéticas únicas de los sobrevivientes de cáncer hispanos.
 - Los programas de incentivos nutricionales pueden aumentar la cantidad de frutas y verduras consumidas por los sobrevivientes de cáncer hispanos y alcanzar a un grupo más amplio de sobrevivientes de cáncer hispanos..
 - Las iniciativas de alimentos saludables a nivel poblacional, tales como políticas relacionadas con la adquisición de alimentos en instituciones, los huertos comunitarios, la producción local de alimentos y el entorno minorista de alimentos, también pueden facilitar el acceso de los sobrevivientes de cáncer hispanos a opciones de alimentos saludables, mejorar las condiciones laborales para los trabajadores hispanos de la cadena alimentaria y ayudar a suministrar los alimentos necesarios para apoyar intervenciones más específicas.

Tasas de cáncer en comunidades hispanas



El cáncer es la principal causa de muerte entre los estadounidenses hispanos

El cáncer es la principal causa de muerte entre los estadounidenses hispanos⁴. Las comunidades hispanas tienen tasas de incidencia y mortalidad más altas que la población general para ciertos tipos de cáncer, incluidos el cáncer de estómago, hígado y cuello uterino^{5,6}. Los individuos hispanos generalmente son menos propensos que los individuos blancos no hispanos (NHW, por sus siglas en inglés) a recibir un diagnóstico de cáncer en una etapa temprana, cuando el tratamiento es menos intensivo y más probable que tenga éxito⁷, y pueden experimentar demoras más largas en el tratamiento^{8,9}. Entre la población hispana, el porcentaje de personas que han sobrevivido al cáncer cinco años después del diagnóstico es similar o ligeramente menor que entre la población NHW¹⁰. Sin embargo, los sobrevivientes de cáncer hispanos experimentan una peor calidad de vida, medida por el funcionamiento emocional, social y físico, que los NHW y otros grupos raciales y étnicos^{11,12,13}.

La incidencia y los resultados de las pruebas de detección de cáncer varían significativamente según el lugar de nacimiento, la duración de la residencia en los EE. UU. y el grupo de origen hispano^{14,15}. Por ejemplo, las tasas generales de mortalidad por cáncer son más altas para los hispanos nacidos en los EE. UU. que para los hispanos nacidos en el extranjero¹⁶. Por otro lado, los hispanos nacidos en el extranjero tienen tasas más altas de ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de hígado¹⁷, y pueden ser menos propensos a participar en exámenes de detección de cáncer¹⁸.

Varias tendencias de cáncer en Puerto Rico también difieren significativamente de las tendencias en otros lugares de los Estados Unidos¹⁹. Por ejemplo, en los EE. UU. continentales y Hawái, las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal son más bajas para los hombres hispanos que para los hombres NHW. Pero los hombres que viven en Puerto Rico, donde la población es 99% hispana, experimentan tasas de mortalidad por cáncer colorrectal que son un 40% más altas que los hombres NHW que viven en los EE. UU. continentales o Hawái²⁰.



En los EE.UU. las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal son más bajas para los hombres hispanos que para los hombres NHW.



40%

más altas son las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal en Puerto Rico que de los hombres NHW que viven en los EE.UU. continentales o Hawái.

Entornos alimentarios, dieta y supervivencia al cáncer

Las barreras para acceder a alimentos nutritivos son un factor importante, aunque pasado por alto, que puede contribuir a peores experiencias de supervivencia entre los grupos hispanos²¹. Se estima que el 18% de los casos de cáncer en los EE. UU. son atribuibles a los efectos combinados de una dieta poco saludable, exceso de peso corporal, consumo de alcohol e inactividad física^{22,23}. Los estudios sugieren que las mejoras en la dieta podrían prevenir el 47% de los cánceres colorrectales y que la reducción del exceso de grasa corporal podría disminuir el riesgo de 11 tipos de cánceres^{24,25}. La obesidad y la diabetes tipo 2, enfermedades crónicas influenciadas por la dieta y más comunes entre las poblaciones negras e hispanas, también son factores de riesgo independientes de cáncer²⁶.

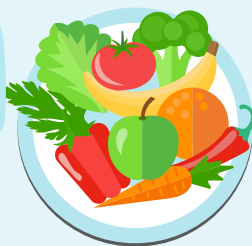
Un creciente grupo de evidencias también sugieren que la dieta puede influir en los resultados del tratamiento y la recurrencia del cáncer y en el desarrollo de otras enfermedades crónicas entre los sobrevivientes de cáncer^{27,28,29,30,31}. Por ejemplo, la reducción de la masa muscular en los sobrevivientes de se asocia con una menor tolerancia a los tratamientos, una calidad de vida deteriorada y una menor supervivencia^{32,33}. La inseguridad alimentaria entre los sobrevivientes de cáncer, que puede ser resultado de sus mayores gastos médicos^{34,35}, también puede obligar a las personas a tomar decisiones difíciles entre consumir comidas nutritivas y omitir o retrasar el tratamiento médico^{36,37}. Los sobrevivientes de cáncer también tienen un mayor riesgo de desarrollar condiciones

relacionadas con la dieta, como hipertensión y diabetes tipo 2, que aumentan su riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y otros cánceres³⁸. Los sobrevivientes de cáncer que mantienen patrones dietéticos saludables tienen un 17-18% menos de probabilidades de morir por cáncer u otras causas³⁹. Por otro lado, las comunidades que tienen un bajo acceso a alimentos saludables y un alto acceso a alimentos no saludables tienen tasas significativamente más altas de mortalidad por cáncer relacionado con la obesidad⁴⁰. Además, la capacidad de controlar y mejorar la ingesta dietética puede servir como una fuente importante de motivación para los sobrevivientes de cáncer, mejorando potencialmente las tasas de finalización del tratamiento contra el cáncer⁴¹. Los sobrevivientes de cáncer que experimentan inseguridad alimentaria también informan con mayor frecuencia síntomas negativos de salud mental⁴².



47%

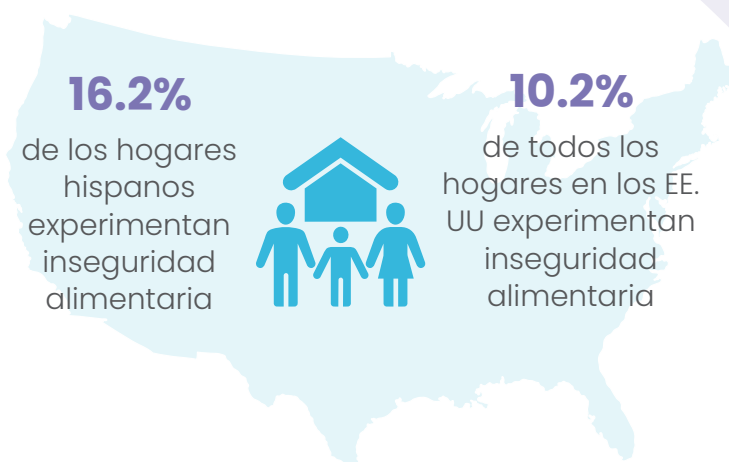
de los cánceres colorrectales se pueden prevenir por la dieta mejorada



17-18%

menos de probabilidades de morir por cáncer para los sobrevivientes de cáncer que mantienen patrones dietéticos saludables

Los estudios han documentado que las comunidades con grandes poblaciones hispanas y vecindarios de bajos ingresos son menos propensas a tener acceso a minoristas que ofrecen alimentos saludables y culturalmente relevantes^{43,44}. Estas comunidades también pueden tener mayores concentraciones de minoristas más pequeños que almacenan alimentos de baja calidad nutricional, locales de comida rápida y espacios publicitarios que promueven alimentos poco saludables^{45,46}. Los hogares hispanos también son más propensos a experimentar inseguridad alimentaria, incluso cuando se controlan variables que generan desconcierto como el estado socioeconómico y el empleo^{47,48}. Aproximadamente el 16,2% de los hogares hispanos experimentan inseguridad alimentaria, definida como tener incertidumbre o incapacidad para adquirir suficiente comida para satisfacer las necesidades de todos los miembros del hogar debido a la falta de dinero o recursos para alimentos, en comparación con el 10,2% de todos los hogares en los EE. UU.⁴⁹. Los hogares que experimentan inseguridad alimentaria son menos propensos a adherirse a las pautas dietéticas del Departamento de Agricultura de los EE. UU.⁵⁰ Además, varios estudios sugieren que los sobrevivientes de cáncer hispanos son más propensos a experimentar inseguridad alimentaria que los sobrevivientes de cáncer NHW, especialmente entre los sobrevivientes jóvenes de cáncer^{51,52,53,54}. Otros factores asociados con la inseguridad alimentaria incluyen edad más joven, menor dominio del inglés, ingresos más bajos, menor nivel educativo, mayor discapacidad relacionada con el trabajo y falta de seguro médico^{55,56}, todos factores presentes entre las poblaciones hispanas⁵⁷.



Además de estar en mayor riesgo de experimentar inseguridad alimentaria y barreras para el acceso a alimentos, los individuos hispanos son más propensos a reportar patrones dietéticos asociados con un mayor riesgo de cáncer⁵⁸. Sin embargo, al igual que las tasas de cáncer, las tendencias de nutrición y seguridad alimentaria también varían entre los subgrupos hispanos^{59,60}. Por ejemplo, la evidencia sugiere que los individuos hispanos que inmigraron recientemente a los EE. UU.⁶¹ y las comunidades con una mayor concentración de inmigrantes consumen tasas más bajas de alimentos con alto contenido de grasa⁶². A través del proceso de aculturación, así como del aumento de la exposición a la discriminación, la alimentación saludable puede disminuir a lo largo de la vida de un individuo y a través de las generaciones^{63,64}.

Décadas de exclusión han contribuido a las inequidades en el acceso y seguridad alimentaria experimentadas entre los sobrevivientes de cáncer hispanos y sus familias⁶⁵. Por lo tanto, las instituciones gubernamentales, los sistemas de atención médica y las organizaciones comunitarias que trabajan para reducir las disparidades en el cáncer y mejorar el cuidado a largo plazo de los sobrevivientes de cáncer deben considerar cómo pueden ayudar a crear sistemas alimentarios más equitativos.

Programas de Food is Medicine (FIM)

01

Los programas de Food is Medicine (FIM) incluyen una amplia gama de intervenciones que proporcionan alimentos que apoyan la salud y están vinculados al sistema de atención médica.⁶⁶

Los tipos comunes de programas incluyen:

- 1** comidas médicamente adaptadas,
- 2** comestibles médicamente adaptados y
- 3** vales o cupones de prescripción de productos.⁶⁷

Las comidas médicamente adaptadas se ofrecen típicamente a personas que viven con enfermedades graves, lo que dificulta la compra o preparación de alimentos⁶⁸. Los comestibles médicamente adaptados, que también pueden llamarse cajas de alimentos, farmacias de alimentos o despensas de alimentos en clínicas⁶⁹, y los vales o cupones de prescripción de productos son intervenciones menos intensivas que se ofrecen típicamente a individuos con riesgos o condiciones de salud relacionadas con la dieta que no tienen seguridad alimentaria y que no pueden preparar sus propias comidas⁷⁰. Los programas suelen estar respaldados por una combinación de donaciones privadas, subvenciones gubernamentales estatales o locales, y programas federales, como el Programa de Incentivos de Nutrición Gus Schumacher (GusNIP por sus siglas en inglés) o un plan estatal del programa de Medicaid.

Los programas de comidas médicamente adaptadas, que han sido los más rigurosamente probados, y los comestibles médicamente adaptados están asociados con mejoras en la seguridad alimentaria y los resultados de salud^{71,72}. La investigación emergente sobre las prescripciones de productos también confirma su potencial para mejorar la seguridad alimentaria y la ingesta dietética⁷³. Al mejorar la seguridad alimentaria y la nutrición de las personas con condiciones y riesgos de salud relacionados con la dieta, los programas FIM pueden reducir las disparidades en los resultados del tratamiento del cáncer entre los pacientes hispanos con cáncer y la salud de los sobrevivientes de cáncer hispanos a largo plazo.

Programas de incentivos nutricionales

02

Los programas gubernamentales de asistencia nutricional, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés) federal, ayudan a millones de hogares hispanos a costear alimentos.^{74,75}



Se estima que uno de cada cinco participantes de SNAP es hispano⁷⁶. No obstante, este apoyo no aborda completamente la inseguridad alimentaria experimentada por la población en general, las poblaciones hispanas⁷⁷ o los sobrevivientes de cáncer⁷⁸. Entre los pacientes con cáncer que reciben asistencia SNAP, por ejemplo, un número significativo reporta inseguridad alimentaria⁷⁹. Además, las métricas de inseguridad alimentaria tampoco miden los desafíos que las familias pueden enfrentar para costear opciones de alimentos nutritivos⁸⁰, que son especialmente importantes para los sobrevivientes de cáncer tanto durante el tratamiento como en la remisión.

Un método para mejorar la calidad y la cantidad de alimentos comprados por los hogares que experimentan inseguridad alimentaria es crear incentivos para que estos hogares compren frutas y verduras. Los programas de incentivos nutricionales buscan mejorar la calidad de la dieta proporcionando incentivos financieros para la compra de frutas y verduras en mercados de agricultores o tiendas de comestibles⁸¹. Además de aumentar el consumo de frutas y verduras, algunos programas de incentivos, como “Double Up Food Bucks” (que duplica el dinero para los alimentos), también mantienen el objetivo de expandir las oportunidades de mercado para los agricultores locales⁸². Este objetivo adicional puede ayudar a aumentar la oferta de frutas y verduras disponibles en los minoristas locales y apoyar las granjas a pequeña escala⁸³. Los programas de incentivos nutricionales suelen centrarse en apoyar, o exclusivamente ofrecer subsidios a los participantes de SNAP y pueden ser parcialmente financiados por fondos federales como el GusNip, además de fondos estatales, locales o privados⁸⁴.

Varios estudios confirman que los incentivos nutricionales mejoran la seguridad alimentaria, aumentan las compras de frutas y verduras y proporcionan beneficios económicos a los participantes^{85,86,87,88}. Además de mejorar la calidad de los alimentos consumidos por los sobrevivientes de cáncer hispanos en tratamiento activo, los incentivos nutricionales también pueden mejorar la trayectoria de salud a largo plazo de los sobrevivientes de cáncer y ayudar a prevenir la aparición de cáncer en las poblaciones hispanas.

Políticas y programas de alimentos saludables a nivel poblacional

03

Existen varias oportunidades para que actores públicos y privados a nivel local, estatal y nacional apoyen intervenciones a nivel poblacional que aumenten el acceso de los sobrevivientes de cáncer hispanos a entornos de alimentos saludables. Tres áreas de intervención a nivel poblacional incluyen **la compra de alimentos basada en valores, huertos comunitarios y producción local de alimentos, y políticas de venta minorista saludable.**

Compra de alimentos basada en valores

Las instituciones públicas y privadas, como los gobiernos estatales y locales, escuelas, centros de cuidado infantil temprano, prisiones y cárceles, hospitales y centros de distribución de alimentos caritativos, impactan la calidad de los alimentos disponibles en sus comunidades a través de sus decisiones de compra y servicio de alimentos. Las instituciones que sirven a poblaciones hispanas y a sobrevivientes de cáncer, como hospitales, escuelas y centros de cuidado infantil temprano, pueden mejorar la calidad de los alimentos servidos y vendidos en los lugares de trabajo y en los entornos comunitarios que albergan, al adoptar políticas de compra y servicio de alimentos impulsadas por valores que prioricen opciones de alimentos saludables⁸⁹.

Los estudios de instituciones que han adoptado políticas de compra de alimentos saludables confirman que aumentan la compra de alimentos saludables y disminuyen la compra de alimentos no saludables⁹⁰. La investigación también muestra que tanto las instalaciones federales como las privadas que han adoptado las Guías de Servicio de Alimentos para Instalaciones Federales han experimentado mejoras en los resultados de salud de los empleados⁹¹. Las revisiones a las políticas escolares y de cuidado infantil temprano pueden ser particularmente impactantes

porque los sobrevivientes de cáncer infantil negros e hispanos tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, obesidad y cánceres secundarios^{92,93} y consumen muchas de sus calorías en entornos escolares o de cuidado infantil⁹⁴. Las intervenciones en políticas de nutrición escolar también han demostrado reducir las disparidades en la obesidad infantil⁹⁵.

Las instituciones también pueden considerar incorporar prioridades adicionales en estas políticas que promuevan la equidad, la sostenibilidad ambiental y la producción local de alimentos, como priorizar negocios que proporcionan un salario digno a sus trabajadores y limitan su exposición a contaminantes alimentarios⁹⁶. Incorporar tal valor podría ayudar a mejorar los salarios y las condiciones de trabajo de los trabajadores agrícolas hispanos y otros individuos hispanos que trabajan dentro de la cadena alimentaria, lo que a su vez podría mejorar sus dietas, reducir sus riesgos de cáncer y aumentar su capacidad para completar con éxito el tratamiento de la enfermedad⁹⁷. Varias políticas modelo de compra y servicio de alimentos ya están disponibles para que las adopten las instituciones públicas y privadas, incluidas las Normas de Compra de Buen Alimento⁹⁸ y las Guías de Servicio de Alimentos para Instalaciones Federales⁹⁹.

Huertos comunitarios y producción local de alimentos

Las iniciativas de producción local de alimentos, como los huertos comunitarios y las pequeñas granjas, pueden mejorar la salud comunitaria al aumentar las oportunidades para que los residentes disfruten de los beneficios físicos y mentales de una alimentación saludable, crear entornos para la educación en salud y nutrición, mejorar la sostenibilidad ambiental del sistema alimentario de la comunidad y suministrar alimentos saludables a minoristas locales y programas de distribución¹⁰⁰.

Un ensayo controlado aleatorio que estudió los impactos en la salud de los huertos comunitarios encontró que los participantes aumentaron su consumo de fibra y se involucraron en más actividad física, ambos conocidos por reducir el riesgo de cáncer y enfermedades crónicas¹⁰¹. Los participantes, más de un tercio de los cuales eran hispanos y más de la mitad de los cuales

eran de hogares de bajos ingresos, también experimentaron reducciones en sus niveles de estrés y ansiedad¹⁰². Los inmigrantes de bajos ingresos que participaron en el estudio también informaron que pudieron usar su parcela para cultivar alimentos de su país de origen¹⁰³. Otros estudios no aleatorios sugieren que los huertos comunitarios están asociados con una mayor ingesta de frutas y verduras, mejora en las medidas psicosociales y resultados positivos en la comunidad^{104,105}. Los huertos comunitarios y personales también se han incorporado en varios programas para ayudar a los sobrevivientes de cáncer a mantener una dieta saludable. Una serie de estudios no aleatorios de estos programas sugiere que estas iniciativas de jardinería tienen éxito en ayudar a los sobrevivientes de cáncer a aprender sobre hábitos alimentarios saludables y consumir más frutas y verduras^{105,106,107,108}.

Políticas de venta minorista saludable

Las políticas de venta minorista saludable buscan aumentar la oferta de opciones de alimentos saludables disponibles en los minoristas locales. Una amplia gama de políticas potenciales cae en esta categoría. Los gobiernos locales pueden facilitar o incentivar el desarrollo de negocios minoristas saludables, así como huertos comunitarios y producción local de alimentos, a través de revisiones a sus políticas de uso de la tierra, zonificación, propiedades abandonadas, licencias o arrendamientos, y decisiones de financiación¹¹⁰. Las ordenanzas que requieren que los minoristas almacenen ciertos artículos, limiten dónde se encuentran los artículos no saludables o requieran que los minoristas acepten beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés) y del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC por sus siglas en inglés), por ejemplo, pueden aumentar el consumo de alimentos saludables y combatir las disparidades dañinas en la publicidad de alimentos no saludables¹¹¹. Los gobiernos locales también pueden facilitar que los pequeños agricultores vendan o donen sus cosechas adoptando leyes de alimentos caseros que faciliten la venta segura de alimentos

ligeramente procesados o ampliando las protecciones para las actividades de donación para incluir productos recolectados¹¹².

Dada la diversidad de intervenciones y estructuras de programas potenciales, evaluar las políticas de venta minorista saludable presenta algunos desafíos. La literatura existente sugiere en general que las intervenciones en el entorno minorista están vinculadas a mejoras en los resultados de salud relacionados con la dieta y aumentos tanto en la compra como en el consumo de alimentos más saludables^{113,114}. Sin embargo, el uso de créditos fiscales, incentivos de zonificación y otras estrategias financieras para fomentar la apertura de nuevas tiendas de comestibles o la mejora de las tiendas existentes en vecindarios con pocos recursos, comúnmente conocidas como iniciativas de financiación de alimentos saludables (HFFI por sus siglas en inglés), han mostrado impactos mixtos en la calidad dietética y la inseguridad alimentaria de los miembros de la comunidad^{115,116,117,118,119,120}. Se necesita más investigación para entender cuándo y cómo las HFFI pueden apoyar la mejora de los entornos alimentarios.

CONSIDERACIONES PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS

Acceso

Requisitos de seguro



17.7%

de los individuos hispanos no tienen seguro de salud.

19.4% herencia centroamericana

20.3% herencia mexicana



Aunque muestran un potencial prometedor para ayudar a abordar las disparidades en el cáncer, los programas FIM que requieren cobertura de seguro de salud pueden no llegar a un número significativo de sobrevivientes de cáncer hispanos. Los individuos hispanos tienen entre las tasas más altas de falta de seguro entre los grupos demográficos de EE.UU. Se estima que el 17.7% de los individuos hispanos no tienen seguro de salud, 12 puntos porcentuales más que los individuos NHW¹²¹. Algunos subgrupos hispanos experimentan tasas de falta de seguro aún más altas. Por ejemplo, el 19.4% de los individuos que se identifican como centroamericanos y el 20.3% de los individuos que se identifican como mexicanos no tienen seguro de salud¹²².

Los individuos hispanos pueden no tener seguro porque trabajan en trabajos que no proporcionan seguro de salud, viven en estados que no ampliaron el programa de Medicaid para incluir a aquellos que tienen ingresos modestos, o de otra manera no califican para la cobertura de los programas de Medicaid o Medicare¹²³. Los trabajadores hispanos también tienen menos probabilidades de recibir seguro patrocinado por el empleador que los trabajadores NHW¹²⁴. En comparación con los adultos NHW de bajos ingresos, un mayor porcentaje de adultos hispanos de bajos ingresos viven en estados que no

han ampliado el programa de Medicaid¹²⁵. Las restricciones de elegibilidad de los programas de Medicaid y Medicare basadas en el estatus migratorio, como el período de espera de 5 años para residentes permanentes legales y la prohibición de por vida para los beneficiarios de DACA y las personas sin documentación, también limitan el acceso al seguro entre los inmigrantes hispanos^{126,127}. Los inmigrantes hispanos que sí califican para los programas de Medicaid y Medicare también pueden optar por no inscribirse debido a preocupaciones y confusión relacionadas con las reglas federales de carga pública¹²⁸.

Los programas FIM que solo pueden ser accedidos en entornos clínicos, incluso si no requieren seguro, potencialmente llegan a menos individuos hispanos porque las comunidades hispanas acceden a los servicios de salud con menos frecuencia que la población general, en parte debido a las tasas más bajas de cobertura de seguro, además de otros factores como

barreras lingüísticas y culturales^{129,130}. Es importante notar, sin embargo, que los programas no necesitan estar ubicados dentro de un entorno de atención médica o incluir la participación activa de un proveedor médico para cumplir con la definición de FIM. Los programas pueden estructurarse para permitir que la elegibilidad sea determinada en un entorno comunitario, como una despensa de alimentos, basándose en un diagnóstico médico previo sin la participación de un proveedor de servicios de salud^{131,132}. Este modelo era común en algunos de los primeros programas de comidas médicamente adaptadas, que se crearon para ayudar a abordar el desgaste experimentado por las personas que viven con el VIH¹³³.

Inscripción al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés)



4 millones

de hispanos son elegibles para los beneficios del SNAP



Muchos programas de incentivos nutricionales solo están disponibles para personas que participan en el SNAP¹³⁴. Dichos programas, pueden no llegar a los estimados cuatro millones de hispanos que son elegibles para los beneficios del SNAP pero que no participan, en parte debido a una difusión inadecuada y desinformación sobre las posibles consecuencias migratorias^{135,136}.

Los programas de incentivos nutricionales que solo están abiertos a los participantes del SNAP, tampoco están disponibles para algunas personas debido a las mismas restricciones basadas en el estatus migratorio que se aplican a los programas de Medicaid y Medicare¹³⁷, o a individuos con ciertas condenas por delitos relacionados con drogas¹³⁸. Los estudios también sugieren que la concientización sobre los programas de incentivos nutricionales entre los participantes del SNAP es baja¹³⁹. En consecuencia, los programas de incentivos nutricionales que no incorporan la divulgación de la inscripción en el SNAP y no ofrecen alternativas de participación para aquellos que no son elegibles para este, pueden profundizar aún más las disparidades de salud. Los fondos estatales y locales pueden ser utilizados para expandir los programas de incentivos nutricionales a individuos que no son elegibles para el SNAP. Por ejemplo, Boulder, Colorado, utiliza los ingresos fiscales de un impuesto a las bebidas azucaradas para apoyar programas de incentivos nutricionales para los residentes inscritos en el SNAP y aquellos que no son elegibles para el SNAP¹⁴⁰.

Limitaciones en las opciones de alimentos

Los programas FIM y los incentivos nutricionales, así como las políticas alimentarias a nivel poblacional, pueden buscar fomentar la alimentación saludable limitando los tipos de alimentos que los pacientes o residentes pueden elegir. Por ejemplo, un programa de alimentos adaptados médicamente puede proporcionar un conjunto limitado de alimentos para que los participantes seleccionen. Si bien adaptar los alimentos para apoyar las necesidades nutricionales generalmente es positivo, un programa que sea demasiado restrictivo puede, sin querer, restringir el acceso a alimentos culturalmente relevantes o alimentos que pueden satisfacer mejor las necesidades de individuos que no pueden cocinar (ya sea por una condición de salud, limitaciones de equipo o falta de tiempo), como los alimentos preparados.



Un programa FIM que actualmente está siendo revisado para abordar algunas de estas preocupaciones es el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC por sus siglas en inglés). El paquete de alimentos de WIC cumple con la definición de un programa de alimentos adaptados médicamente y su vale o cupón mensual para frutas y verduras también cumple con la definición de una receta de productos agrícolas^{141,142}. En noviembre de 2022, el Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de EE.UU. inició el proceso de reglamentación para realizar cambios en los alimentos prescritos bajo el programa WIC¹⁴³. El cambio propuesto en la normativa incluye, entre otras cosas, revisiones que ofrecerían a los participantes una mayor variedad de frutas, verduras y granos integrales para acomodar preferencias individuales y culturales, como en el caso de la quinoa y harina de maíz azul¹⁴⁴. También incluye una mayor flexibilidad para que las agencias estatales del WIC autoricen legumbres, frutas y verduras enlatadas, secas y congeladas¹⁴⁵.

Implementación y ejecución

Para abordar las disparidades de salud entre los sobrevivientes de cáncer, las políticas de compra de alimentos basadas en valores y las políticas de venta al por menor saludables deben implementarse con éxito y aplicarse equitativamente. Sin embargo, evaluar el progreso de la implementación y las prácticas de aplicación puede ser un desafío para los implementadores de programas y los defensores. En 2012, la ciudad de Los Ángeles y la Junta de Educación del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles fueron los primeros entre varias jurisdicciones y distritos escolares en adoptar los Estándares de Buenas Prácticas Alimentarias^{146,147,148}. Sin embargo, los defensores informan que las jurisdicciones que han adoptado éstos estándares y las políticas relacionadas tienen niveles variables de compromiso con la implementación y pueden ser reacios a compartir la información de abastecimiento necesaria para comprender el progreso de una institución¹⁴⁹. El informe *Procuring Food Justice*, de la Food Chain Workers Alliance y HEAL Food Alliance, ofrece recomendaciones sobre cómo mejorar la implementación y aplicación de las políticas de compra de alimentos basadas en valores¹⁵⁰. El kit de herramientas *Public Policy and the Grocery Store: Improving Access to Healthy Foods* del Center for Science in the Public Interest ofrece consideraciones de implementación y lenguaje modelo para los legisladores locales que redactan ordenanzas de venta al por menor saludables¹⁵¹.

Participación y evaluaciones de la comunidad

Los interesados en apoyar intervenciones en el sistema alimentario deben priorizar la participación significativa de todas las comunidades potencialmente afectadas en cada fase de la planificación, implementación y evaluación del programa. Los miembros de la comunidad ofrecen información vital sobre los problemas que enfrentan, así como conocimientos sobre las normas y el contexto cultural. También debe priorizarse la participación de los sobrevivientes de cáncer, dadas sus desafíos únicos y el potencial de que el estigma asociado al estado de supervivencia impacte su participación en ciertos programas¹⁵². Las asociaciones comunitarias sostenidas pueden ayudar a garantizar que una intervención sea exitosa, duradera y no perpetúe inadvertidamente las inequidades.

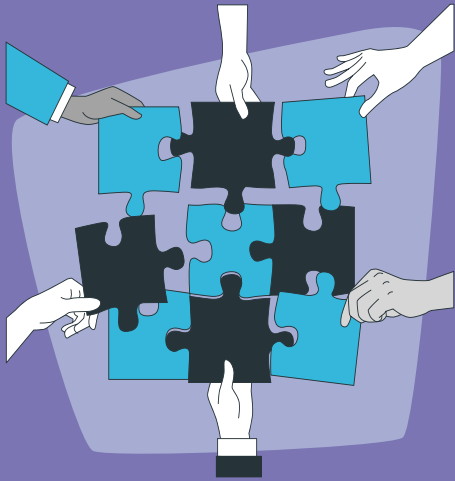
Trabajar con los miembros de la comunidad para completar una evaluación de su sistema alimentario, activos y necesidades puede ser un primer paso importante para construir confianza entre los interesados e identificar posibles áreas de oportunidad. Si bien las poblaciones hispanas generalmente tienen más probabilidades de vivir en áreas con pocos recursos, sus comunidades también pueden tener activos importantes, como grupos de acción comunitaria, mercados de agricultores y huertos comunitarios que una iniciativa puede apoyar y desarrollar¹⁵³. Los hospitales sin fines de lucro también están obligados por ley federal a completar evaluaciones de necesidades de salud comunitarias (CHNA por sus siglas en inglés) cada tres años¹⁵⁴. Los estados pueden ayudar a garantizar que las CHNA incluyan las perspectivas de la comunidad al requerir que los hospitales



consulten a ciertos grupos, como las comunidades médicamente desatendidas¹⁵⁵. Los hospitales pueden utilizar estas evaluaciones como una oportunidad para asegurarse de que involucren a los grupos hispanos y les proporcionen la oportunidad de informar sobre cómo los sistemas de salud diseñan y apoyan las intervenciones del sistema alimentario.

La Iniciativa de Acceso Equitativo a Alimentos en Indianápolis, Indiana, ofrece un ejemplo de un proceso reciente de planificación comunitaria¹⁵⁶. Financiada por IISC Indianapolis, la Fundación Anthem y la Ciudad de Indianápolis, esta iniciativa está trabajando para desarrollar una estrategia de acceso equitativo a los alimentos a través de reuniones mensuales que incluyen a miembros de ocho comunidades con bajo acceso a alimentos, líderes de la ciudad, expertos en la materia y organizaciones cívicas¹⁵⁷. El recurso *Food Access Policy Change Through Authentic Resident Engagement* del Healthy Food Policy Project también ofrece orientación sobre principios para una participación comunitaria inclusiva y equitativa¹⁵⁸.

Coordinación y alianzas



Los estados, los gobiernos locales, los departamentos de salud pública y los sistemas de atención médica también pueden ofrecer apoyo coordinando asociaciones entre organizaciones para facilitar el acceso a fondos, compartir recursos y utilizar enfoques colectivos de compra¹⁵⁹. Esto puede ser especialmente importante para el éxito de las iniciativas que buscan mejorar los alimentos vendidos por pequeñas tiendas y apoyar a pequeñas granjas, ya que su tamaño puede dificultar la obtención de productos o el cumplimiento de los requisitos de compra de una institución^{160,161}. Las agencias gubernamentales, así como otros

interesados, incluidos los centros de atención médica, las iglesias y las escuelas, también pueden ofrecer espacio, financiamiento y apoyo de coordinación para la iniciativa¹⁶².

Consideraciones legales



Las jurisdicciones que buscan apoyar cambios en el sistema a través de la aprobación de una ordenanza local deben confirmar si dicha ley ha sido sobreesida o anulada por la ley federal o estatal. Si bien las restricciones estatales sobre las políticas alimentarias locales no son comunes, un número creciente de estados ha promulgado leyes potencialmente relevantes que sobreesen o anulan ciertas leyes locales relacionadas con el contenido o los criterios de etiquetado nutricional, artículos de incentivos para el consumidor, “disparidades de salud basadas en la alimentación”, tributación, distribución o servicio de alimentos y bebidas, tamaño de las porciones,

seguridad alimentaria, menús, impuestos y mercadeo^{163,164}.^{163,164} En lugares donde los derechos preferentes de compra aún no son un problema, los interesados comunitarios pueden querer prepararse para contrarrestar futuros intentos de anticipar compras adelantadas por terceros en la innovación local¹⁶⁵.

Tanto las organizaciones públicas como privadas que apoyan intervenciones en el sistema alimentario también pueden necesitar considerar los requisitos de los programas de Medicaid

y Medicare, la privacidad del paciente y las protecciones de responsabilidad. Por ejemplo, los programas que involucran financiamiento de seguros privados o públicos, como los programas Food is Medicine (FIM) o alimentación como medicina, necesitarán asegurarse de que las actividades relevantes estén adecuadamente codificadas, las derivaciones cumplan con el Estatuto Federal de Anti-Sobornos, y la asistencia alimentaria no viole las inducciones de beneficiarios de los programas de Medicaid y Medicare. Las agencias federales y estatales pueden considerar revisar dónde pueden revisar los requisitos relacionados o emitir guías que apoyen el éxito de los programas FIM y de incentivos nutricionales¹⁶⁶.

Los administradores de programas también deben considerar si es necesario requerir que los beneficiarios proporcionen una forma de identificación, si esa información se

compartirá con otras entidades y cómo pueden minimizar las preocupaciones potenciales sobre la regla de “carga pública” federal y los riesgos de aplicación de la ley de inmigración. Los programas que involucran derivaciones o remisiones de pacientes también deben asegurarse de cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Además, los programas de producción, compra y servicio de alimentos deben tomar medidas para proteger a los voluntarios, el personal y las organizaciones involucradas de la responsabilidad relacionada con posibles lesiones o seguridad alimentaria. [Legal & Policy Strategies for Health Care & Food System Partners](#) de ChangeLab Solutions ofrece discusión y recursos adicionales sobre cómo los interesados pueden asegurar el cumplimiento de estos tipos de requisitos legales.



CASOS DE ESTUDIO

Expandiendo el alcance de los programas FIM

Dos programas basados en la ciudad de Nueva York ofrecen ejemplos de cómo los programas de FIM pueden estructurarse para aumentar el acceso para sobrevivientes de cáncer hispanos sin seguro, satisfacer las preferencias culturales de las comunidades hispanas e incorporar iniciativas agrícolas locales. En 2011, el Servicio de Disparidades de Salud y Cáncer de Inmigrantes del Memorial Sloan Kettering Cancer Center lanzó una serie de despensas de alimentos adaptados médicamente. El programa, Food to Overcome Outcome Disparities (FOOD) o alimentos para superar las disparidades en materia de salud, cuenta con el apoyo de una combinación de fondos de fundaciones privadas, donantes, así como asociaciones con organizaciones benéficas de alimentos, agricultura comunitaria y agencias gubernamentales locales¹⁶⁷. Las despensas de FOOD proporcionan a los pacientes suficientes alimentos para varias comidas cada semana¹⁶⁸. Todos los pacientes que informan una necesidad de alimentos pueden acceder a la despensa, independientemente del seguro, ingreso o estatus migratorio¹⁶⁹. Las despensas también están abastecidas con alimentos culturalmente relevantes¹⁷⁰. Las pruebas realizadas por el centro han demostrado que las despensas de FOOD mejoraron significativamente la seguridad alimentaria entre los pacientes con cáncer¹⁷¹. El centro también ha establecido una asociación con Green Box Machine, una organización sin fines de lucro con sede en Bronx, NY¹⁷². Los estudiantes que participan en el programa de educación en jardinería escolar de Green Box Machine proporcionan productos para las despensas de FOOD¹⁷³.

Otro ejemplo importante de un proyecto FIM que busca eliminar las barreras a la participación y apoyar las iniciativas agrícolas locales, así como incorporar el liderazgo comunitario, es el Programa de Prescripción de Productos del Proyecto Alimentario de Corbin Hill. El Proyecto Alimentario de Corbin Hill es una de las primeras organizaciones comunitarias en recibir una subvención de prescripción de productos GusNIP¹⁷⁴. Esta iniciativa busca centrar las perspectivas de los miembros de la comunidad y proporcionarles la oportunidad de tomar decisiones sobre los programas alimentarios que apoyan su salud¹⁷⁵. El programa busca lograr estos objetivos, en parte, (1) buscando la retroalimentación continua de un consejo comunitario compuesto por participantes para guiar y encargarse de evaluar la implementación del programa¹⁷⁶, (2) minimizando las barreras de participación, y (3) proporcionando educación nutricional centrada en la cultura^{177,178}. Además de liderar nuevas recetas de productos, el Proyecto Alimentario de Corbin Hill trabaja para agrupar y distribuir productos de pequeños productores¹⁷⁹.

Incrementar el consumo de alimentos saludables y la inscripción en programas de asistencia alimentaria a través de una colaboración con minoristas

En el condado de El Paso, Texas, el Instituto Paso del Norte para una Vida Saludable coordinó una evaluación comunitaria en 2017 que se centró en el acceso a alimentos saludables y asequibles. Basándose en esta evaluación, que incluyó entrevistas con informantes clave y encuestas a miembros de la comunidad, y una convocatoria de interesados, se formó una coalición llamada Coalición de Programación y Alcance en Tiendas (IPOC) para desarrollar asociaciones con minoristas de alimentos y aumentar la participación en SNAP. Juntos, los miembros de la coalición, incluyendo el departamento de salud local, la oficina de WIC y el personal clínico del Centro para el Impacto en la Salud Comunitaria de UTHealth, coordinaron programas educativos, alcance para la inscripción en programas de asistencia alimentaria y exámenes de salud dentro de tres supermercados locales cada semana. Los relatos en primera persona de los participantes de la coalición, la gerencia de las tiendas de comestibles y los miembros de la comunidad sugieren que esta colaboración ha ayudado a aumentar la compra de alimentos saludables, la inscripción en programas de asistencia y el diagnóstico de condiciones de salud relacionadas con la alimentación en el condado de El Paso¹⁸⁰.

CONCLUSIÓN

Basándose en ejemplos como los discutidos en este informe, los interesados nacionales, estatales y locales tienen varias oportunidades para trabajar juntos para apoyar intervenciones en cada nivel de la pirámide Food is Medicine (FIM) o alimentación como medicina y construir un sistema alimentario más equitativo que satisfaga las necesidades de los sobrevivientes de cáncer hispanos y las comunidades que los apoyan. Los programas FIM ofrecen vías prometedoras basadas en la atención médica para abordar las necesidades únicas de los sobrevivientes de cáncer. Los programas de incentivos nutricionales y otras mejoras en la asistencia nutricional gubernamental tienen el potencial de mejorar la calidad nutricional de los alimentos consumidos por todos los hogares con bajos ingresos. Los cambios en las políticas institucionales, las mejoras en los alimentos de los minoristas y las iniciativas agrícolas locales también pueden ayudar a aumentar el acceso a frutas y verduras, promover la equidad y la sostenibilidad, y ayudar a suministrar los alimentos necesarios para apoyar las intervenciones más específicas. Estas y otras intervenciones políticas, fortalecidas por la participación comunitaria y el alcance culturalmente congruente, son herramientas prometedoras para abordar las disparidades en la ocurrencia de cáncer y la supervivencia al cáncer y promover comunidades saludables.



RECURSOS PARA TOMAR ACCIÓN Y APRENDIZAJE ADICIONAL

Supervivencia al cáncer

[American Cancer Society: Nutrition and Physical Activity Guideline for Cancer Survivors](#)

Este artículo proporciona pautas basadas en evidencia sobre nutrición y actividad física para los sobrevivientes de cáncer (disponible solo en inglés).

[National Alliance for Hispanic Health: Hablemos sobre la vida con cáncer / Let's Talk](#)

[About Living With Cancer](#). Este folleto bilingüe proporciona información y recursos sobre la supervivencia al cáncer para las personas que han sido recientemente diagnosticadas con cáncer y sus familias.

Intervenciones en el sistema alimentario

[Centers for Disease Control and Prevention, Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity: State and Local Strategies](#). Esta página web ofrece información y enlaces a recursos sobre incentivos nutricionales, recetas de productos y guías de servicios alimentarios (disponible solo en inglés).

[Center for Science in the Public Interest: Public Policy and the Grocery Store: Improving](#)

[Access to Healthy Foods](#). Este folleto incluye resúmenes de investigaciones académicas, estudios de caso y políticas modelo relacionadas con la mejora del entorno minorista de alimentos (disponible solo en inglés).

[ChangeLab Solutions: Legal & Policy Strategies for Health Care and Food System Partners](#)

Esta guía ofrece información adicional sobre estrategias discutidas en este informe y cómo los miembros de la comunidad, las organizaciones comunitarias, los sistemas de salud y los gobiernos locales pueden trabajar juntos para promover el acceso equitativo a los alimentos (disponible solo en inglés).

[ChangeLab Solutions: Consequences of Preemption for Public Health & Equity](#)

Esta hoja informativa proporciona información sobre cómo la preemption puede impactar las políticas locales que buscan abordar las disparidades relacionadas con la alimentación y promover la alimentación saludable (disponible solo en inglés).

¹ <https://cancercontrol.cancer.gov/ocs/statistics>

² See infra notes 20 – 52 & accompanying texts.

³ Mozaffarian, D., Blanck, H.M., Garfield, K.M. et al. A Food is Medicine approach to achieve nutrition security and improve health. *Nat Med* 28, 2238–2240 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02027-3>

⁴ American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures for Hispanic/Latino People 2021-2023*. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2021. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/hispanic-latino-2021-2023-cancer-facts-and-figures.pdf>.

⁵ *Id.*

⁶ Llanos AAM, Ashrafi A, Ghosh N, et al. Evaluation of Inequities in Cancer Treatment Delay or Discontinuation Following SARS-CoV-2 Infection. *JAMA Netw Open*. 2023;6(1):e2251165. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.51165

⁷ American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures for Hispanic/Latino People 2021-2023*. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2021. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/hispanic-latino-2021-2023-cancer-facts-and-figures.pdf>.

⁸ Llanos AAM, Ashrafi A, Ghosh N, et al. Evaluation of Inequities in Cancer Treatment Delay or Discontinuation Following SARS-CoV-2 Infection. *JAMA Netw Open*. 2023;6(1):e2251165. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.51165.

⁹ Fasano GA, Bayard S, Gillot T, Hannibal Z, Pedreira M, Newman L. Disparities in Time to Treatment for Breast Cancer: Existing Knowledge and Future Directions in the COVID-19 Era. *Curr Breast Cancer Rep*. 2022;14(4):213–221. doi:10.1007/s12609-022-00469-9.

¹⁰ *Id.*

¹¹ Yanez, B., McGinty, H. L., Buitrago, D., Ramirez, A. G., & Penedo, F. J. Cancer Outcomes in Hispanics/Latinos in the United States: An integrative review and conceptual model of determinants of health. *Journal of Latina/o psychology*. 2016; 4(2), 114. doi:10.1037/lat0000055.

¹² Amelie G. Ramirez, Kipling J. Gallion, Arely Perez, Edgar Munoz, Dorothy Long Parma, Patricia I. Moreno, Frank J. Penedo, Improving quality of life among latino cancer survivors: Design of a randomized trial of patient navigation, *Contemporary Clinical Trials*, Volume 76, 2019, Pages 41–48, ISSN 1551-7144, <https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.11.002>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551714418305202>)

¹³ Joshua P. Kronenfeld, Kristi D. Graves, Frank J. Penedo, Betina Yanez, Overcoming Disparities in Cancer: A Need for Meaningful Reform for Hispanic and Latino Cancer Survivors, *The Oncologist*, Volume 26, Issue 6, June 2021, Pages 443–452, <https://doi.org/10.1002/onco.13729>.

¹⁴ Haile R, John E M., Levine A J, et al. A Review of Cancer in U.S. Hispanic Populations. *Cancer Prev Res (Phila)* 1 February 2012; 5 (2): 150–163. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-11-0447>.

¹⁵ Miller, K. D., Ortiz, A. P., Pinheiro, et al. Cancer Statistics for the US Hispanic/Latino Population. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*. 2021; 71(6), 466–487.

¹⁶ Yanez, B., McGinty, H. L., Buitrago, D., Ramirez, A. G., & Penedo, F. J. Cancer Outcomes in Hispanics/Latinos in the United States: An integrative review and conceptual model of determinants of health. *Journal of Latina/o psychology*. 2016; 4(2), 114. doi:10.1037/lat0000055.

¹⁷ *Id.*

¹⁸ Yanez B, McGinty HL, Buitrago D, Ramirez AG, Penedo FJ. Cancer Outcomes in Hispanics/Latinos in the United States: An Integrative Review and Conceptual Model of Determinants of Health. *J Lat Psychol*. 2016;4(2):114–129. doi:10.1037/lat0000055

¹⁹ Miller, K. D., Ortiz, A. P., Pinheiro, et al. Cancer Statistics for the US Hispanic/Latino Population. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*. 2021; 71(6), 466–487.

- ²⁰ American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures for Hispanic/Latino People 2021–2023*. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2021. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/hispanic-latino-2021-2023-cancer-facts-and-figures.pdf>.
- ²¹ Wolf P.G., Sanchez-Flack J.C., Buscemi J., Marian L, et al. Support Policies that Foster a Healthy Food Environment and Incentivize Healthy Food Purchases to Mitigate Cancer Inequities, *Translational Behavioral Medicine*, Volume 11, Issue 12, December 2021, Pages 2123–2126, <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab081>.
- ²² Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(1):31–54; <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2022/2022-cancer-facts-and-figures.pdf>.
- ²³ Zhang FF, Cudhea F, Shan Z, et al. Preventable Cancer Burden Associated With Poor Diet in the United States. *JNCI Cancer Spectr*. 2019;3(2):pkz034. Published 2019 May 22. doi:10.1093/jncics/pkz034.
- ²⁴ Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(1):31–54.
- ²⁵ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: A Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report. 2018. <https://www.wcrf.org/diet-and-cancer/>.
- ²⁶ American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures for Hispanic/Latino People 2021–2023*. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2021. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/hispanic-latino-2021-2023-cancer-facts-and-figures.pdf>.
- ²⁷ Keaver L, Yiannakou I, Folta SC, Zhang FF. Perceptions of Oncology Providers and Cancer Survivors on the Role of Nutrition in Cancer Care and Their Views on the “NutriCare” Program. *Nutrients*. 2020;12(5):1277. Published 2020 Apr 30. doi:10.3390/nu12051277.
- ²⁸ Raber M, Jacson A, Basen-Engquist K, et al, Food Insecurity Among People With Cancer: Nutritional Needs as an Essential Component of Care, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, Volume 114, Issue 12, December 2022, Pages 1577–1583, <https://doi.org/10.1093/jnci/djac135>.
- ²⁹ Steck SE, Murphy EA. Dietary patterns and cancer risk. *Nat Rev Cancer*. 2020;20(2):125–138. doi:10.1038/s41568-019-0227-4.
- ³⁰ Castro-Espin C, Agudo A. The Role of Diet in Prognosis among Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Dietary Patterns and Diet Interventions. *Nutrients*. 2022;14(2):348. Published 2022 Jan 14. doi:10.3390/nu14020348.
- ³¹ Coughlin, S. S. “Food insecurity among cancer patients: a systematic review.” *Int J Food Nutr Sci* 8.1 (2021): 41–45.
- ³² *Id.*
- ³³ American Cancer Society. Nutrition for People with Cancer. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6711.00.pdf>.
- ³⁴ Raber M, Jacson A, Basen-Engquist K, et al, Food Insecurity Among People With Cancer: Nutritional Needs as an Essential Component of Care, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, Volume 114, Issue 12, December 2022, Pages 1577–1583, <https://doi.org/10.1093/jnci/djac135>.
- ³⁵ American Cancer Society Cancer Action Network. The Costs of Cancer in the Hispanic/Latino Community. <https://www.fightcancer.org/policy-resources/costs-cancer-hispaniclatino-community-0>.
- ³⁶ McDougall JA, Anderson J, Adler Jaffe S, et al. Food Insecurity and Forgone Medical Care Among Cancer Survivors. *JCO Oncol Pract*. 2020;16(9):e922–e932. doi:10.1200/JOP.19.00736.
- ³⁷ *Id.*
- ³⁸ *Id.*

³⁹ Morze J, Danielewicz A, Hoffmann G, Schwingshackl L. Diet Quality as Assessed by the Healthy Eating Index, Alternate Healthy Eating Index, Dietary Approaches to Stop Hypertension Score, and Health Outcomes: A Second Update of a Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Acad Nutr Diet*. 2020;120(12):1998–2031e1915.

⁴⁰ Bevel MS, Tsai M, Parham A, Andrzejak SE, Jones S, Moore JX. Association of Food Deserts and Food Swamps With Obesity-Related Cancer Mortality in the US. *JAMA Oncol*. Published online May 04, 2023. doi:10.1001/jamaoncol.2023.0634.

⁴¹ Keaver L, Yiannakou I, Folta SC, Zhang FF. Perceptions of Oncology Providers and Cancer Survivors on the Role of Nutrition in Cancer Care and Their Views on the “NutriCare” Program. *Nutrients*. 2020;12(5):1277. Published 2020 Apr 30. doi:10.3390/nu12051277

⁴² Camacho-Rivera M, Islam JY, Rodriguez DR, Vidot DC, Bailey Z. Food Insecurity Disparities and Mental Health Impacts Among Cancer Survivors During the COVID-19 Pandemic. *Health Equity*. 2022;6(1):729–737. doi:10.1089/heap.2021.0120.

⁴³ Houghtaling B, Greene M, Parab KV, Singleton CR. Improving Fruit and Vegetable Accessibility, Purchasing, and Consumption to Advance Nutrition Security and Health Equity in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(18):11220. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811220>.

⁴⁴ Wolf P.G., Sanchez-Flack J.C., Buscemi J., Marian L, et al. Support Policies that Foster a Healthy Food Environment and Incentivize Healthy Food Purchases to Mitigate Cancer Inequities, *Translational Behavioral Medicine*, Volume 11, Issue 12, December 2021, Pages 2123–2126, <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab081>.

⁴⁵ Houghtaling B, Greene M, Parab KV, Singleton CR. Improving Fruit and Vegetable Accessibility, Purchasing, and Consumption to Advance Nutrition Security and Health Equity in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(18):11220. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811220>.

⁴⁶ Wolf P.G., Sanchez-Flack J.C., Buscemi J., Marian L, et al. Support Policies that Foster a Healthy Food Environment and Incentivize Healthy Food Purchases to Mitigate Cancer Inequities, *Translational Behavioral Medicine*, Volume 11, Issue 12, December 2021, Pages 2123–2126, <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab081>.

⁴⁷ Morales DX, Morales SA, Beltran TF. Racial/Ethnic Disparities in Household Food Insecurity During the COVID-19 Pandemic: a Nationally Representative Study. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2021;8(5):1300–1314. doi:10.1007/s40615-020-00892-7.

⁴⁸ U.S. Department of Agriculture. Key Statistics & Graphics. <https://www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/food-security-in-the-u-s/key-statistics-graphics/>

⁴⁹ *Id.*

⁵⁰ Fejerman L, Ramirez AG, Nápoles AM, Gomez SL, Stern MC. Cancer Epidemiology in Hispanic Populations: What Have We Learned and Where Do We Need to Make Progress?. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2022;31(5):932–941. doi:10.1158/1055-9965.EPI-21-1303

⁵¹ Robien K, Clausen M, Sullo E, et al. Prevalence of Food Insecurity Among Cancer Survivors in the United States: A Scoping Review. *J Acad Nutr Diet*. 2023;123(2):330–346. doi:10.1016/j.jand.2022.07.004.

⁵² Raber M, Jacson A, Basen-Engquist K, et al, Food Insecurity Among People With Cancer: Nutritional Needs as an Essential Component of Care, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, Volume 114, Issue 12, December 2022, Pages 1577–1583, <https://doi.org/10.1093/jnci/djac135>.

⁵³ American Cancer Society Cancer Action Network. The Costs of Cancer in the Hispanic/Latino Community. <https://www.fightcancer.org/policy-resources/costs-cancer-hispaniclatino-community-0>.

⁵⁴ Gany F, Leng J, Ramirez J, Phillips S, Aragonas A, Roberts N, et al. Health-Related Quality of Life of Food-Insecure Ethnic Minority Patients With Cancer. *J Oncol Pract* 2015;11(5):396–402 doi 10.1200/JOP.2015.003962.

⁵⁵ Coughlin, S. S. “Food insecurity among cancer patients: a systematic review.” *Int J Food Nutr Sci* 8.1 (2021): 41–45.

⁵⁶ Mavegam Tango Assoumou BO, Coughenour C, Godbole A, McDonough I. Senior food insecurity in the USA: a systematic literature review. *Public Health Nutr*. 2023;26(1):229–245. Doi:10.1017/S1368980022002415.

⁵⁷ Joshua P. Kronenfeld, Kristi D. Graves, Frank J. Penedo, Betina Yanez, Overcoming Disparities in Cancer: A Need for Meaningful Reform for Hispanic and Latino Cancer Survivors, *The Oncologist*, Volume 26, Issue 6, June 2021, Pages 443–452. <https://doi.org/10.1092/onco.13739>

- ⁵⁸ Fejerman L, Ramirez AG, Nápoles AM, Gomez SL, Stern MC. Cancer Epidemiology in Hispanic Populations: What Have We Learned and Where Do We Need to Make Progress?. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2022;31(5):932–941. doi:10.1158/1055-9965.EPI-21-1303.)
- ⁵⁹ Siega-Riz AM, Pace ND, Butera NM, et al. How Well Do U.S. Hispanics Adhere to the Dietary Guidelines for Americans? Results from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Health Equity*. 2019;3(1):319–327. Published 2019 Jul 11. doi:10.1089/heaq.2018.0105
- ⁶⁰ <https://www.ers.usda.gov/amber-waves/2016/july/food-insecurity-and-hispanic-diversity/>
- ⁶¹ Abraído-Lanza AF, Echeverría SE, Flórez KR. Latino Immigrants, Acculturation, and Health: Promising New Directions in Research. *Annu Rev Public Health*. 2016;37:219–236. doi:10.1146/annurev-publhealth-032315-02154
- ⁶² *Id.*
- ⁶³ *Id.*
- ⁶⁴ Lara M, Gamboa C, Kahramanian MI, Morales LS, Bautista DE. Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:367–397. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144615
- ⁶⁵ Changelab Solutions. *Blueprint for Changemakers*. 2019. <https://www.changelabsolutions.org/product/blueprint-changemakers>.
- ⁶⁶ Downer S, Clippinger E, Kummer C. *Food is Medicine Research Action Plan*. 2022. 24. https://www.aspeninstitute.org/wp-content/uploads/2022/01/Food-is-Medicine-Action-Plan-Final_012722.pdf.
- ⁶⁷ *Id.* at 25.
- ⁶⁸ *Id.* at 36.
- ⁶⁹ *Id.* at 30.
- ⁷⁰ *Id.* at 30–34.
- ⁷¹ *Id.* at 5, 62–65.
- ⁷² Ishaq O, Vega RM, Zullig L, Wassung A, Walters D, Du NBL, Ahn J, Leichman CG, Cohen DJ, Gu P, Chachoua A, Leichman LP, Pearl K and Schiff PB. Food as medicine: A randomized controlled trial (RCT) of home delivered, medically tailored meals (HDMTM) on quality of life (QoL) in metastatic lung and non-colorectal GI cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2016;34. DOI: 10.1200/jco.2016.34.26_suppl.155.
- ⁷³ *Id.* at 6, 72–78.
- ⁷⁴ Perez-Lopez D. *Who Are the Millions Who Receive Nutrition Assistance?*. U.S. Census Bureau. Mar. 10, 2020. <https://www.census.gov/library/stories/2020/03/who-are-the-millions-who-receive-nutrition-assistance.html>.
- ⁷⁵ Unidos US. *Latinos Remain Disproportionately Impacted by Food Insecurity. USDA Can Make Progress on Equity and Racial Justice*. Sept. 28, 2022. <https://unidosus.org/blog/2022/09/28/latinos-remain-disproportionately-impacted-by-food-insecurity-usda-can-make-progress-on-equity-and-racial-justice/>.
- ⁷⁶ *Id.*
- ⁷⁷ U.S. Department of Agriculture. Key Statistics & Graphics. <https://www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/food-security-in-the-u-s/key-statistics-graphics/>
- ⁷⁸ Raber M, Jacson A, Basen-Engquist K, et al, Food Insecurity Among People With Cancer: Nutritional Needs as an Essential Component of Care, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, Volume 114, Issue 12, December 2022, Pages 1577–1583, <https://doi.org/10.1093/jnci/djac135>.
- ⁷⁹ Gany F, Melnic I, Ramirez J, et al. Food Insecurity among Cancer Patients Enrolled in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). *Nutr Cancer*. 2021;73(2):206–214. doi:10.1080/01635581.2020.1743867.
- ⁸⁰ Nisbett N, Harris J, Backholer K, Baker P, Jernigan V.B.B., Friel S. Holding No-one Back: The Nutrition Equity Framework in Theory and Practice. *Glob Food Sec*. 2022;32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9425110/>.

⁸¹ University of Wisconsin Population Health Institute. Fruit & vegetable Incentive Programs. 2023. <https://www.countyhealthrankings.org/take-action-to-improve-health/what-works-for-health/strategies/fruit-vegetable-incentive-programs>.

⁸² *Id.*

⁸³ *Id.*

⁸⁴ U.S. Department of Agriculture. *Gus Schumacher Nutrition Incentive Program*. <https://www.fns.usda.gov/snap/gusnip-grant-program>.

⁸⁵ Engel, K.; Ruder E.H. (2020). Fruit and vegetable incentive programs for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) participants: A scoping review of program structure. *Nutrients*, 12(6):1676. <https://doi.org/10.3390/nu12061676>.

⁸⁶ Verghese, A.; Raber, M.; Sharma, S. (2019). Interventions targeting diet quality of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) participants: A scoping review. *Prev. Med.*, 119, 77–86. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.12.006>

⁸⁷ Parks, C. A.; Stern, K. L.; Fricke, H. E.; Clausen, W.; Yaroch, A. L. (2020). Healthy Food Incentive Programs: Findings from Food Insecurity Nutrition Incentive Programs across the United States. *Health Promot. Pract.*, 21(3), 421–429. <https://doi.org/10.1177/1524839919898207>.

⁸⁸ Thilmany, D.; Bauman, A.; Love, E.; Jablonski, B.B.R. *The Economic Contributions of Healthy Food Incentives*. 2021. https://www.spur.org/sites/default/files/2021-02/economic_contributions_incentives_2_2_21.pdf.

⁸⁹ ChangeLab Solutions. *Modeling Healthy Institutional Purchasing & Sales*. 2021. https://www.changelabsolutions.org/sites/default/files/2021-05/CLS-BG243-3-Modeling-Healthy-Institutional-Purchasing-Sales_FINAL_ACCESS_20210525.pdf.

⁹⁰ Niebylski ML, Lu T, Campbell NRC, Arcand J, Schermel A, Hua D, Yeates KE, Tobe SW, Twohig PA, L'Abbé MR, Liu PP. Healthy Food Procurement Policies and Their Impact. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014; 11(3):2608–2627. <https://doi.org/10.3390/ijerph110302608>

⁹¹ Abrahams-Gessel, Shafika, et al. "Implementing federal food service guidelines in federal and private worksite cafeterias in the United States leads to improved health outcomes and is cost saving." *Journal of public health policy* 43.2 (2022): 266–280. <https://link.springer.com/article/10.1057/s41271-022-00344-y>

⁹² Zhao J, Han X, Zheng Z, Nogueira L, Lu AD, Nathan PC, Yabroff KR. Racial/Ethnic Disparities in Childhood Cancer Survival in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2021 Nov;30(11):2010–2017. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-21-0117. Epub 2021 Sep 30. PMID: 34593561.

⁹³ Reeves TJ, Mathis TJ, Bauer HE, et al. Racial and Ethnic Disparities in Health Outcomes Among Long-Term Survivors of Childhood Cancer: A Scoping Review. *Front Public Health*. 2021;9:741334. Published 2021 Oct 29. doi:10.3389/fpubh.2021.741334

⁹⁴ Liu J, Micha R, Li Y, Mozaffarian D. Trends in Food Sources and Diet Quality Among US Children and Adults, 2003–2018. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e215262. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.5262

⁹⁵ Micha R, Karageorgou D, Bakogianni I et al. Effectiveness of School Food Environment Policies on Children's Dietary Behaviors: A Systematic Review and Meta-analysis. *PloS one*. 2018;13(3):e0194555

⁹⁶ *Id.*

⁹⁷ <https://gfpp.app.box.com/s/w74zifuai2lbdkk3jxd1u88579s4vj2v>

⁹⁸ Center for Good Food Purchasing. *The Program*. <https://goodfoodpurchasing.org/program-overview/>.

⁹⁹ Centers for Disease Control. Food Service Guidelines. <https://www.cdc.gov/nutrition/food-service-guidelines/index.html>.

¹⁰⁰ ChangeLab Solutions. Supporting Local Food Production and Retail. https://www.changelabsolutions.org/sites/default/files/2021-05/CLS-BG243-4-Supporting-Local-Food-Production-Retail_FINAL_ACCESS_20210525_.pdf

¹⁰¹ Litt JS, Alaimo K, Harrall KK, et al. Effects of a community gardening intervention on diet, physical activity, and anthropometry outcomes in the USA (CAPS): an observer-blind, randomised controlled trial. *Lancet Planet Health*. 2023;7(1):e23–e32. doi:10.1016/S2542-5196(22)00303-5.

- ¹⁰² Litt JS, Alaimo K, Harrall KK, et al. Effects of a community gardening intervention on diet, physical activity, and anthropometry outcomes in the USA (CAPS): an observer-blind, randomised controlled trial. *Lancet Planet Health*. 2023;7(1):e23–e32. doi:10.1016/S2542-5196(22)00303-5.
- ¹⁰³ News Medical. *Community gardening could play an important role in preventing cancer and mental health disorders*. Jan. 6, 2023. <https://www.news-medical.net/news/20230106/Community-gardening-could-play-an-important-role-in-preventing-cancer-and-mental-health-disorders.aspx>
- ¹⁰⁴ Hume C, Grieger JA, Kalamkarian A, D'Onise K, Smithers LG. Community gardens and their effects on diet, health, psychosocial and community outcomes: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1247. doi:10.1186/s12889-022-13591-1.
- ¹⁰⁵ Stluka S, McCormack LA, Burdette L, et al. Gardening for Health: Using Garden Coordinators and Volunteers to Implement Rural School and Community Gardens. *Prev Chronic Dis*. 2019;16:E156. doi:10.5888/pcd16.190117.
- ¹⁰⁶ Cases, M.G., Blair, C.K., Hendricks, P.S. et al. *Sustainability capacity of a vegetable gardening intervention for cancer survivors*. *BMC Public Health* 22, 1238 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13644-5>;
- ¹⁰⁷ Winkels RM, Artrip R, Tupinio M, Veldheer S, Dandekar SC, George DR. Opportunities for Growth: Evaluating the Feasibility of a Community Gardening Intervention Pairing Adolescent and Young Adult Cancer Survivors with Experienced Gardeners. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2020;9(1):115–119.
- ¹⁰⁸ Spees CK, Joseph A, Darragh A, Lyons F, Wolf KN. Health behaviors and perceptions of cancer survivors harvesting at an urban garden. *Am J Health Behav*. 2015;39(2):257–266. doi:10.5993/AJHB.39.2.12.
- ¹⁰⁹ Hilary Y Ma, Avni P Mody, Janelle Lustgarten, Lisa Ronning, Rebecca Verm, Thomas Garcia-Prats, Michelle Seitzinger; Abstract C032: A hospital farm: Using urban agriculture to address nutrition, physical activity, and food insecurity in cancer survivors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1 June 2020; 29 (6_Supplement_2): C032. <https://doi.org/10.1158/1538-7755.DISPI9-C032>.
- ¹¹⁰ *Id.*
- ¹¹¹ <https://www.cspinet.org/sites/default/files/2023-03/Healthy%20Retail%20Toolkit%202023.pdf>
- ¹¹² *Id.*
- ¹¹³ Mah CL, Luongo G, Hasdell R, Taylor NGA, Lo BK. A Systematic Review of the Effect of Retail Food Environment Interventions on Diet and Health with a Focus on the Enabling Role of Public Policies. *Curr Nutr Rep*. 2019;8(4):411–428. doi:10.1007/s13668-019-00295-z .
- ¹¹⁴ Wolgast H, Halverson MM, Kennedy N, Gallard I, Karpyn A. Encouraging Healthier Food and Beverage Purchasing and Consumption: A Review of Interventions within Grocery Retail Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(23):16107. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316107> .
- ¹¹⁵ Mah CL, Luongo G, Hasdell R, Taylor NGA, Lo BK. A Systematic Review of the Effect of Retail Food Environment Interventions on Diet and Health with a Focus on the Enabling Role of Public Policies. *Curr Nutr Rep*. 2019;8(4):411–428. doi:10.1007/s13668-019-00295-z
- ¹¹⁶ <http://salud-america.org/wp-content/uploads/2017/08/Better-Food-Research-Review.pdf>
- ¹¹⁷ Elbel B, Mijanovich T, Kiszko K, Abrams C, Cantor J, Dixon LB. The Introduction of a Supermarket via Tax-Credits in a Low-Income Area. *Am J Health Promot*. 2017;31(1):59–66. doi:10.4278/ajhp.150217-QUAN-733
- ¹¹⁸ Dubowitz T, Ghosh-Dastidar M, Cohen DA, et al. Diet And Perceptions Change With Supermarket Introduction In A Food Desert, But Not Because Of Supermarket Use. *Health Aff (Millwood)*. Nov 2015;34(11):1858–68
- ¹¹⁹ Ortega AN, Albert SL, Chan-Golston AM, et al. Substantial improvements not seen in health behaviors following corner store conversions in two Latino food swamps. *BMC Public Health*. 2016;16:389. Published 2016 May 11. doi:10.1186/s12889-016-3074-1
- ¹²⁰ Allcott H, et al. Food Deserts and the Causes of Nutritional Inequality. *The Quarterly Journal of Economics*. 2019;134(4):1793–1844.
- ¹²¹ <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2022/acs/acsbr-012.pdf>

- ¹²² <https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=3&lvlid=64>
- ¹²³ <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2023/mar/inequities-coverage-access-black-hispanic-adults>
- ¹²⁴ https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/68c78e2fb15209dd191cf9b0b1380fb8/ASPE_Latino_Health_Coverage_IB.pdf
- ¹²⁵ Id.
- ¹²⁶ National Immigration Law Center. Overview of Immigrant Eligibility for Federal Programs. Mar. 2023. <https://www.nilc.org/issues/economic-support/overview-immeligfedprograms/>.
- ¹²⁷ <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/fact-sheet/health-coverage-and-care-of-immigrants/>
- ¹²⁸ <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/>
- ¹²⁹ https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/68c78e2fb15209dd191cf9b0b1380fb8/ASPE_Latino_Health_Coverage_IB.pdf
- ¹³⁰ <https://www.pewresearch.org/science/2022/06/14/hispanic-americans-experiences-with-health-care/>
- ¹³¹ Downer S, Clippinger E, Kummer C. Food is Medicine Research Action Plan. 2022. 24. https://www.aspeninstitute.org/wp-content/uploads/2022/01/Food-is-Medicine-Action-Plan-Final_012722.pdf.
- ¹³² For a recent example of a medically tailored groceries program that was located in a food pantry and targeted uninsured individuals, see Seligman HK, Smith M, Rosenmoss S, Marshall MB, Waxman E. Comprehensive diabetes self-management support from food banks: A randomized controlled trial. *Am J Public Health*. 2018;108(9):1227–1234. doi:10.2105/AJPH.2018.304528
- ¹³³ Downer S, Clippinger E, Kummer C. *Food is Medicine Research Action Plan*. 2022. 24. https://www.aspeninstitute.org/wp-content/uploads/2022/01/Food-is-Medicine-Action-Plan-Final_012722.pdf.
- ¹³⁴ <https://www.cspinet.org/sites/default/files/2022-11/Towards%20a%20more%20equitable%20Gus%20Schumacher%20Nutrition%20Incentive%20Program%20%28GusNIP%29-%20Recommendations%20for%20program%20reauthorization%20and%20implementation.pdf>
- ¹³⁵ Unidos US. *Latinos Remain Disproportionately Impacted by Food Insecurity*. USDA Can Make Progress on Equity and Racial Justice. Sept. 28, 2022. <https://unidosus.org/blog/2022/09/28/latinos-remain-disproportionately-impacted-by-food-insecurity-usda-can-make-progress-on-equity-and-racial-justice/>.
- ¹³⁶ Ashbrook A, Beaudoin S, Decreases in Eligible Immigrants' SNAP Participation Show There's More Work to Be Done. Food Research & Action Center. Jan. 26, 2023. <https://frac.org/blog/snap-eligible-immigrant-families-part-one>.
- ¹³⁷ National Immigration Law Center. Overview of Immigrant Eligibility for Federal Programs. Mar. 2023. <https://www.nilc.org/issues/economic-support/overview-immeligfedprograms/>.
- ¹³⁸ Center for Science in the Public Interest. SNAP Access and Utilization. Mar. 2022. https://www.cspinet.org/sites/default/files/2022-03/SNAP_Access_and_Utilization.pdf.
- ¹³⁹ <https://www.cspinet.org/sites/default/files/2022-11/Towards%20a%20more%20equitable%20Gus%20Schumacher%20Nutrition%20Incentive%20Program%20%28GusNIP%29-%20Recommendations%20for%20program%20reauthorization%20and%20implementation.pdf>
- ¹⁴⁰ <https://chlpi.org/wp-content/uploads/2013/12/Produce-RX-March-2021.pdf>
- ¹⁴¹ Downer S, Clippinger E, Kummer C. Food is Medicine Research Action Plan. 2022. 30. https://www.aspeninstitute.org/wp-content/uploads/2022/01/Food-is-Medicine-Action-Plan-Final_012722.pdf.
- ¹⁴² <https://chlpi.org/wp-content/uploads/2013/12/Produce-RX-March-2021.pdf> 27
- ¹⁴³ <https://www.usda.gov/media/press-releases/2022/11/17/usda-proposes-science-driven-updates-foods-provided-through-wic>

- ¹⁴⁴ <https://www.federalregister.gov/documents/2022/11/21/2022-24705/special-supplemental-nutrition-program-for-women-infants-and-children-wic-revisions-in-the-wic-food>
- ¹⁴⁵ <https://www.federalregister.gov/documents/2022/11/21/2022-24705/special-supplemental-nutrition-program-for-women-infants-and-children-wic-revisions-in-the-wic-food>
- ¹⁴⁶ Daniels P and Delwiche A. *Future Policy Award 2018: The Good Food Purchasing Program*. *Front. Sustain. Food Syst.* 2022; 5:576776. doi: 10.3389/fsufs.2021.576776.
- ¹⁴⁷ City of Los Angeles. Executive Directive No. 24: Good Food Purchasing Policy. Oct. 24, 2012. https://lacity.gov/sites/g/files/wph1706/files/2021-04/villaraigosa_ed24.pdf.
- ¹⁴⁸ City of Los Angeles Unified School District Board of Education. *Resolution 035-14/15: Good Food Procurement 2014*. 2014. https://achieve.lausd.net/cms/lib/CA01000043/Centricity/Domain/126/Good_Food_2014.pdf
- ¹⁴⁹ <https://procuringfoodjustice.org/>
- ¹⁵⁰ <https://procuringfoodjustice.org/>
- ¹⁵¹ <https://www.cspinet.org/sites/default/files/2023-03/Healthy%20Retail%20Toolkit%202023.pdf>
- ¹⁵² Stolley, Melinda R; Beyer, Kirsten; Gann, Peter; Sheean, Patricia. Context is Key in Addressing Obesity and Lifestyle in Diverse Populations of Cancer Survivors. *Obesity*. 2017; 25, S25-S26. DOI:10.1002/oby.22019.
- ¹⁵³ *Id.*
- ¹⁵⁴ <https://foodcommunitybenefit.noharm.org/resources/community-health-needs-assessment/engaging-community-understand-food-needs>
- ¹⁵⁵ <https://nashp.org/how-states-keep-community-at-the-center-of-hospitals-community-health-needs-assessments/>
- ¹⁵⁶ Equitable Food Access Initiative. *About the Initiative*. <https://www.equitablefoodaccess.org/about>.
- ¹⁵⁷ *Id.*
- ¹⁵⁸ <https://healthyfoodpolicyproject.org/authentic-resident-engagement>
- ¹⁵⁹ Centers for Disease Control. *Priority Nutrition Strategy. Fruit and Vegetable Voucher Incentives and Produce Prescriptions*. <https://www.cdc.gov/nutrition/state-and-local-strategies/priority-incentives-prescriptions.html>. Last updated Dec 21 2022.
- ¹⁶⁰ <https://www.sacurrent.com/food-drink/sprouting-up-after-a-slow-start-the-healthy-corner-stores-initiative-is-planting-oases-in-food-deserts-30990279>
- ¹⁶¹ <https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/state-local-programs/pdf/healthier-food-retail-guide-full.pdf>
- ¹⁶² *Id.*
- ¹⁶³ ChangeLab Solutions. *Consequences of Preemption for Public Health & Equity* https://www.changelabsolutions.org/sites/default/files/2020-08/Consequences_of_Preemption_FINAL_Accessible_20200710.pdf.
- ¹⁶⁴ Pomeranz JL, Zellers L, Bare M, Pertschuk M. State Preemption of Food and Nutrition Policies and Litigation: Undermining Government's Role in Public Health. *Am J Prev Med*. 2019;56(1):47-57. doi:10.1016/j.amepre.2018.07.027
- ¹⁶⁵ The Local Solutions Support Center offers updates on emerging preemption threats and resources for campaigns seeking to preserve local authority. Local Solutions Support Center. Resources. <https://www.supportdemocracy.org/resources>.
- ¹⁶⁶ See, e.g., recommendations on pages 45-46 of <https://chlpi.org/wp-content/uploads/2013/12/Produce-RX-March-2021.pdf>.
- ¹⁶⁷ Gany, F.M., Pan, S., Ramirez, J., & Paolantonio, L. (2020). Development of a Medically Tailored Hospital-based Food Pantry System. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 31(2), 595-602. doi:10.1353/hpu.2020.0047.

¹⁶⁸ *Id.*

¹⁶⁹ Gany F, Bari S, Crist M, Moran A, Leng J. Food insecurity: Limitations of emergency food resources for our patients. *J Urban Health*. 2013; 90(3):552-8.

¹⁷⁰ *Id.*

¹⁷¹ Gany F, Melnic I, Wu M, et al. Food to overcome outcomes disparities: food insecurity interventions to improve cancer outcomes. *J Clin Oncol*. 2022; doi:10.1200/JCO.21.02400.

¹⁷² Garchitorena, M. Bringing Fresh Food to Underserved People with Cancer. June 28, 2019. <https://www.mskcc.org/news/bringing-fresh-food-underserved-people>.

¹⁷³ *Id.*

¹⁷⁴ Corbin Hill Food Project. *Press Release: Food As Medicine Project brings Farm Fresh Produce to Upper Manhattan and Bronx Residents*. May 17, 2022. <https://corbinhill-foodproject.org/newsletters/2022/5/16/press-release-food-as-medicine>.

¹⁷⁵ Corbin Hill Food Project. *Press Release: Food as Medicine Project Centers Community Needs With Additional \$500K Secured for Produce Prescription Program in Upper Manhattan and Bronx*. Oct. 24, 2022. <https://corbinhill-foodproject.org/newsletters/2022/10/13/press-release-food-as-medicine-project-enhancement-grant>.

¹⁷⁶ *Id.*

¹⁷⁷ *Id.*

¹⁷⁸ <https://nutritionincentivehub.org/news-events/news/corbin-hill-food-project-chfp>

¹⁷⁹ <https://procuringfoodjustice.org/>

¹⁸⁰ Nyachoti DO, Redelfs AH, Brown LD, Garcia EB, Garcia E, Loweree CA, Del Rio K, Del Toro D, Vasquez D, Gallegos GA, Kelly MP, Whigham LD. Nutrition and Health Programming and Outreach in Grocery Retail Settings: A Community Coalition in Action. *Nutrients*. 2023; 15(4):895. <https://doi.org/10.3390/nu15040895>

Reconocimiento

Agradecemos al personal de [ChangeLab Solutions](#) por su colaboración en el desarrollo de este informe de políticas.

Para obtener más información sobre este documento, comuníquese con: Adolph P. Falcón, MPP, vicepresidente ejecutivo de la [Fundación para la Salud de las Américas](#)® (HAF por sus siglas en inglés) a través de afalcon@healthyamericasfund.org.

Este informe de políticas está financiado por la Red Nuestras Voces™, una iniciativa de la [Alianza Nacional para la Salud Hispana](#)® (la Alianza) como parte de una subvención de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (DHHS por sus siglas en inglés) y por la Fundación para la Salud de las Américas®. El contenido de este informe es propiedad de los autores y no necesariamente representa la opinión oficial ni el respaldo del gobierno de los EE. UU., el DHHS, los CDC, la Alianza o la HAF.



Descargo de responsabilidad: La información legal contenida en este documento no constituye asesoramiento legal ni representación legal. Para obtener asesoramiento legal, los lectores deben consultar a un abogado de su estado.

