

# Aprovechando las innovaciones para impulsar el impacto colectivo

*Aspectos destacados de la Cumbre de abril de 2019*

En abril de 2019, representantes de los sectores de atención de salud, alimentación y nutrición, salud pública y organizaciones comunitarias sin fines de lucro en toda el área metropolitana de Chicago se reunieron en el Centro para el Descubrimiento y el Aprendizaje de ACCESS para pasar un día de aprendizaje e iniciar un diálogo orientado a soluciones en torno a la mejora de la inseguridad alimenticia.

Este encuentro fue el resultado del trabajo iniciado por múltiples organizaciones e investigadores, incluyendo Access Community Health Network (ACCESS), Illinois Public Health Institute – Alliance for Health Equity, la Universidad de Illinois Chicago y el Gran Chicago Food Depository: para coordinar un diálogo más amplio entre instituciones en torno a la inseguridad alimenticia, en el área de Chicago. Fue de importancia crítica compartir aprendizajes de las pruebas piloto y estudios que se habían llevado a cabo para ayudar a impulsar la siguiente etapa de abordaje acerca de la inseguridad alimenticia, salud y el bienestar general de nuestras comunidades.

Las discusiones se centraron en cómo aprovechar la experiencia profunda y las relaciones exitosas que ya existen, para identificar y abordar mejor la inseguridad alimenticia, y mejorar la salud de residentes en nuestras comunidades en necesidad.

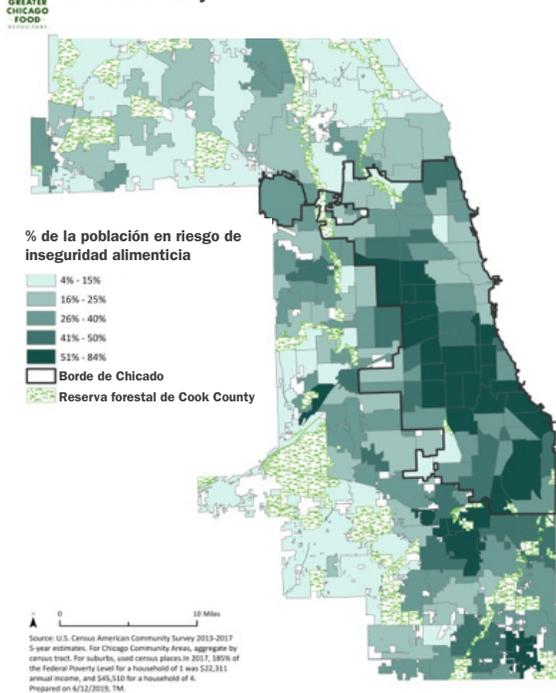
## Nuestra meta

Según lo definido por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), la inseguridad alimenticia, es “la falta de acceso constante a suficientes alimentos para una vida activa, y saludable.” Los estudios muestran que la inseguridad alimenticia, tiene implicaciones significativas en los aspectos físicos y en la salud mental. En 2017, aproximadamente 40 millones de estadounidenses (12,5% sufrieron inseguridad alimenticia. Aunque la tasa de inseguridad alimenticia en Illinois (10,9%) es ligeramente inferior a las tasas de inseguridad alimenticia nacionales, la prevalencia varía mucho en todos los estados, condados e incluso vecindarios o códigos postales. Por ejemplo, en algunos barrios en el condado de Cook, Illinois, que

incluye a Chicago y los suburbios circundantes: del 50 al 84 por ciento de los hogares tienen inseguridad alimenticia (ver mapa en la página 2). Además de carecer de ingreso económico, estos individuos y las familias comúnmente tienen acceso limitado espacial a opciones de alimentos saludables en sus comunidades.

En los últimos años, muchas organizaciones de atención de la salud en el área de Chicago, incluidos los hospitales, centros de salud calificados a nivel federal, y los planes de salud comenzaron a tomar un papel proactivo en la identificación y en ayudar a los pacientes con inseguridad alimenticia.

**Riesgo de inseguridad alimenticia por área de la comunidad de Cook County**



Los esfuerzos generalmente requieren que las organizaciones de atención médica busquen recursos fuera de los tradicionales y se asocien con despensas de alimentos, organizaciones sin fines de lucro y otras organizaciones involucradas en alimentación y nutrición.

Para apoyar a personas y familias con inseguridad alimenticias en el Condado de Cook, numerosas organizaciones comunitarias están trabajando en primera línea para ayudar a identificar a las personas en riesgo y aumentar su acceso a alimentos. Estas organizaciones incluyen tanto grandes organizaciones sin fines de lucro y agencias gubernamentales de salud (por ejemplo, el Departamento de Salud Pública del Condado de Cook, el Gran depósito de alimentos de Chicago) como despensas de alimentos vecinales, mercados de agricultores y otros servicios que funcionan a través de organizaciones benéficas y religiosas. Además, un número creciente de socios minoristas de alimentos también están presentes para seguir apoyando estos esfuerzos.

Como se describe con más detalle en la página 4, un estudio horizontal por la Alianza para la Igualdad de Salud (AHE) identificó 37 programas únicos entre organizaciones de atención médica y varias entidades de alimentos y nutrición en el condado de Cook. Estos esfuerzos de asociación a

menudo están vinculados a iniciativas de colaboración más grandes del condado de Cook que se han alineado para abordar los problemas sociales determinantes de la salud, incluida la inseguridad alimenticia y la falta de acceso a alimentos saludables. Las iniciativas incluyen la Alliance for Health Equity, West Side United, Proviso Partners for Health, Family Farmed’s Good Food is Good Medicine initiative, Healthy Chicago 2.0, Cook County WePLAN, y el Programa de compras de buenos alimentos (Good Food Purchasing Program).

La idea de lanzar un programa de iniciativa de seguridad alimenticia regional e intersectorial surgió de todo el trabajo colaborativo en las comunidades. Según lo previsto, este acuerdo del condado reúne la atención organizaciones de la salud, la alimentación y la nutrición para identificar las mejores prácticas y soluciones, abordar desafíos colectivamente y buscar un plan en común. La colaboración se centra principalmente en mejorar la salud al reducir la inseguridad alimenticia y mejorar acceso a opciones de alimentos más saludables.

ACCESS, el Depósito de Alimentos del Gran Chicago, La Alianza para la Igualdad de Salud, y Angela Odoms-Young, PhD, Profesora Asociada, Departamento de Kinesiología y Nutrición, y Directora Asociada de Investigación y Educación en la Oficina de Participación Comunitaria y Asociaciones de Salud Vecinal, en la Universidad de Illinois en Chicago dirigió un subcomité para planificar y organizar la Cumbre de Alimentos para la Salud el 10 de abril de 2019. Aproximadamente asistieron 71 personas de 45 organizaciones, deseosos de aprender unos de otros y energizados para trabajar juntos en torno a la inseguridad alimenticia.

**Desafíos compartidos y lecciones aprendidas**

Durante la Cumbre, los asistentes discutieron los desafíos relacionadas con la identificación y el tratamiento de la inseguridad alimenticia, información compartida sobre estrategias de implementación, y debatieron los enfoques necesarios para evaluar y probar diferentes modelos de intervención. Un punto clave de la Cumbre fue identificar a los principales desafíos que el grupo enfrentará en 2019 para comenzar a abordar colectivamente la inseguridad alimenticia y abordar el acceso a los alimentos. “Todos tenemos una fuerte plataforma sobre cómo podemos crear comunidades más saludables”, dijo Donna Thompson, directora ejecutiva de ACCESS. “Espero que todos ampliemos nuestros objetivos y marchemos juntos hacia soluciones que realmente tengan un impacto duradero”.

## Enmarcar y definir la inseguridad alimenticia

La Cumbre comenzó con una descripción general de la investigación actual sobre la inseguridad alimenticia y su impacto en la salud por parte de la facilitadora Ángela Odoms-Young, PhD.

### Puntos principales:

- La inseguridad alimenticia no solo afecta a las personas fisiológicamente (por ejemplo, con hambre, insuficiencia nutricional) pero también tiene los siguientes impactos:
  - **Psicológicos:** Individuos con inseguridad alimenticia pueden estar llenos de vergüenza o pueden sufrir de estrés adicional relacionado con su preocupación por no tener suficiente comida.
  - **Social:** los individuos pueden volverse socialmente aislados cuando no pueden permitirse el lujo de reunirse con la familia o amigos para salir a comer.
  - **Restricciones financieras:** los hogares pueden verse forzados a tomar decisiones difíciles como renunciar a comprar medicamentos o pagar facturas para que puedan comprar alimentos, o pueden necesitar obtener alimentos de maneras socialmente inaceptables.
- Una variedad de factores socioeconómicos, además de hábitos alimenticios no saludables influyen en la inseguridad alimenticia, incluidos:
  - **Geografía:** Por ejemplo, algunos barrios pueden no proporcionar fácil acceso a las tiendas de comestibles o alternativas saludables a la comida rápida barata.
  - **Conocimientos, habilidades y preferencias:** Las personas que saben comprar y cocinar alimentos saludables con un presupuesto limitado tienen menos probabilidad de sufrir inseguridad alimenticia.
  - **Nivel de ingresos:** además del ingreso neto, los hogares también deben abordar si son elegibles para Asistencia Nutricional Suplementaria beneficios del programa (SNAP) (conocidos como Link in Illinois) y el Programa de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres y Niños (WIC).
- La investigación ilustra el vínculo entre la inseguridad alimenticia y las condiciones crónicas:
  - Los hogares con inseguridad alimenticia tienden a ir en ciclos entre tener suficientes alimentos y sufrir escasez de ellos. El peso corporal y los niveles de azúcar en la sangre tienden a ir en ciclo también debido a una propensión a comer dietas ricas en grasas y carbohidratos refinados cuando la comida es escasa. Las personas también adoptan medidas compensatorias, estrategias que contribuyen al aumento de peso y pérdida, como comer en exceso cuando hay comida disponible y saltarse las comidas cuando la comida escasea. A al mismo tiempo, el estrés de lidiar con la inseguridad de no tener comida y otros problemas socioeconómicos pueden conducir a una autogestión deficiente (p. ej., comer), lo que conduce a malos resultados de salud.
  - Los estudios han demostrado que la inseguridad alimenticia aumenta la probabilidad de hipertensión y mal control glucémico en pacientes con diabetes.
- Para abordar la inseguridad alimenticia, las organizaciones de atención de la salud están adoptando principalmente tres tipos de estrategias:
  1. Identificación de pacientes que viven en hogares de situación de inseguridad alimenticia.
  2. Derivar o conectar a los pacientes con puntos de acceso a nutrición (p. ej., despensas de alimentos, jardines y granjas urbanas), así como SNAP y beneficios de WIC.
  3. Crear nuevos canales de distribución de alimentos en el sistema de atención médica (por ejemplo, una despensa de alimentos en el lugar).

## Estudio panorámico de las Asociaciones AHE sobre la atención médica y los alimentos

Alliance for Health Equity (AHE) es una coalición de los hospitales del Condado de Cook, el Instituto de Salud Pública de Illinois, los departamentos de salud y organizaciones comunitarias. Desde el verano de 2018, AHE ha estado encuestando organizaciones en el Condado de Cook para identificar a los programas de atención médica existentes que incluyen un componente de alimentación y nutrición. En el encuentro, Jess Lynch, directora de programas del Instituto de Salud Pública de Illinois, resumió los hallazgos actuales del estudio:

- El objetivo más común de los 37 de los programas de servicios de salud y alimentación en el condado de Cook es mejorar el acceso a opciones de alimentos más saludables. Otros objetivos principales son reducir la inseguridad alimenticia, brindando educación nutricional y consejería, y manejo de enfermedades crónicas.
- 21 de los programas identificados actualmente hacen seguimiento de personas o familias por inseguridad alimenticia. Se ofrece comunmente la distribución de comida en el lugar de las organizaciones sanitarias y/o referencia a programas y beneficios de alimentos fuera del sitio junto con los seguimientos.
- Otros componentes del programa incluyen dieta y nutrición, educación, demostraciones o clases de cocina, asesoramiento sobre enfermedades crónicas y asistencia de gestión e inscripción a SNAP.

## Ejemplos de asociaciones de atención médica y alimentos:

### West Side United

Centrado en mejorar la salud del vecindario mientras apoya la colaboración intersectorial en el West Side de Chicago, West Side United trabaja para mejorar el acceso a alimentos saludables colaborando con las despensas de alimentos locales, brindando educación nutricional en escuelas públicas del vecindario y otros proyectos. “En el West Side, pasamos de una esperanza de vida de 85 años en el Loop hasta 68 o 69 en el área de Garfield Park”, dijo Christopher Nolan, Gerente de Sistemas, Comunidad Health and Benefit, en el Centro Médico de la Universidad Rush, que es uno de los hospitales en West Side United. “Cuando pensamos sobre las causas profundas de estas desigualdades que existen... es enfermedades del corazón, cáncer, diabetes. Son las condiciones crónicas en lo que podemos trabajar... [y] la comida es un común denominador muy grande.” Todos los hospitales de West Side United (AMITA Saint Mary, AMITA Saint

## Herramientas de detección de inseguridad alimenticia

Hay una serie de herramientas de detección de inseguridad alimenticia disponibles, que incluyen el cuestionario de 18 ítems utilizado por el Departamento de Agricultura (USDA) en su encuesta anual de seguridad alimenticia. Debido a que el tiempo con pacientes es limitado, los proveedores de atención médica han estado probando por menos tiempo herramientas de cribado. Las siguientes son dos herramientas más cortas que se usan comúnmente.

### La herramienta de detección de signos vitales del hambre de dos preguntas

Se determina que las familias están en riesgo de inseguridad alimenticia si respondieron “a menudo cierto” o “a veces cierto” a ambas de estas preguntas:

1. En los últimos 12 meses, nos preocupó que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más.
2. En los últimos 12 meses, la comida que compramos simplemente no duró y no tuvimos dinero para obtener más.

### Formulario corto de seis elementos de la encuesta de seguridad alimentaria del USDA Módulo (para Adultos)

Esta es una versión más corta de la encuesta de 18 ítems del USDA e incluye preguntas sobre decisiones difíciles que los hogares tienen que tomar cuando hay inseguridad alimentaria.

1. La comida que (yo/nosotros) compramos simplemente no duró, y (yo/nosotros) no teníamos dinero para conseguir más.
 

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Generalmente cierto | <input type="checkbox"/> Nunca cierto                  |
| <input type="checkbox"/> A veces cierto      | <input type="checkbox"/> No sabe o no quiere contestar |
2. (Yo/nosotros) no pudimos comprar comidas equilibradas.
 

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Generalmente cierto | <input type="checkbox"/> Nunca cierto                  |
| <input type="checkbox"/> A veces cierto      | <input type="checkbox"/> No sabe o no quiere contestar |
3. En los últimos 12 meses, ¿usted (u otros adultos en su hogar) alguna vez redujo el tamaño de sus comidas o se saltó comidas porque no había suficiente dinero para la comida?
 

|                             |                             |                                |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
4. Si respondió “sí” a la pregunta 3: ¿Con qué frecuencia reduce el tamaño de sus comidas o se saltea comidas, casi todos los meses, algunos meses pero no todos los meses, o en solo 1 o 2 meses?
 

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casi todos los meses           | <input type="checkbox"/> Solo 1 o 2 meses |
| <input type="checkbox"/> Algunos meses pero no cada mes | <input type="checkbox"/> No sé            |
5. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que sentía que debería porque no había suficiente dinero para la comida?
 

|                             |                             |                                |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
6. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo hambre pero no comió porque no había suficiente dinero para la comida?
 

|                             |                             |                                |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

Elizabeth, Departamento de Salud del Condado de Cook, Hospital Infantil Lurie, Centro Médico de la Universidad Rush, Sinai Health System y UI Health) están trabajando con el Greater Chicago Food Depository y socios de la comunidad en iniciativas de acceso a los alimentos.

### Farmacia de alimentos de Advocate Trinity Hospital

Ubicado en el lado sureste de Chicago, Advocate Trinity atiende a una población de pacientes con altas tasas de inseguridad alimentaria, así como diabetes, enfermedades cardíacas e hipertensión. “Encontramos que el 57 por ciento de los pacientes ingresados en el hospital [en un día en particular] tenía una enfermedad o condición que potencialmente podría beneficiarse de algún tipo de intervención alimentaria y nutricional”, dijo Harold Gatewood, Consultor, de Advocate Sistema Operativo.

Este hallazgo llevó a la creación de la Farmacia de Alimentos, que es un evento que se lleva a cabo dos veces al mes en el hospital y es para pacientes referidos por sus médicos. Los participantes reciben bolsas gratis de frutas y verduras proporcionadas por el Gran Depósito de alimentos de Chicago. Los que concurren al evento también aprenden a cocinar o preparan algunos de los productos que reciben y prueban recetas preparadas. “Los vegetales frescos hacen que la gente se acerque, pero luego nos da la oportunidad de involucrar a los pacientes acerca de cómo pueden manejar sus enfermedades”, dijo Gatewood.

### VeggieRx

El Jardín Botánico de Chicago opera 13 granjas urbanas a través de su departamento Windy City Harvest, explicó Eliza Fournier, Directora del Programa, Departamento de Cosecha de Windy City, Jardín Botánico de Chicago. A través de las fincas, el Jardín tiene como objetivo construir un sistema alimentario local sostenible y ofrecer oportunidades de capacitación laboral para los residentes del área, incluidos los jóvenes y adultos anteriormente encarcelados que están en riesgo.

Desde 2016, las granjas también suministran gratuitamente cajas de productos agrícolas cosechados para los beneficiarios de SNAP en riesgo de inseguridad alimenticia, principalmente durante los meses de Junio a Noviembre. El programa, llamado VeggieRx, está trabajando actualmente con tres organizaciones de atención de salud del condado de Cook: Proviso Partners for Health/Loyola University Health System, PCC Bienestar Comunitario, y el Centro de Salud Cristiano de Lawndale. Además de las cajas gratis de productos, los pacientes reciben cupones para comprar productos con descuento en puestos agrícolas locales, utilizando sus tarjetas SNAP. Los participantes de VeggieRx también asisten a demostraciones de cocina

semanales para aprender a preparar comidas baratas y fáciles, preparadas por el personal de la Asociación de Chicago para la Promoción de la Salud en la Oficina de Participación Comunitaria y Asociaciones de Salud Vecinal en la Universidad de Illinois en Chicago.

### Puntos principales:

- Proporcionar referencias a alimentos y eventos sobre nutrición o recetas de alimentos a través de la historia clínica electrónica (EMR) que ayuda mejorar la eficacia y la evaluación del programa.
- Muchas organizaciones han descubierto que programas exitosos incluyen componentes de cocina y preparación de alimentos junto con acceso a alimentos saludables.
- Los campeones del programa son fundamentales para el lanzamiento y para difundir los programas.
- Cuando los programas están diseñados específicamente para atender a las poblaciones que participan en los programas federales de nutrición, como SNAP, los que no son elegibles para esos programas son excluidos. Por lo tanto, los programas necesitan adquirir fondos suplementarios para asegurar que inmigrantes indocumentados y otros quienes no califican para SNAP puedan participar.
- Es importante apoyar el acceso a los alimentos existentes y sistemas alimentarios de emergencia (p. ej., despensas de alimentos, beneficios de SNAP), así como negocios de comida.
- La financiación mediante subvenciones es actualmente la forma principal por la cual se financian los programas. El camino a más financiación sostenible a través de Medicaid, Medicare y reembolso de seguros comerciales es complejo.
  - Para convencer que subvenciones cubran estos programas, las organizaciones de atención de la salud necesitan demostrar la importancia de abordar la inseguridad alimenticia. Se necesita una estrategia más potente de evaluación compartida.

### Programa de entrega de comidas ACCESS para poblaciones en prioridad

The Greater Chicago Food Depository y ACCESS se asociaron para entregar comidas precocinadas y congeladas a pacientes en el condado de Cook de alto riesgo que padecen inseguridad alimenticia. Thomas Sanchez de ACCESS, Gerente de Proyecto de Salud e Integración Comunitaria, y Emily Daniels, Gerente Sénior, Programas, Greater Chicago Food Depository, proporcionaron una descripción general de este piloto de un año. 41 pacientes de ACCESS recibieron 10,948 entregas de comida y productos frescos a domicilio entre febrero de 2018

y enero de 2019. La mayoría tenía hipertensión y/o diabetes. Todos los participantes adultos ya tenían un coordinador de atención de ACCESS, lo que hizo que la comunicación y el compromiso sea más fácil. Una vez a la semana, un conductor de Greater Chicago Food Depository dejó siete días de comidas congeladas, que fueron precocinadas por el depósito de alimentos. Todas las comidas cumplieron pautas nutricionales (p. ej., bajo contenido de sal, bajo contenido de grasas saturadas) para la prevención y el manejo de enfermedades crónicas. Cuando los participantes no tenían congelador y/o microondas para almacenar y cocinar las comidas, ACCESS compró los electrodomésticos para ellos.

#### Puntos Importantes:

- Fortalezas del piloto:
  - Aunque presentó desafíos, la logística de entrega fue manejable. La comida del Greater Chicago Food Depository trabajó con los participantes para identificar un margen de dos horas cada semana para la entrega de la comida y estas se entregaron con éxito 89 por ciento del tiempo.
  - Si bien el piloto no pudo medir los resultados en la salud, los participantes expresaron que el programa les ayudó a cuidar de su salud. Como anécdota, algunos participantes reportaron mejoras, incluyendo pérdida de peso y control de la diabetes.
  - A los pacientes les gustaron las comidas y reportaron hacer cambios saludables en la alimentación, como comer más alimentos frescos. También dijeron que el programa tuvo un impacto financiero positivo en general, al reducir el gasto de alimentos en el hogar.
- Hubo una gran cantidad de cambios de dirección, lo que hizo que la entrega constante de comidas fuera un desafío con algunos participantes. De los 41 participantes, seis participaron esporádicamente, recibiendo únicamente un total de 12 comidas.
- El compromiso de parte del paciente con el sistema de salud fue un beneficio adicional. Muchos participantes se mantuvieron en contacto sobre los cambios de su dirección para garantizar que sus comidas continuaran siendo entregadas.
  - Los pacientes formaron una relación con el personal de entrega y los voluntarios, que jugaron un papel clave su compromiso con el programa.

## Estudio de alimentos para la salud de ACCESS

ACCESS realizó un estudio de evaluación para determinar si el integrar evaluaciones de inseguridad alimenticia y luego derivar pacientes a una gama de servicios de apoyo podría ayudar los pacientes con diabetes a mejorar su control diabético. Las preguntas principales eran:

*¿Los pacientes diabéticos con inseguridad alimenticia que tienen acceso a los recursos alimentarios (p. ej., beneficios de SNAP y despensas de alimentos) logran un mejor control glucémico en comparación con los pacientes diabéticos con alimentos asegurados?*

El estudio fue presentado por Danielle Lazar, Directora Ejecutiva, Investigación, Evaluación e Innovación, Access Community Health Network; Jonathan L. Blitstein, PhD, Psicólogo de Salud Pública, RTI International; y Carolina Rains, Analista de Salud Pública, RTI International.

Entre enero y noviembre de 2017, los pacientes de ACCESS con diabetes fueron reclutados para participar en el estudio. Durante una visita de atención, un asistente médico evaluó a los pacientes por inseguridad. Estos identificados como en riesgo de seguridad alimenticia recibieron educación nutricional básica por parte de proveedor, así como un volante educativo sobre cómo comer bien con un presupuesto ajustado. Además, un especialista en beneficios ayudó a los pacientes con su inscripción a SNAP. Los participantes también recibieron referencias a una despensa de alimentos local y a un calendario que enumeraba las visitas móviles de camiones FRESH. La proyección y las referencias se documentaron en el EMR del paciente.

Los participantes del estudio fueron invitados de nuevo al centro de salud para una visita de seguimiento en el otoño de 2018 para determinar si la intervención de comida habían mejorado su control de la diabetes. De casi 1,000 pacientes inscritos inicialmente en el estudio, 215 completaron su prueba de seguimiento de hemoglobina A1c.

Después de las visitas de seguimiento, los resultados del control de la diabetes fueron mejores tanto para pacientes con inseguridad alimenticia como con seguridad. En promedio los resultados de hemoglobina A1c mejoraron de 8.00 a una base de 7.77. Sin embargo, es difícil saber si esta mejora se debió a un mayor acceso a los alimentos, beneficios SNAP u otros apoyos.

## ¿Por qué las organizaciones de atención médica están constantemente abordando la inseguridad alimenticia?

Hace mucho tiempo que los proveedores, enfermeros, dietistas y otros médicos han entendido la conexión entre la seguridad alimentaria y la salud. Pero, históricamente, las organizaciones de atención médica han tenido un papel limitado, principalmente relacionado con el asesoramiento nutricional, en ayudar a los pacientes a mejorar sus dietas.

Sin embargo, una serie de acontecimientos en la última década han hecho que los proveedores de salud y aquellos que subvencionan reconozcan la importancia de invertir recursos (tiempo, staff y dinero) para ayudar a personas y comunidades a las que sirven para superar la inseguridad alimentaria. Estos incluyen:

- Un enfoque renovado en la salud de la población:** En todo el país, las organizaciones de atención médica han adoptado el enfoque de triple objetivo del Instituto para la Mejora de la Atención Médica para la mejora del rendimiento: mejorar la experiencia del paciente, mejorar la salud de la población y reducir los costos totales de atención. Esto ha hecho que salgan del ámbito de la atención clínica para abordar los causantes no médicos a la mala salud en sus comunidades, incluida la inseguridad alimenticia.
- Reconocimiento de los determinantes sociales de la salud:** Las investigaciones muestran que el 50 por ciento de la salud de la población puede atribuirse a factores socioeconómicos, incluyendo la pobreza, la falta de transporte y la inseguridad de alimentos. En comparación, solo el 20 por ciento se debe a la atención clínica.
- Modelos de pago basados en el valor:** Los que pagan, incluidos Medicare, Medicaid y las aseguradoras comerciales son muy conscientes de la investigación sobre los determinantes sociales de salud y, en algunos casos, están liderando o están involucrados en los esfuerzos comunitarios para abordar los problemas no médicos contribuyentes a la mala salud y los altos costos de atención médica. Estos también están experimentando con un enfoque de pago de proveedores que reembolsan directamente o cubren el costo de las iniciativas para abordar los determinantes sociales, incluida la inseguridad alimenticia.
- Evaluaciones de beneficios para la salud de la comunidad:** Para mantener su estatus sin fines de lucro con el Internal Revenue Service, los hospitales deben evaluar regularmente y mejorar las necesidades de salud de la comunidad. Esto ha llevado muchos hospitales y sistemas de salud para asociarse con otras entidades comunitarias para abordar una variedad de necesidades de la comunidad, incluida la inseguridad alimentaria.

**Puntos importantes:**

- La herramienta de detección de inseguridad alimenticia utilizada afectó significativamente a la cantidad de personas identificadas con inseguridad alimenticia. Se necesita más para entender lo requerido para capturar resultados precisos al implementar estudios de inseguridad alimenticia en un ambiente de salud. Específicamente, entender cómo se hacen las preguntas, quién les pregunta, si el paciente entiende por qué se le hace la pregunta en un entorno de atención médica.
- La herramienta de signos vitales del hambre de dos elementos identificó 10 por ciento de los participantes del estudio con inseguridad alimenticia. En comparación, la herramienta de evaluación de seis elementos del USDA identificó al 45 por ciento de los participantes con inseguridad alimenticia. (Para más información sobre estas dos pruebas de detección herramientas, vea la barra lateral en la página 4.)
- Más del 55 por ciento de los sujetos encuestados no contaban con beneficios de SNAP mientras que casi el 60 por ciento no conocían el programa. Entre los individuos con inseguridad alimenticia, el estigma de participar fue otra razón común para no registrarse. Entre estas personas, la dificultad de aplicar o permanecer en SNAP fueron citadas como una razón clave.
- La mayoría de los sujetos, incluido el 70 por ciento de los que padecen inseguridad alimenticia no habían visitado una despensa de alimentos en el último mes.
- Se identificaron oportunidades para mejorar la intervención:
  - Es necesario proporcionar más contexto a los pacientes antes de preguntarles sobre su situación alimentaria. Algunos de ellos estaban confundidos de por qué su hogar médico de atención de salud le estaba preguntando este tipo de cosas, resultando en que algunos se mostraran preocupados por su privacidad.
  - Se necesita capacitación adicional para los proveedores y personal del centro de salud sobre cómo hablar acerca de la inseguridad alimenticia, así como el tema de la alimentación saludable con los pacientes. La intervención de toque ligero puede haber subestimado las necesidades individuales y familiares retos. En lugar de un enfoque único para todos, intervenciones personalizadas y adaptadas pueden ser necesario.

## Panel de charla

Kathleen Gregory, directora, de Kathleen Gregory Consulting, facilitó una mesa redonda con cuatro panelistas acerca de cómo abordar mejor el trabajo de los sistemas alimentarios y de la salud para mejorar esta.

### *Puntos importantes:*

- Jonathan L. Bilstein, PhD, describió un enfoque a la mejora comunitaria intersectorial llamado “Impacto Colectivo”, que establece cinco condiciones: una agenda común, medición compartida, actividades que se refuercen mutuamente, comunicación continua y apoyo de base. El enfoque de impacto colectivo típicamente informa los esfuerzos de la comunidad de arriba hacia abajo frente a un enfoque de base liderado por miembros de la comunidad. Por el contrario, la Teoría de la Acción Coalición Comunitaria es más una estrategia impulsada por las bases.
- Miriam Virto, educadora de pares en nutrición, (Asociación para la Promoción de la Salud de, Universidad de Illinois en Chicago), discutió la importancia de construir confianza con la comunidad y relaciones personales con los pacientes y los miembros de la comunidad para ayudarlos con la inseguridad alimenticia.
- Emily Daniels y Corey Chatman, Gerentes sénior de programas, Estación Experimental, explicaron la diferencia entre una ayuda de emergencia alimentaria (por ejemplo, despensas de alimentos, comedores de beneficencia) y estrategias a largo plazo para ayudar a las personas a mantener la seguridad alimentaria (p. ej., educar a los pacientes/consumidores en la preparación de alimentos de bajo presupuesto).
- Otras ideas y soluciones planteadas incluyeron:
  - Que es vital apoyar a las organizaciones de las comunidades que trabajan en los problemas de inseguridad alimenticia, y que van desde grandes bancos de alimentos a pequeñas despensas de comida de iglesias. Al ayudar a aumentar la capacidad de estas organizaciones, el sector de la salud no solo ayudará a sus pacientes sino toda la comunidad.
  - Necesitamos pasar de un modelo de caridad a un modelo de empoderamiento que ayude a las personas en la comunidad a superar su necesidad de servicios de alimentación. Los ejemplos de empoderamiento incluyen animar a los residentes de la comunidad residentes a abogar por opciones de comida saludables y económicas en su vecindario y enseñándoles cómo cultivar, preparar y vender comida sana.
  - Uno de los puntos claves que se identificó fue presionar al gobierno para garantizar que los beneficios SNAP no se reduzcan. Otro tema relacionado con esto es asegurar que las personas puedan comprar fácilmente productos a los agricultores de mercados con su tarjeta SNAP. Mediante su labor de promoción, la Estación Experimental ha aumentado el número de mercados y puestos de agricultores que aceptan tarjetas SNAP, así como una mayor financiación estatal para mercados de agricultores a través de Link Match, un programa que duplica la capacidad de comprar al beneficiario en estos mercados.

## ¿Adónde vamos desde aquí?

De toda la información compartida e intercambiada a lo largo del Encuentro de Alimentos para la Salud, la Alianza para la Equidad en Salud trabajará con todos los demás socios para desarrollar una teoría de cambio y un plan de trabajo para la acción colaborativa relacionada con: datos y evaluación, estudio y referencia, y acceso a alimentos en las comunidades.

### Datos y evaluación

- Las siguientes preguntas relacionadas con los datos y la evaluación fueron discutidas en la Cumbre de Alimentos para la Salud:
- ¿Cuáles son las preguntas apropiadas para la investigación?
- ¿Cómo podemos implementar estrategias de investigación participativas basadas en la comunidad, que integren a la comunidad en los esfuerzos de evaluación y recopilación de datos?
- ¿Cuáles son las mejores prácticas en torno a la recopilación de datos?
- ¿Cómo podemos colaborar en torno a la recopilación de datos y usar una plataforma compartida? ¿Quién necesita participar en estas colaboraciones?
- ¿Cómo podemos reforzar la financiación para apoyar la evaluación?
- ¿Cuáles son los resultados primarios que el colaborativo debe centrarse en lograr (por ejemplo, aumentar participación de pacientes en programas alimentarios, disminución tasas de inseguridad alimentaria, mejorar la calidad de la dieta entre poblaciones con inseguridad alimentaria)?
- ¿Qué métricas debemos usar para medir y evaluar iniciativas concretas?
- ¿Qué prácticas debemos utilizar para difundir métodos de evaluación y sus hallazgos?

### Detección y referencia

- Las siguientes preguntas relacionadas con la detección y la derivación fueron discutidas en la Cumbre de Alimentos para la Salud:

- ¿Cómo generan confianza las instituciones y los proveedores con individuos que están siendo evaluados?
- ¿Cómo nos aseguramos de que el entorno para la detección sea óptimo, incluida la formación adecuada para el estudio?
- ¿Cuál es la herramienta de detección óptima a utilizar?
- ¿Qué desarrollo de capacidades se necesita para que las organizaciones de recursos acepten referencias, recopilen datos, etc?
- ¿Qué otras estrategias se necesitan junto con la detección y derivación para mejorar la seguridad alimentaria en el hogar y a nivel comunitario?

### Acceso a alimentos en las comunidades

Las siguientes preguntas relacionadas con el acceso a los alimentos en comunidades fueron discutidas en la Cumbre:

- Cualquier definición de éxito debe incluir acceso y accesibilidad.
- ¿Cómo se puede empoderar a las personas para que cultiven alimentos para ellos mismos y/o para los demás?
- ¿Cómo pueden SNAP y otros programas de beneficios ser apoyados y fortalecidos?
- ¿Cómo se puede mejorar un enfoque basado en la comunidad, como por ejemplo un centro de comida, para mejorar el acceso a esta?
- ¿Cómo se pueden entrelazar mejor los sectores entre sí en este trabajo?
- ¿Cómo podemos crear un cambio de sistemas en torno al apoyo de acceso a alimentos saludables?

## Temas generales

También se necesita un trabajo colaborativo en los siguientes temas a partir de ahora:

- La necesidad de mejorar la sustentabilidad de la financiación de alianzas de atención de la salud y alimentos, en lugar de depender de subvenciones y filantropía.
  - Las posibles oportunidades incluyen CMS/ Medicaid, pagadores que incorporen el servicio de alimentos como beneficio para miembros, beneficios complementarios relacionados con la salud de Medicare Advantage, y determinantes sociales Códigos Z como parte de ICD-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados).
- La necesidad de abordar el estigma en torno a la inseguridad alimentaria y utilización de beneficios.
- La necesidad de avanzar hacia iniciativas y soluciones impulsadas por la comunidad, en lugar de un modelo de caridad, e incorporar justicia alimenticia.
- La necesidad de integrar organizaciones comunitarias en la planificación y ejecución de estrategias.

## Reconocimiento de Patrocinador

El apoyo a la Cumbre Alimentos para la Salud fue proporcionado por la Fundación Robert Wood Johnson.

## Apéndice A: Notas de la sesión grupal

Los siguientes son los temas clave que se discutieron durante las sesiones de trabajo en la Cumbre de Alimento para la Salud.

### Temas generales

- Existe un estigma en torno a la inseguridad alimenticia y la utilización de recursos de ayuda.
- Se debe avanzar hacia el empoderamiento, en lugar de un modelo de caridad al tiempo que se incorporan aspectos de justicia alimenticia.
- Existe la necesidad de una financiación más sostenible para alianzas de atención de la salud y alimentos, en lugar de depender de subvenciones y filantropía. Posibles oportunidades incluyen CMS/Medicaid, otros pagadores que incorporan alimentos servicio como beneficio, y los códigos ICD 10. (Aquí hay más información sobre nuevos desarrollos con códigos ICD-10 para los determinantes sociales de la salud).
- Las organizaciones comunitarias deben ser socios clave en la planificación e implementación de estrategias.

### Acceso al grupo de trabajo de alimentos

- Entendiendo el panorama
  - Tenemos que llegar a un acuerdo sobre cómo se define el acceso a los alimentos, la accesibilidad y lo más importante, qué tan diferente definen estas cosas las comunidades.
  - Parece haber lagunas en la comprensión de los recursos que están disponibles. Hay que trabajar en conectar a las personas con estos, incluso informar a la gente de que existen.
- Las recetas para obtener alimentos pueden ser un componente. Crecer localmente
  - Cultivar los propios alimentos puede ser parte de un modelo de empoderamiento y modelo de justicia alimentaria.
  - Más allá del uso personal, el cultivo de alimentos también puede ser una oportunidad de negocio.
  - Se requieren recursos, incluyendo tierra, agua, financiación y capacitaciones para que las personas se den cuenta de los objetivos de crecer localmente. Jardinería en contenedores y jardines en la azotea pueden ayudar a abordar la barrera de la tierra.

- Programas de beneficios y SNAP
  - SNAP necesita apoyo, incluso a través de políticas que protejan y aumenten las asignaciones de SNAP, y apoyos de la comunidad para el proceso de inscripción.
  - Es necesario centralizar los beneficios, incluyendo tanto SNAP como WIC y vales de comida.
- Enfoque basado en la comunidad
  - El primer paso es entender cómo las familias locales están siendo impactadas o se están ajustando a sus circunstancias.
  - Considerar utilizar un modelo de centro comunitario e invertir en empresas sociales para trabajar hacia el cambio.
- Colaboración intersectorial
  - Se necesitan sistemas para cerrar el ciclo entre recursos y partes interesadas, incluida los sistemas de salud.
  - La industria del cuidado de la salud puede expandir su rol a tener o invertir en jardines, granjas, suministro de alimentos, empresas sociales, etc.
  - ¿Qué otras agencias deberían estar presentes?
- Sistemas
  - Es necesario un cambio en los sistemas y cultura a nivel organizacional en torno a la “buena comida”.
  - El gobierno es una institución importante para impulsar recursos.
  - Necesitamos mejores sistemas y políticas para que los recursos del cuidado de la salud puedan destinarse directamente a los alimentos como una intervención de salud (por ejemplo, usando códigos ICD-10 y reembolso, inscripción en SNAP y WIC).

## Grupo de análisis de datos y evaluación

- Preguntas de investigación
  - Hay múltiples preguntas de investigación que se necesitan responder: ¿Cuáles son los resultados/impacto?
  - ¿Qué se necesita medir para ver si se está haciendo la diferencia? ¿Cuáles son los pasos que debemos tomar para tener un mayor impacto con un programa?
- Comunidad integradora
  - Es importante que las comunidades se involucren en la evaluación. Una forma de hacer esto es asociándose con organizaciones comunitarias y apoyar la investigación impulsada por la comunidad.
  - Comprender a la comunidad generará confianza, disminuir el estigma y aumentar la participación.
  - Necesitamos entender lo que sucede después de que una comunidad experimenta un aumento en los recursos, como una tienda de comestibles o un mercado de agricultores.
- Recopilación de datos
  - Muchas preguntas necesitan ser abordadas en torno a la recopilación de datos: ¿Quién está recopilando datos? ¿Cómo recopilan datos? ¿Cuál es la capacidad de las organizaciones para recopilar datos? ¿La recopilación de datos está siendo abordada sistemáticamente? ¿Las tasas de inseguridad alimentaria son precisas? ¿Cómo entendemos las brechas en quién está siendo atendido?
- Colaboración
  - Se hizo mucho hincapié en los enfoques compartidos para la evaluación y en la recopilación de datos. Estos incluyen el desarrollo de una teoría del cambio y plataforma de datos.
  - Los sectores que necesitan ser incluidos son organizaciones de atención, salud conductual y salud bucal.
  - Los programas de mentores-mentoreados podrían aumentar alianzas y conocimientos compartidos.
- Financiamiento/Inversión
  - Es necesario invertir recursos y aumentar la financiación para la evaluación del acceso a los alimentos y la recopilación de datos.

- ¿Existen políticas que podamos usar para cambiar la financiación e infraestructura económica?

## Grupo de trabajo de detección y derivación

- Formando confianza
  - Es imperativo que los pacientes confíen en el evaluador.
  - Las posibles grietas en esta confianza pueden provenir de una falta de sensibilidad cultural y sesgo implícito, y estas podrían ser oportunidades de formación.
  - La comunidad y los socios podrían beneficiarse de un empoderamiento, como la alfabetización en capacitación de salud.
- Estudio
  - Una oportunidad de mejora con el estudio es observar el contexto de este: ¿Los evaluadores están debidamente capacitados? ¿Practican la sensibilidad cultural? ¿Se sienten empoderados con los próximos pasos a tomar con aquellos que den positivo? ¿Hay tiempo suficiente para realizar este estudio?
  - Hay dudas sobre la validez de la herramienta de dos preguntas Hunger Vital Signs.
- Referencia
  - La captura de datos en el EMR es valiosa.
  - El “pedido” de la organización de recursos a la que se está refiriendo es a veces demasiado grande. Existen múltiples plataformas de referencia (una plataforma común sería beneficioso). Además, la capacidad de la organización de recursos para recopilar datos sobre quién está utilizando sus servicios es limitada.
  - Hay una necesidad de creación de capacidad y verdadera asociación entre los proveedores de atención médica que están refiriendo y la comida de emergencia u otras agencias que están recibiendo referencias.

**Apéndice B: Organizaciones representadas**

**Organizadores del Evento**

Access Community Health Network

The Greater Chicago Food Depository

The Alliance for Health Equity

Angela Odoms-Young, PhD, Associate Professor, Department of Kinesiology and Nutrition, at the University of Illinois at Chicago

**Participantes**

Access Community Health Network

Advocate Aurora Health

Advocate Children’s Hospital

American Academy of Pediatrics

American Heart Association

Ann & Robert H. Lurie Children’s Hospital of Chicago

Ann & Robert H. Lurie Children’s Hospital of Chicago

Age Options

Catholic Charities

Center for Policy & Partnership Initiatives, Illinois Public Health Institute

Chicago Department of Public Health

Chicago Partnership for Health Promotion

Chicago State University

Claretian Associates

Clinical Research Church

Community Health

Cook County Department of Public Health

Enlace Chicago

Erie Family Health Centers

Esperanza Health Centers

Experimental Station

Faith and Health Partnerships, Advocate Aurora Health

Greater Chicago Food Depository

Humana

Illinois Public Health Institute

IPHI

Kathleen Gregory Consulting

Kimberly Hobson

MacNeal Hospital

Mercy Hospital & Medical Center

Near North Health Services Corporation

Northwest Community Healthcare

Norwegian American Hospital

PCC Community Health Officer

RTI International

Sinai Health Systems

Sinai Urban Health Institute

Swedish Covenant Hospital

TCA Health, Inc.

The Loretto Hospital

Top Box Foods

UIC

UIC Chicago Partnership for Health Promotions

Westside ConnectED

Westside United

Windy City Harvest

Windy City Harvest- Chicago Botanic Garden

**REFERENCIAS:**

Coleman-Jensen, A., et al., Household Food Security in the United States in 2017, United States Department of Agriculture, Economic Research Services, September 2018. Accessed here: <https://www.ers.usda.gov/publications/pub-details/?pubid=90022>

Gunderson, C. et al., Map the Meal Gap 2014: Food Insecurity Estimates at the Country Level. Feeding America 2014. <https://www.chicagosfoodbank.org/map-statistics/>

Seligman, H.K. and Schillinger, D. "Hunger and Socioeconomic Disparities in Chronic Disease," New England Journal of Medicine, vol. 363, no. 1, July 1, 2010. Accessed here: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1000072>

Irving, S.M., et al., "Food Insecurity and Self-Reported Hypertension Among Hispanic, Black, and White Adults in 12 States, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2009." Preventing Chronic Disease. Vol. 11, September 18, 2014. Accessed here: [https://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/14\\_0190.htm](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/14_0190.htm)

Seligman, H.K., et al., "Food Insecurity and Glycemic Among Low-Income Patients with Type 2 Diabetes," Diabetes Care, vol. 35, no. 2, February 2012. Accessed here: <http://care.diabetesjournals.org/content/35/2/233>

F. Hanleybrown, J. Kania, and M. Kramer, "Making Collective Impact Work," Stanford Social Innovation Review, 2012.

Hager, E. et al., "Development and Validity of a 2-Item Screen to Identify Families at Risk for Food Insecurity." I. Vol. 126, July 2010, doi: 10.1542/peds.2009-3146

USDA, U.S. Household Food Security Survey Module: Six-Item Short Form, Economic Research Service, USDA, September 2012. Accessed here: <https://www.ers.usda.gov/media/8279/ad2012.pdf>

University of Wisconsin Population Health Institute. County Health Rankings: What and Why We Rank. Accessed August 2018 here: <http://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/what-and-why-we-rank>

