

Cerrando la Brecha de Nutrientes

República Dominicana



Programa
Mundial de
Alimentos

SALVAR
VIDAS
CAMBIAR
VIDAS



Julio 2021

Agradecimientos

El equipo de Cerrando la Brecha de Nutrientes de la División de Nutrición del Programa Mundial de Alimentos (WFP) agradece a Sabrina Kuri, Nora Hobbs y Saskia de Pee; a la Oficina de WFP en República Dominicana, en particular a Maria Altagracia Fulcar, Annalisa Staffa y Elisabet Fadul; y a la Oficina Regional de WFP para América Latina y el Caribe, en particular a Diana Murillo, Carla Mejía y Giulia Baldi.

Agradecimientos especiales al Ministro de Presidencia Lisandro José Macarrulla Tavarez y Viceministro de Desarrollo Social Jaime Oscar González Hernandez. Al equipo técnico de SETESSAN, especialmente a Rolando Peralta (Secretario Técnico del CONASSAN), Virginia Perez, Amarilis Céspedes y Gabriela Dotel.

Para más información, favor de contactar a:

Programa Mundial de Alimentos – República Dominicana

Av. Anacaona No. 9, Mirador Sur
Santo Domingo, República Dominicana

División de Nutrición (NUT) Programa Mundial de Alimentos

nutrition@wfp.org
Via C.G. Viola, 68/70, 00148 Roma, Italia

Tabla de Contenidos

Agradecimientos	2
Resumen Ejecutivo	4
Introducción	6
El contexto en la República Dominicana	6
Objetivos del Análisis	7
Metodología	7
Revisión de Datos Secundarios	9
Análisis del Costo de la Dieta	10
Fuentes de Datos	11
Proceso en la República Dominicana	12
Resultados del Análisis	15
Mensaje Clave 1 – La Doble Carga de la Malnutrición	15
Mensaje Clave 2 – Transición Nutricional	19
Mensaje Clave 3 – El Costo y Asequibilidad de la Dieta	21
Mensaje Clave 4 – La Lactancia Materna	27
Mensaje Clave 5 – Niñas Adolescentes	32
Mensaje Clave 6 – Intervenciones Nutricionales Específicas	35
Mensaje Clave 7 – Fortificación de Alimentos de Consumo Básico	39
Mensaje Clave 8 – Respuesta Multisectorial a COVID-19	43
Mensaje Clave 9	54
Estrategias de Apropiación de los Resultados del Análisis	55
Validación de los Resultados y Generación de Recomendaciones	55
Proceso de Implementación y Mapa de Ruta	58
Siglas y Acrónimos	60
Bibliografía y Referencias	61

Resumen Ejecutivo

La malnutrición permanece como uno de los desafíos más importantes para el adecuado desarrollo del capital humano en la República Dominicana. Como consecuencia de la transición epidemiológica y nutricional que ha experimentado, el país hoy se enfrenta a nuevos retos en materia de nutrición y salud, exacerbados por la pandemia COVID-19.

Con el fin de obtener evidencia para hacer frente a estos desafíos y de coordinar las acciones multisectoriales para enfrentarlos, el Consejo para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASSAN) y el Programa Mundial de Alimentos (WFP, por sus siglas en inglés) han trabajado conjuntamente para realizar el estudio Cerrando la Brecha de Nutrientes (FNG, por sus siglas en inglés). El FNG examina en qué medida las personas tienen opciones respecto a su alimentación y dietas, con énfasis en la asequibilidad de dietas nutritivas. El análisis toma en consideración si los alimentos nutritivos que las personas requieren para una ingesta nutricional adecuada están disponibles física y económicamente. Busca entender por qué las personas toman las decisiones que toman respecto a sus dietas y alimentación. Finalmente, para cada contexto, el estudio identifica intervenciones apropiadas que podrían ser implementadas por diferentes sectores, con el fin de cerrar la brecha de nutrientes.

Los resultados del FNG en la República Dominicana demuestran que el acceso económico continúa siendo una barrera importante en materia de seguridad alimentaria y nutricional para los hogares. Una dieta que cubriría únicamente los requerimientos de energía (kilocalorías) tendría un costo promedio diario de RD\$21 per cápita o RD\$104 por el hogar modelado de 5 personas. Una dieta que cubriría los requerimientos de energía, proteína, grasa, y de micronutrientes (según la definición de la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)), tendría un costo promedio diario de RD\$88 per cápita o RD\$439 por el hogar modelado. La dieta nutritiva sería inasequible para alrededor del 33 por ciento de los hogares en el país.

El análisis resalta también las vulnerabilidades específicas de diferentes grupos, como los niños y niñas menores de dos años de edad, las niñas adolescentes y las mujeres embarazadas o en lactancia. Por ejemplo, las prácticas de lactancia materna y de alimentación de infantes y niños y niñas pequeñas continúan siendo deficientes en la República Dominicana, que continúa teniendo uno de los porcentajes más bajos a nivel mundial de lactancia materna exclusiva, lo que puede tener consecuencias negativas a lo largo de la vida de los niños y niñas no amamantados. Por otro lado, las niñas adolescentes y mujeres embarazadas y en lactancia continúan siendo altamente vulnerables a las deficiencias de micronutrientes, con 1 de cada 3 mujeres en edad reproductiva siendo anémica. Las vulnerabilidades de estos grupos deben de ser atendidas de forma prioritaria, considerando las distintas dimensiones de vulnerabilidad que afectan de forma diferenciada a estos grupos. Asimismo, se requiere de educación nutricional a nivel nacional para concientizar sobre las necesidades de estos grupos y las consecuencias de inadecuadas prácticas alimentarias y de la malnutrición en todas sus formas.

Intervenciones como la fortificación, suplementación, transferencias monetarias y en especie pueden tener un fuerte impacto positivo, si son diseñadas e implementadas de forma adecuada. Esto incluye el diseño de la intervención con una adecuada estrategia de educación nutricional y de cambio social y de comportamiento. Como parte del FNG se modeló el impacto que podrían tener estas intervenciones en el costo y la asequibilidad de la dieta. Dependiendo del perfil de fortificación de arroz, por ejemplo, entre 10 y 15 por ciento más de los hogares en la República Dominicana tendrían acceso a la dieta nutritiva. Asimismo, al reducir el costo de la dieta nutritiva mediante la provisión de micronutrientes esenciales en alimentos de consumo básico como el arroz, la fortificación reduciría la brecha de asequibilidad aún en aquellos percentiles de ingreso que continuarían sin tener acceso económico a la misma.

Con el conocimiento de que la falta de acceso económico es una causa común para todas las formas de malnutrición, mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en la República Dominicana requerirá tanto cambiar comportamientos y prácticas alimentarias, como mejorar la asequibilidad y disponibilidad de alimentos nutritivos. Los programas con efectos en materia de seguridad alimentaria y nutrición existentes en el país tienen un amplio potencial, y un ejercicio de priorización de intervenciones y coordinación entre sectores podrá ayudar al país a alcanzar sus metas en materia de nutrición. Los sectores de salud, educación, protección social, agricultura y sector privado deberán establecer un esfuerzo coordinado y conjunto, para así poder mejorar la situación nutricional de los dominicanos y las dominicanas.

Para fortalecer este esfuerzo conjunto y coordinado, se sostuvieron una serie de reuniones con diferentes sectores basadas en los resultados del FNG, buscando sinergias y áreas de oportunidad entre los diferentes actores y programas. Se buscaron sinergias. En estas reuniones, se reconoció la necesidad de definir una hoja de ruta común para garantizar el acceso a una dieta nutritiva a los grupos vulnerables en el país e implementar mesas de trabajo con diferentes actores tanto del sector pública como privado, para la formulación, implementación y monitoreo de políticas públicas y programas que atiendan las distintas problemáticas identificadas.

Cerrando la Brecha de Nutrientes

República Dominicana

Introducción

El contexto en la República Dominicana

Hasta inicios del 2020, la República Dominicana había experimentado uno de los mayores crecimientos económicos en la región de América Latina y el Caribe (ALC) y una reducción importante en la pobreza (World Bank Group, 2021).¹ El país había también tenido fuertes avances en la reducción de la desnutrición infantil, y se consideraba que estaba en camino para alcanzar los objetivos globales de reducción de la emaciación en menores de 5 años (*Global Nutrition Report Country Nutrition Profile: Dominican Republic*, 2020). Sin embargo, a pesar de estos avances, una gran proporción de la población continúa en riesgo de pobreza, inseguridad alimentaria y malnutrición.

La creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad, y las deficiencias de micronutrientes, tienen consecuencias negativas sobre la productividad y salud en el país. Según el estudio realizado por el Programa Mundial de Alimentos (WFP, por sus siglas en inglés), en asociación con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en 2017, la malnutrición le costó a la República Dominicana casi 2 mil millones de dólares por los impactos negativos sobre la productividad, salud y educación (WFP, 2019). Esta cifra, equivalente al 2.6 por ciento del PIB, implica que las políticas públicas y programas de protección social deben de atender y responder a los problemas de malnutrición en todas sus formas, manteniendo aquellas acciones contra la desnutrición, y haciendo frente desde múltiples ángulos al sobrepeso y obesidad.

La pandemia COVID-19 ha traído una crisis global, tanto sanitaria como económica. Las medidas adoptadas por las autoridades de diferentes países para evitar la propagación del virus han provocado interrupciones en los mercados y en las cadenas de suministro globales. En la República Dominicana, como en otros países, la pandemia no sólo ha significado la pérdida de vidas causada por el coronavirus, sino también una contracción del PIB, un aumento significativo del desempleo, de la pobreza, de la desigualdad y del hambre. La pandemia COVID-19 aumentó tanto la magnitud del problema, como la dificultad para afrontarlo. Las políticas públicas y programas sociales hoy enfrentan nuevos retos por la creciente necesidad derivada de la crisis económica, y haberse alterado la prestación servicios básicos tales como servicios educativos, servicios de salud y aquellos de atención a la población más vulnerable, tales como servicios a primera infancia.

¹ Reflejado como el crecimiento en el PIB.

La malnutrición permanece como uno de los desafíos más importantes para el adecuado desarrollo del capital humano en la República Dominicana. Con el fin de obtener evidencia para hacer frente a estos desafíos y de coordinar las acciones multisectoriales para enfrentarlos, el Consejo para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASSAN) y WFP han trabajado conjuntamente para realizar el estudio Cerrando la Brecha de Nutrientes (FNG, por sus siglas en inglés). El proceso del FNG involucró a actores de diferentes sectores, e identificó áreas de oportunidad para acciones multisectoriales que podrían tener un impacto positivo en el estatus nutricional de los dominicanos y las dominicanas.

Objetivos del Análisis

El objetivo general del análisis FNG fue obtener un mayor entendimiento de las brechas nutricionales que existen en la República Dominicana, así como de las rutas existentes o potenciales que se podrían tomar para mejorar al estatus nutricional de la población, tanto de forma general, como de grupos objetivo-específicos.

Específicamente, el FNG buscó:

- Obtener un mayor entendimiento de las brechas nutricionales existentes en la República Dominicana, durante las diferentes etapas del ciclo de vida.
- Identificar las barreras que impiden a los dominicanos y dominicanas disponer de dietas saludables y un consumo de alimentos adecuado.
- Obtener un entendimiento sobre cómo la disponibilidad, el acceso físico y económico, la asequibilidad y las elecciones de consumidores afectan el acceso a una dieta nutritiva.
- Generar evidencia sobre cómo los diferentes sistemas (tales como protección social, salud, educación y otros) pueden mejorar el acceso a una dieta nutritiva, y el impacto que tienen intervenciones potenciales y existentes para la mejorar el acceso y asequibilidad de nutrientes a nivel del hogar.

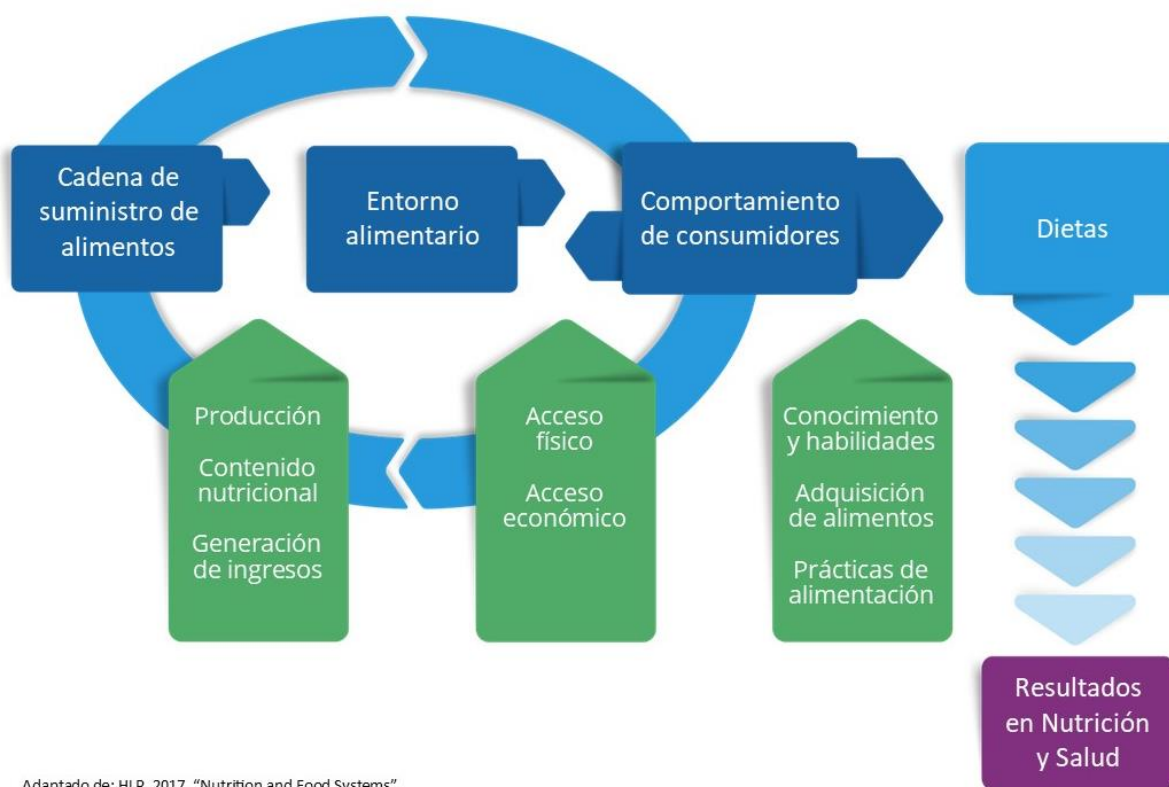
Con la pandemia COVID-19, el CONASSAN y WFP trabajaron conjuntamente para ajustar los objetivos del análisis e incluir una revisión del impacto que tuvo la respuesta multisectorial establecida por el Gobierno en el análisis de *Cost of the Diet* (CotD). Esta respuesta incluyó acciones de los sectores de protección social, educación, presidencia y del sector privado, con el fin de hacer frente a la contracción económica y a las restricciones impuestas para evitar la propagación del COVID.

Metodología

Conforme al marco conceptual de nutrición de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la malnutrición tiene dos causas directas: (i) la ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes, y (ii) las enfermedades. Enfocándose en la ingesta de alimentos y nutrientes, y con el objetivo de generar evidencia que facilite realizar ajustes, y diseñar e informar políticas públicas y

programas con acciones dirigidas a mejorar la situación nutricional en la población en general y, en específico, en los grupos más vulnerables, el análisis FNG se enfoca en obtener un mayor entendimiento sobre las brechas en la ingesta de nutrientes. Lo anterior, en el entendido de que, para resolver la malnutrición en cualquiera de sus formas de forma definitiva, se requerirá del esfuerzo conjunto de diferentes actores y de voluntad política para transformar los sistemas alimentarios, incluyendo cambios en las cadenas de suministro y de valor, el entorno alimenticio y el comportamiento de los consumidores (Figura 1).

Figura 1. Marco de análisis de sistemas alimentarios para resultados de dietas, nutrición y salud.

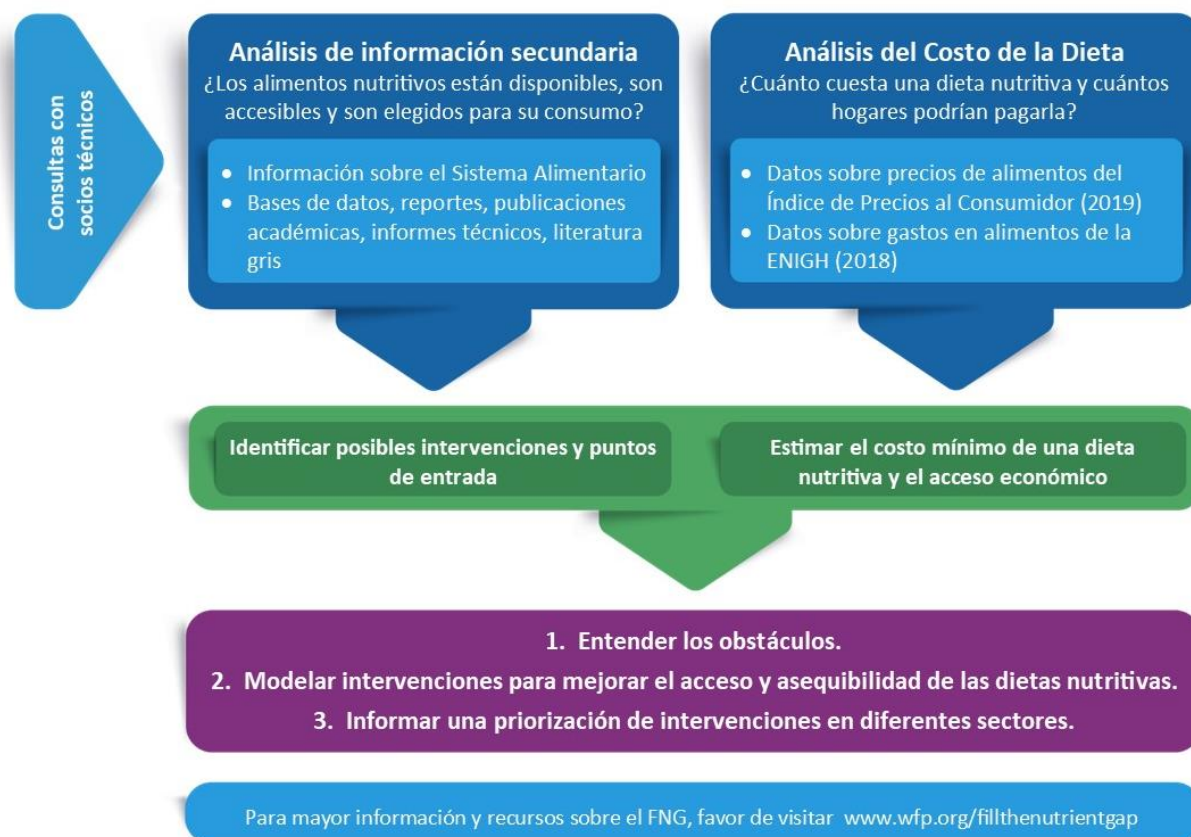


El FNG examina en qué medida las personas tienen opciones respecto a su alimentación y dietas, con énfasis en la asequibilidad de dietas nutritivas. El análisis toma en consideración si los alimentos nutritivos que las personas requieren para una ingesta nutricionalmente adecuada están disponibles física y económicamente. Busca entender por qué las personas toman las decisiones que toman respecto a sus dietas y alimentación. Finalmente, para cada contexto el estudio identifica intervenciones apropiadas que podrían ser implementadas por diferentes sectores, con el fin de cerrar la brecha de nutrientes.

El análisis combina la revisión de datos secundarios con un análisis de programación lineal para modelar dietas y probar el efecto que tendrían ciertas intervenciones en grupos objetivo, utilizando el software *Cost of the Diet* (CotD) desarrollado por *Save the Children* - Reino Unido. Las diferentes

partes interesadas son quienes definen el alcance y enfoque del análisis, y aportan los datos e información necesaria para realizarlo. Los resultados son consolidados y presentados a partes interesadas de diferentes sectores, con el fin de desarrollar un entendimiento común sobre los problemas y sus potenciales soluciones. Los representantes multisectoriales y partes interesadas identifican aquellas intervenciones, ya sean sensibles a la nutrición o intervenciones nutricionales específicas, que pueden ser implementadas por los diferentes sectores utilizando las plataformas existentes, y determinan los pasos a seguir para cerrar la brecha de nutrientes en el país.

Figura 2. Metodología del FNG en República Dominicana



El análisis de FNG fue desarrollado por WFP, con el apoyo técnico de la Universidad de California Davis, el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI, Washington DC), Epicentre (París), la Universidad de Harvard (Boston), la Universidad Mahidol (Bangkok), Save the Children (Reino Unido) y UNICEF.

Revisión de Datos Secundarios

La recolección y revisión de datos y literatura secundarios consiste en la compilación y revisión de información sobre los diferentes factores que podrían tener un efecto sobre las dietas de las personas. La metodología que guía la compilación de información secundaria está basada en el

reporte sobre seguridad alimentaria y nutrición del Grupo de expertos en seguridad alimentaria y nutrición (HLPE, por sus siglas en inglés), publicado en 2017. Esta metodología considera una serie de factores que pueden ser determinantes, o pueden influir, en las dietas y en la nutrición de las personas.

El proceso busca identificar fuentes de información sobre:

- Características de la malnutrición en el país
- Tipo y disponibilidad de alimentos nutritivos en mercados locales
- Accesibilidad a alimentos nutritivos
- Ingesta de nutrientes
- Prácticas locales
- Políticas públicas
- Asequibilidad de alimentos nutritivos
- Posibles puntos de entrada para las intervenciones

La información secundaria es consolidada y analizada para caracterizar y contextualizar la situación y las barreras en el país, así como para identificar las oportunidades, puntos de entrada y potenciales intervenciones para mejorar la ingesta nutricional.

Análisis del Costo de la Dieta

El software CotD utiliza programación lineal para entender en qué medida la pobreza, la disponibilidad y precios de alimentos pueden afectar la capacidad de las personas para satisfacer sus requerimientos nutricionales. CotD calcula el monto, combinación y costo de alimentos disponibles localmente que se requieren para proveer a los individuos o a los hogares con sus requisitos promedio de energía y el consumo recomendado de proteína, grasa y micronutrientes.² Estas dietas se calculan con limitaciones predefinidas para evitar la inclusión de cantidades o tipos de alimentos poco realistas, y para la provisión excesiva de nutrientes.

El estudio de FNG determina el costo de dos dietas para un hogar con una composición específica, con el fin de tener miembros que representen las diferentes etapas del ciclo de vida, y los grupos nutricionalmente vulnerables. Además, el hogar modelado incluye a los grupos objetivo de las distintas intervenciones que se modelaron como parte del estudio FNG. Este hogar está conformado por 5 miembros:

- (i) un niño o una niña de 12-23 meses;
- (ii) un niño o una niña en edad escolar de 6-7 años;
- (iii) una niña adolescente de 14-15 años;
- (iv) una mujer adulta en período de lactancia; y
- (v) un hombre adulto.

² Según se define por la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (WHO). Se incluyen los requerimientos de 9 vitaminas y 4 minerales.

De forma adicional al hogar modelado, por solicitud de las partes interesadas, también se modeló el costo de la dieta nutritiva en adultos mayores.

Las dietas calculadas por CotD no pretenden reflejar lo que los individuos u hogares están comiendo actualmente, ni debe ser utilizada para desarrollar recomendaciones basadas en los alimentos o brindar directrices dietéticas. Las dietas calculadas por CotD reflejan una línea base conforme a lo siguiente:

La Dieta de Sólo Energía: la dieta de sólo energía se refiere a la combinación de alimentos que por el menor costo posible cumple con los requerimientos de energía (kilocalorías) del hogar modelado. Está conformada por alimentos de consumo básico y por otros alimentos densos en energía.

La Dieta Nutritiva: la dieta nutritiva es la combinación de alimentos que por el menor costo posible cumple con los requerimientos de macro y micronutrientes del hogar modelado. Incluye un mínimo de 2 porciones diarias de alimentos de consumo básico para todos los miembros del hogar modelado excepto el niño o niña menor de dos años, para quien incluye sólo se incluye una porción diaria de alimentos de consumo básico. En el caso de República Dominicana, el alimento de consumo básico incluido fue el arroz blanco, por ser éste parte esencial de la dieta dominicana.

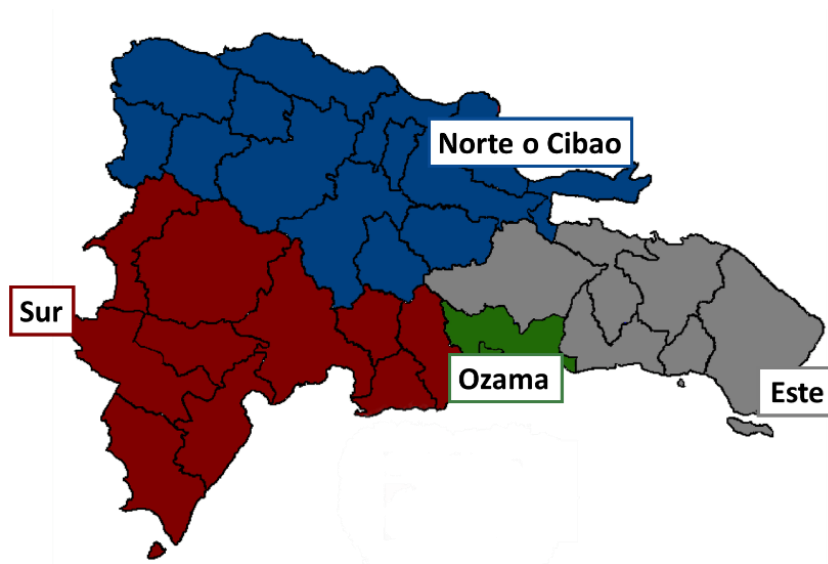
Una vez obtenidos los resultados del análisis CotD, éstos son comparados con los percentiles de gasto en alimentos a nivel del hogar. Aquellos hogares cuyo percentil de gasto en alimentos se encuentra por debajo del costo de la dieta, se estima que no tienen acceso económico a la misma. Por el otro lado, aquellos hogares cuyo percentil de gasto se encuentra por encima del costo de la dieta nutritiva, se estima que sí tienen acceso económico a ésta.

El software CotD fue utilizado para modelar el impacto que intervenciones existentes o potenciales podrían tener en el costo de la dieta nutritiva o en la capacidad del hogar de acceder económicamente a ella. Las intervenciones modeladas son teóricas y fueron identificadas por las diferentes partes interesadas con el objetivo de mejorar la asequibilidad de la dieta nutritiva para individuos en específico o para el hogar modelado en su conjunto. Cualquiera de las intervenciones modeladas debe ser acompañada de intervenciones complementarias de estrategias para el Cambio Social y de Comportamiento (SBC, por sus siglas en inglés) para lograr los objetivos establecidos y promover la elección de alimentos nutritivos entre en los consumidores.

Fuentes de Datos

Los datos de precios y disponibilidad de alimentos utilizados para el CotD en la República Dominicana provinieron de los datos subyacentes del Índice de Precios al Consumidor (IPC) de diciembre 2019. Estos datos fueron compartidos al equipo FNG por el Banco Central de la República Dominicana.

Basado en la desagregación del IPC, el FNG se desarrolló en 4 macro regiones de análisis, según se muestra en la Figura 3: Ozama, Cibao, Este y Sur.

Figura 3: Mapa indicando la desagregación del análisis FNG en República Dominicana

Los datos sobre gastos a nivel hogar fueron extraídos de la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENIGH), del año 2018. Estos datos fueron actualizados a diciembre de 2019 utilizando el IPC, con el fin de tener el mismo periodo al comparar ambos datos para el análisis de la asequibilidad de la dieta.

Por último, el Índice de Precios al Consumidor calculado por el Banco Central de la República Dominicana de los meses de enero a mayo de 2020 fueron utilizados para actualizar los datos sobre precios de alimentos, con el fin de realizar un monitoreo de la dieta de sólo energía y de la dieta nutritiva durante el primer trimestre del 2020, al inicio de la crisis generada por el COVID-19.

Proceso en la República Dominicana

El proceso del FNG República Dominicana tuvo inicio en enero de 2020, concluyendo en diciembre del mismo año. Conforme a lo descrito en la Figura 4, este proceso consistió en las siguientes 4 etapas:

Fase 1

- **Incepción:** durante el primer trimestre de 2020, se tuvo una serie de reuniones técnicas entre miembros de WFP y CONASSAN, con el fin de determinar la utilidad y los objetivos del análisis en la República Dominicana, y de sensibilizar sobre su potencial y alcance. Asimismo, durante esta etapa se determinaron las potenciales fuentes de datos para el componente de CotD.
- **Definición y Recopilación:** Durante el segundo trimestre del 2020, se dio inicio al análisis de CotD, y se realizó la recopilación de información y literatura secundaria.

Fase 2

- **Análisis:** Durante el tercer trimestre de 2020, se obtuvo la línea base de CotD, y se discutió internamente y con diferentes partes interesadas el plan de modelaje de intervenciones. Asimismo, se realizó el modelaje de intervenciones, y se obtuvieron los resultados preliminares.

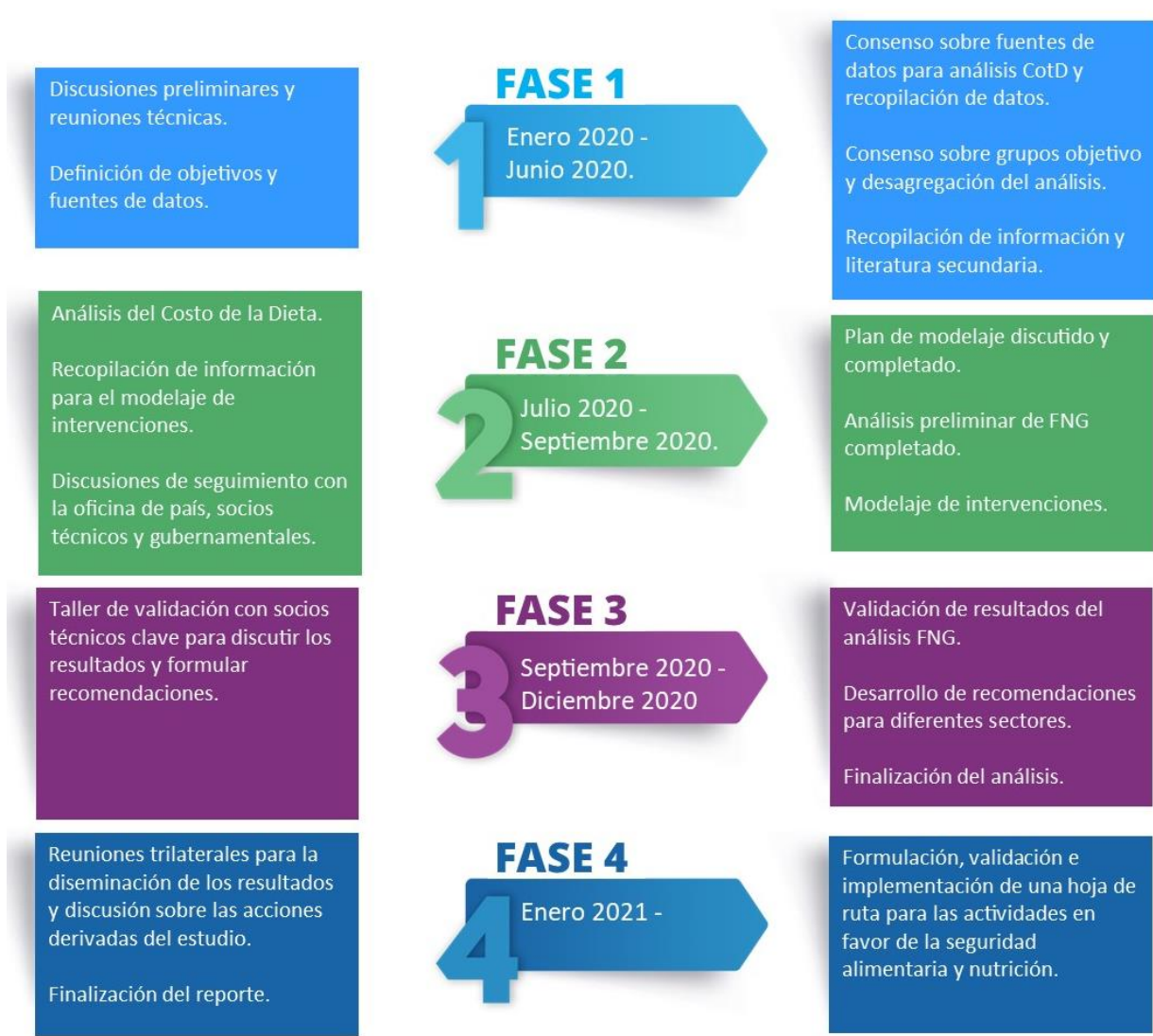
Fase 3

- **Validación:** En el último trimestre de 2020, se validaron los resultados por partes interesadas a nivel nacional, mediante un taller técnico de validación llevado a cabo en diciembre de 2020. Las partes interesadas realizaron la formulación de recomendaciones generales para la adopción e implementación de los resultados del análisis y los pasos a seguir.

Fase 4

- **Siguientes Pasos:** Para facilitar el uso de los resultados generados por el FNG, en junio de 2021 WFP y SETESSAN llevaron a cabo una serie de reuniones trilaterales con instituciones clave para la adopción de acciones derivadas del estudio. Estas reuniones, junto con el taller llevado a cabo en la Fase 3, han servido como insumo para la formulación de una hoja de ruta para las actividades con efectos sobre seguridad alimentaria y nutrición derivadas de la evidencia generada por el FNG.

Figura 4. Proceso del FNG en la República Dominicana



Resultados del Análisis

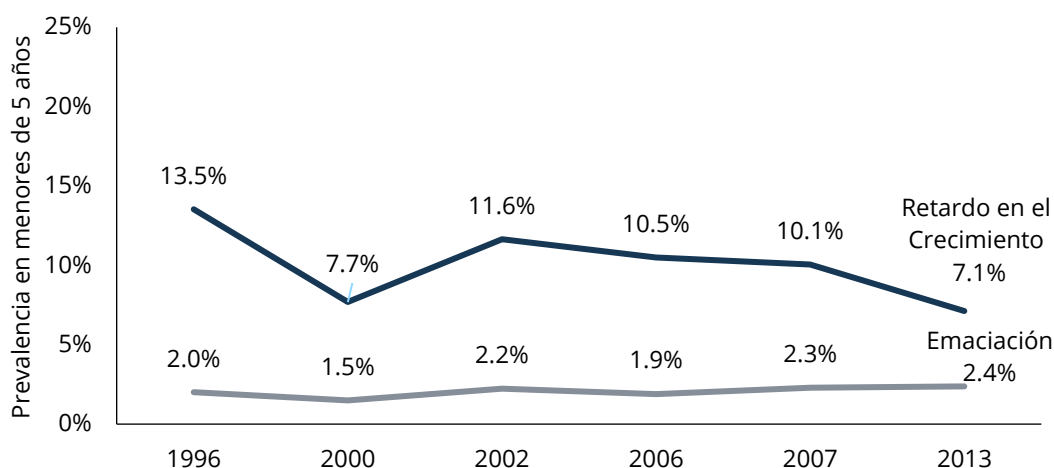
Mensaje Clave 1 – La Doble Carga de la Malnutrición

La República Dominicana ha logrado disminuir la desnutrición de forma importante, pero la anemia, sobrepeso y la obesidad (la doble carga) representa una amenaza creciente para la salud y bienestar de los dominicanos y las dominicanas.

La República Dominicana ha tenido avances importantes en la reducción de la desnutrición infantil en las últimas décadas. A inicios de la década de los 90's más de 20 por ciento de los niños y las niñas menores de 5 años presentaban un retardo en el crecimiento. Dos décadas después, en 2013, este porcentaje había sido reducido en dos terceras partes, a 7 por ciento. Por su parte, la emaciación ha permanecido en niveles menores a 2.5 por ciento por las últimas tres décadas.

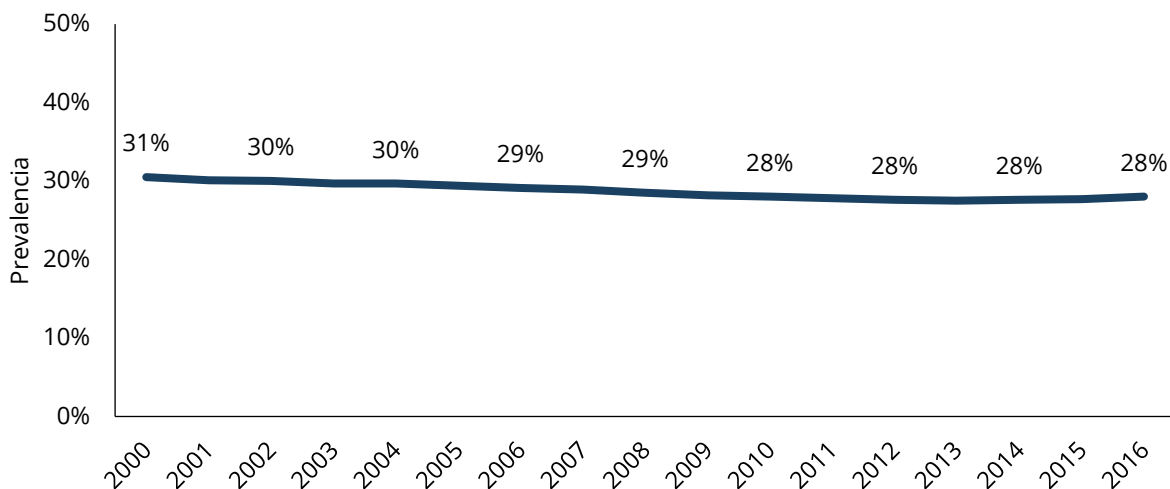
Figura 5. Prevalencia del retardo de crecimiento y emaciación en niños y niñas menores de 5 años, por año

(Fuente: DHS 2013, UNICEF 2020)

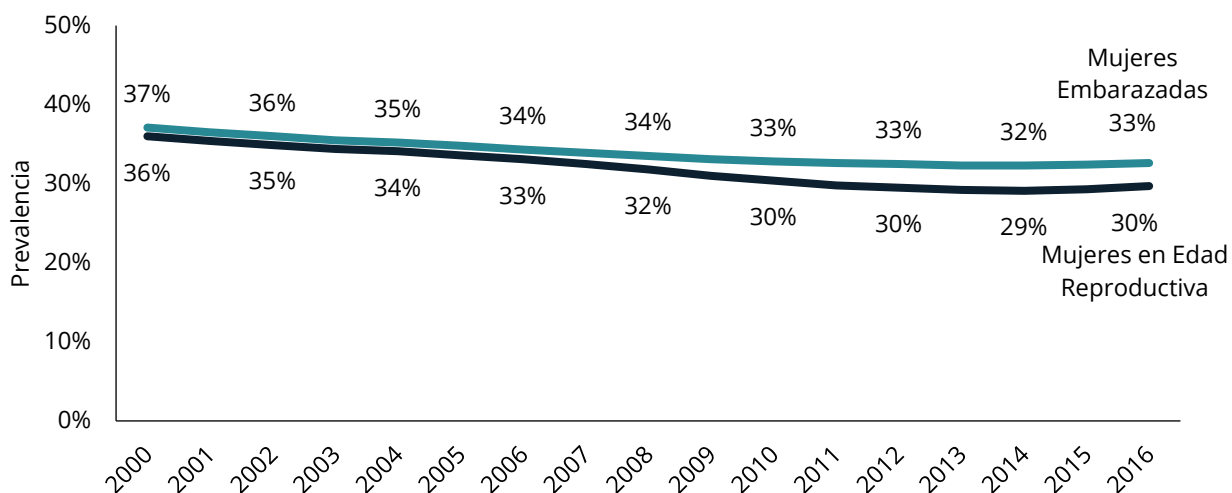


A pesar de estos avances, existen otros indicadores de malnutrición que se han mantenido en niveles altos o, inclusive, han presentado un deterioro importante en las últimas décadas. Como se muestra en la Figura 6, la anemia en menores de 5 años se ha mantenido casi constante desde el año 2000, en aproximadamente 30 por ciento. La anemia en mujeres en edad reproductiva y en mujeres embarazadas, como se muestra en la Figura 7, se ha mantenido en los mismos niveles, con un progreso muy limitado en las últimas décadas.

*Figura 6. Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 5 años, por año
(Fuente: WHO Global Health Observatory 2020)*



*Figura 7. Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y en mujeres en edad reproductiva, por año
(Fuente: Global Nutrition Report 2020)*



Por otro lado, en los últimos años la obesidad y sobrepeso han aumentado de forma constante en la República Dominicana. Como se observa en la Figura 8, del 2000 al 2016, se duplicó la prevalencia de obesidad y sobrepeso en adolescentes entre 15 y 19 años de edad. Asimismo, como se observa en la Figura 9, más de la mitad de los adultos en la República Dominicana tienen sobrepeso, mientras que 1 de cada 3 mujeres y 1 de cada 5 hombres tiene obesidad.

Figura 8. Obesidad y sobrepeso en niños y niñas adolescentes (15-19 años), por año
(Fuente: GNR 2019)

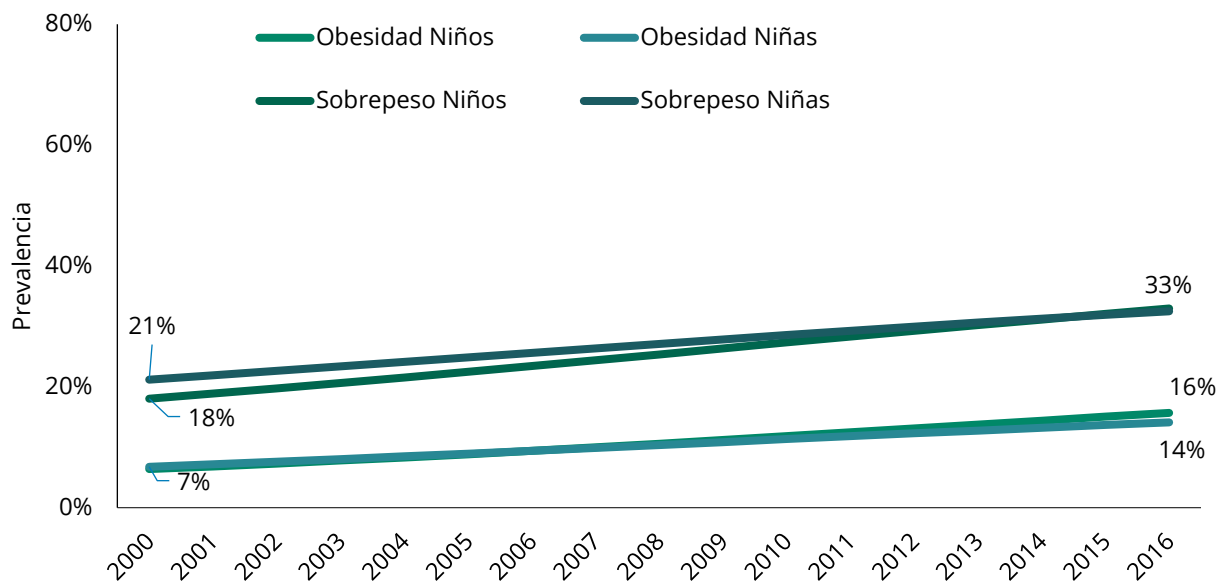
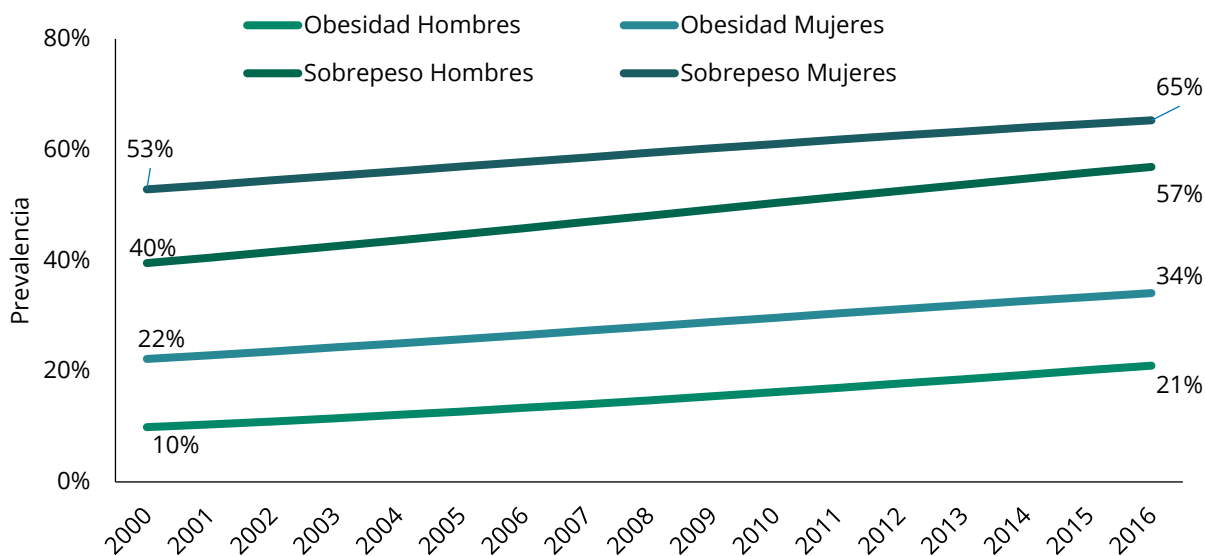
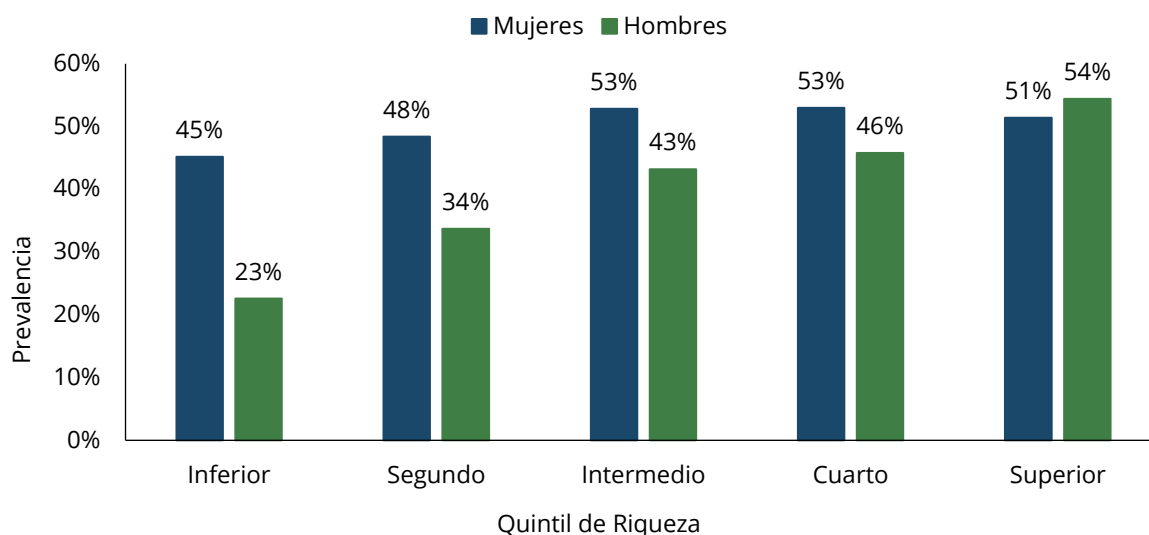


Figura 9. Obesidad y sobrepeso en adultos (18+ años), por año
(Fuente: Global Nutrition Report 2019)



El sobrepeso y la obesidad no afecta a todos los dominicanos de igual forma. Como se puede observar en la Figura 10, la prevalencia varía dependiendo del género y del nivel socioeconómico. En general, las mujeres tienen una prevalencia mayor que los hombres, que va desde 45 por ciento en el quintil inferior, al 53 por ciento en el tercer y cuarto quintil de riqueza. Sin embargo, en hombres, conforme aumenta el nivel socioeconómico, aumenta también la prevalencia de obesidad y sobrepeso, de un 23 por ciento en los niveles socioeconómicos más bajos a un 54 por ciento en los más altos.

*Figura 10. Sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25) por quintil de riqueza
(Fuente: DHS 2014)*



Debido a la concurrencia de deficiencias de micronutrientes, y de sobrepeso y obesidad en la población dominicana, es claro que el país se está enfrentando a la doble carga de la malnutrición. Los impactos de esta doble carga se observan tanto en el ámbito económico, como en el ámbito social, con impactos en la productividad, la salud y la educación de los dominicanos. En un estudio sobre el Costo de la Doble Carga de la Malnutrición conducido por el WFP y la CEPAL (WFP, 2019), se refleja que la doble carga de la malnutrición le costó casi dos mil millones de dólares al país, lo equivalente al 2.6 por ciento del PIB en 2017. La mayor parte de estos costos se deben a la alta y creciente prevalencia del sobrepeso y obesidad (más del 99 por ciento), principalmente, por los cuidados de salud y atención médica que requieren las enfermedades no transmisibles³.

³ El estudio sólo toma en cuenta los costos asociados con diabetes e hipertensión.

Mensaje Clave 2 – Transición Nutricional

La urbanización, la globalización y la integración de mercados han traído una transición nutricional. Las consecuencias pueden ser graves si no se implementan políticas adecuadas para combatir la malnutrición.

Hasta inicios de 2020, la República Dominicana había experimentado uno de los crecimientos económicos más acelerados de la región América Latina y el Caribe. Del 2001 al 2019, el país duplicó su PIB *per capita* (World Bank Group, 2021). El crecimiento económico ha ido de la mano con apertura de mercados y una creciente globalización. Estas distintas causas y consecuencias del crecimiento económico influyen también los sistemas alimentarios; en especial, el entorno alimentario y el acceso a dietas nutritivas. Por ejemplo, la ratificación en 2007 del Tratado de Libre Comercio entre República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos de América facilitó la importación de productos alimenticios, potenciando la disponibilidad y la disminución de precios de los alimentos procesados fuertemente asociados con una creciente obesidad y sobrepeso (Hawkes and Thow, 2008; Thow and Hawkes, 2009).

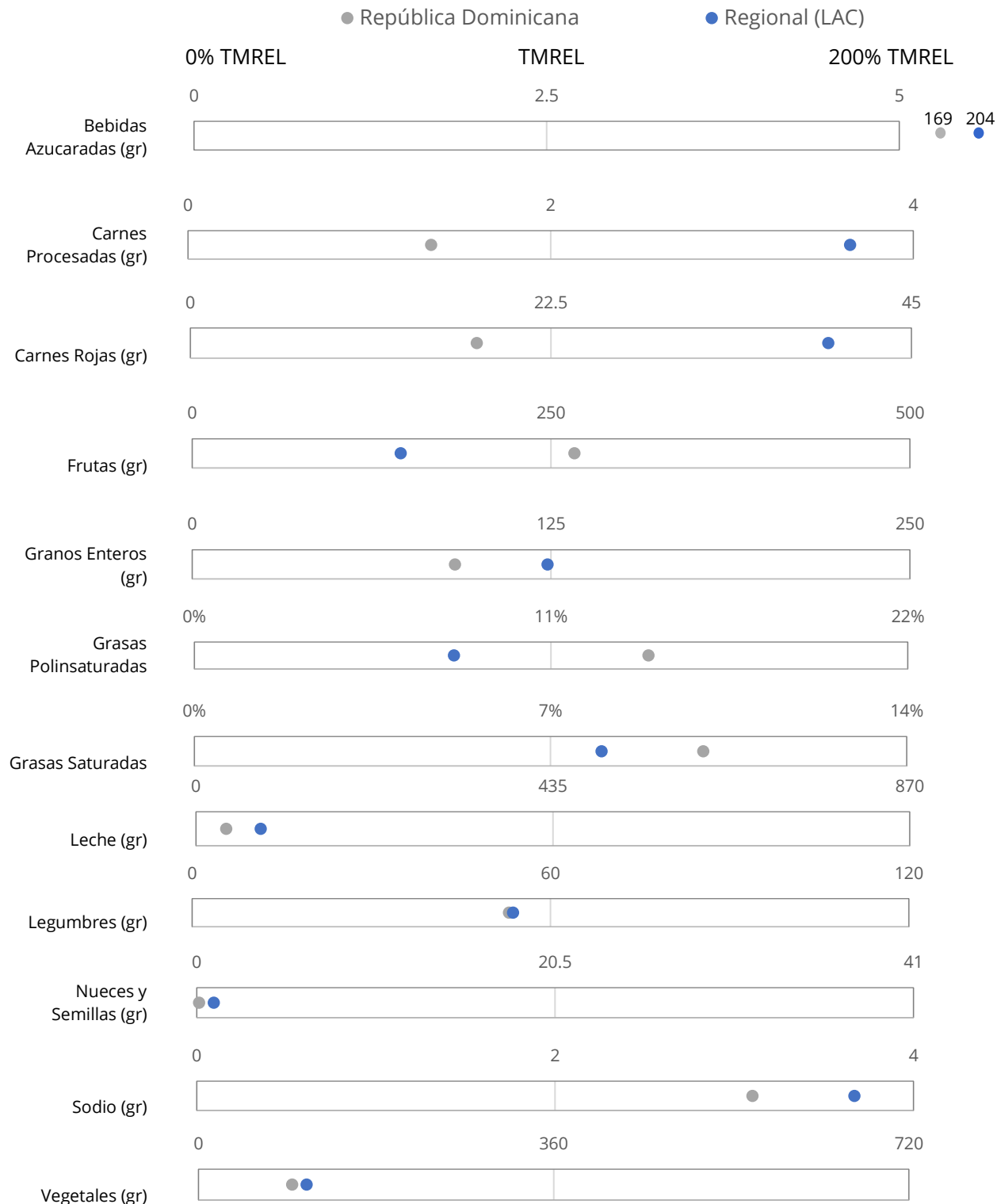
Por otro lado, la rápida urbanización de la población, con un aumento de 20 puntos porcentuales desde el 2000 en el porcentaje de población urbana en el país, (de 62 por ciento en 2000 a 82 por ciento en 2019) (World Bank Group, 2021), ha traído cambios que van desde una disminución en producción para autoconsumo, los canales de compra utilizados por consumidores y el tipo de productos demandados.

En los últimos 20 años se ha duplicado la cantidad de supermercados en el país, principalmente en Santo Domingo y otras áreas urbanas. A pesar de no existir datos sobre el consumo de alimentos procesados, ultra procesados y listos para el consumo en la República Dominicana, la industria de alimentos procesados estaba valuada en más de 2 mil millones de dólares en septiembre de 2018, mientras que las bebidas procesadas y otros productos estaban valuados en más de 600 millones de dólares (USDA Foreign Agricultural Service, 2019).

Existe poca información sobre el actual entorno alimentario en la República Dominicana, y cómo esta transición nutricional y epidemiológica ha impactado de forma diferenciada a segmentos poblacionales distintos. Como se muestra en la Figura 11, según datos del estudio sobre la Carga Mundial de la Morbilidad, Lesiones y Factores de Riesgo, del Instituto para la Medición y la Evaluación de la Salud (*Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors* o GBD), las personas dominicanas tienen un consumo inadecuado de distintos alimentos. El consumo de vegetales, legumbres y alimentos de origen animal es bajo, mientras que el consumo de bebidas azucaradas es casi 70 veces superior al consumo recomendado. Asimismo, el consumo de sodio, grasas polinsaturadas y grasas trans es alto (Vos *et al.*, 2020).⁴

⁴ Lo anterior, comparado con el nivel de exposición mínimo al riesgo calculado por el IHME para la determinación del GBD.

Figura 11. Comparación del consumo de alimentos contra el nivel teórico de exposición mínima al riesgo (TMREL, por sus siglas en inglés) para hombres y mujeres mayores de 25 años de edad (2016)
(Fuente: Global Nutrition Report 2020)



Dada el creciente impacto de la doble carga a la que se enfrenta el país, es claro que la evolución acelerada de los sistemas y entornos alimentarios, una mayor disponibilidad de alimentos procesados, y la ausencia de una estrategia que facilite a los consumidores tomar decisiones informadas, la República Dominicana requiere la implementación de políticas y marcos regulatorios para evitar que continúe teniendo consecuencias negativas sobre el estatus nutricional y de salud en la población. Para hacer frente a esta situación, es necesario tener un mejor entendimiento de los sistemas alimentarios, así como de las características de sus entornos, cadenas de suministro y prácticas alimentarias, determinando su potencial influencia en la salud y nutrición de la población. Lo anterior, con el fin de identificar oportunidades y puntos de entrada para hacer frente a la doble carga, con la convicción de que esta situación es responsabilidad de todos los actores y sectores del país.

Mensaje Clave 3 – El Costo y Asequibilidad de la Dieta

La Dieta Nutritiva cuesta entre 3 y 5 veces más que la Dieta de Sólo Energía. Uno de cada 3 hogares no tiene acceso económico a la Dieta Nutritiva.

En la República Dominicana, la dieta de sólo energía tendría un costo promedio diario de RD\$21 per cápita o RD\$104 por el hogar modelado. Esta dieta cubriría únicamente los requerimientos de energía (kilocalorías) de todos los miembros del hogar modelado, por lo que es una dieta poco diversa, deficiente en micronutrientes, mayoritariamente compuesta de alimentos de consumo básico como arroz, harina de maíz y harina de trigo.

La dieta nutritiva, por su parte, tendría un costo promedio diario de RD\$88 per cápita o RD\$439 por el hogar modelado. A diferencia de la dieta de sólo energía, la dieta nutritiva cumpliría con los requerimientos de energía, proteína, grasa, y de micronutrientes (según la definición de la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)), para todos los miembros del hogar modelado, tomando en cuenta sus distintos requerimientos.

La dieta nutritiva está compuesta de una mayor diversidad de alimentos, incluyendo, por lo menos, 5 grupos de alimentos distintos. Asimismo, incluye 2 porciones diarias de arroz para todos los miembros de hogar modelado, excepto para el menor de 2 años, para quien sólo incluye una porción diaria, para reflejar la ingesta de alimentos de consumo básico en la dieta dominicana.

Debido a la falta de información sobre patrones de consumo de arroz fortificado contra arroz no fortificado en los hogares, y por no existir estándares obligatorios ni mecanismos de verificación para la fortificación de arroz, el análisis asume que el arroz consumido por el hogar modelado para

la línea base no es fortificado⁵. Sin embargo, con el fin de reflejar el consumo de aquellos productores arroceros a nivel nacional que declaran en su etiquetado fortificar el arroz, también se modeló como parte del análisis una dieta nutritiva considerando que todo el arroz consumido por el hogar modelado es fortificado conforme a las especificaciones de fortificación utilizadas en la República Dominicana. En ambos casos, asumimos que el precio del arroz es el mismo; es decir, aquel incluido en los datos originales para las distintas regiones.⁶

Como se puede observar en la Figura 12, el costo de la dieta nutritiva varía también dependiendo de si el arroz consumido por el hogar modelado es arroz fortificado o es arroz no fortificado. Si todo el arroz consumido por el hogar fuera fortificado conforme a las especificaciones de fortificación utilizadas en la República Dominicana, la dieta nutritiva tendría un costo promedio diario de RD\$71 per cápita o RD\$353 por el hogar modelado. Es decir, la dieta nutritiva costaría casi 20 por ciento menos. El efecto de la fortificación de arroz en el costo de la dieta nutritiva se estudia a mayor profundidad en el Mensaje Clave 7 – Fortificación de Alimentos de Consumo Básico.

El hogar modelado se refiere a una familia compuesta por miembros de diferentes edades y géneros, con el fin de representar adecuadamente las diferentes etapas en el ciclo de vida y, por ende, los grupos objetivo de las intervenciones que fueron modeladas como parte del presente estudio. Este hogar está conformado por 5 miembros: (i) un niño o una niña de 12-23 meses; (ii) un niño o una niña en edad escolar de 6-7 años; (iii) una niña adolescente de 14-15 años; (iv) una mujer adulta en periodo de lactancia; y (v) un hombre adulto. La composición del hogar modelado nos permite además obtener una representación de un costo per cápita, considerando que el costo varía dependiendo de los requerimientos nutricionales de los diferentes géneros y edades.

Como se puede observar en la Figura 13, la distribución de los requerimientos de energía dentro del hogar es distinta a la distribución de ciertos micronutrientes clave. Por ejemplo, a pesar de que el hombre adulto representa más de una cuarta parte (27 por ciento) del total del requerimiento de energía dentro del hogar, de los mayores requerimientos de energía dentro del hogar, representa menos de una sexta parte (16 por ciento) del total de los requerimientos de hierro del hogar modelado.

⁵ Las especificaciones para el arroz utilizado para la línea base con aquellas de “Arroz Blanco, Pulido, Sin Enriquecer” proveniente de la Tabla de Composición de Alimentos del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

⁶ De forma anecdótica, informantes clave nos compartieron que el precio del arroz depende de la variedad, tamaño y nivel de rotura, que parece ser independiente del nivel de fortificación.

Figura 12. Costo diario de la Dieta de Energía y de la Dieta Nutritiva para el hogar modelado, diciembre 2019

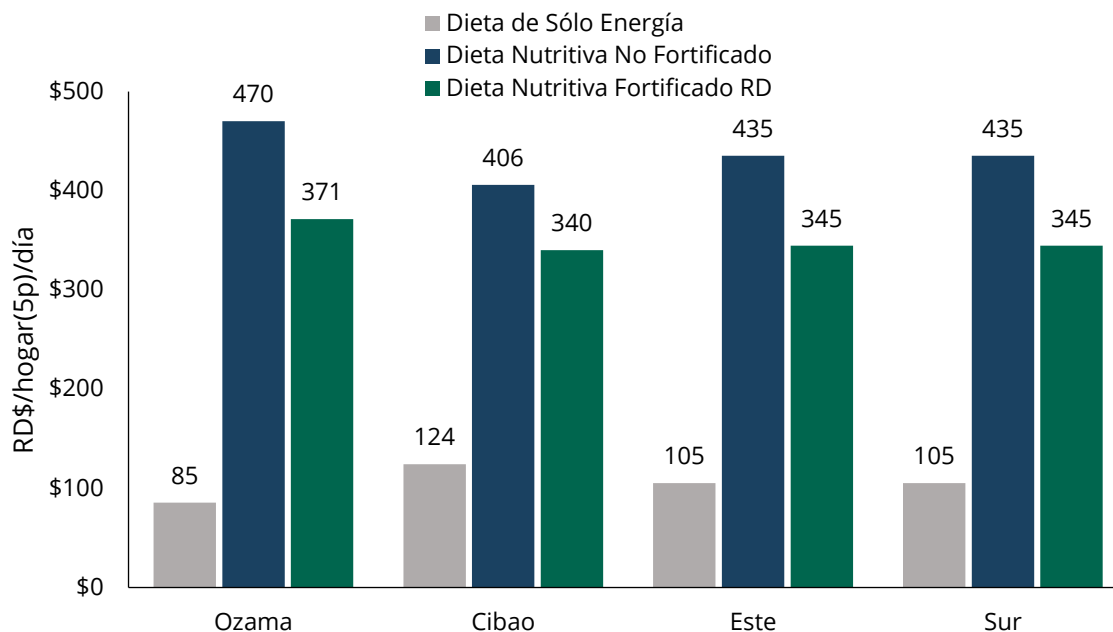
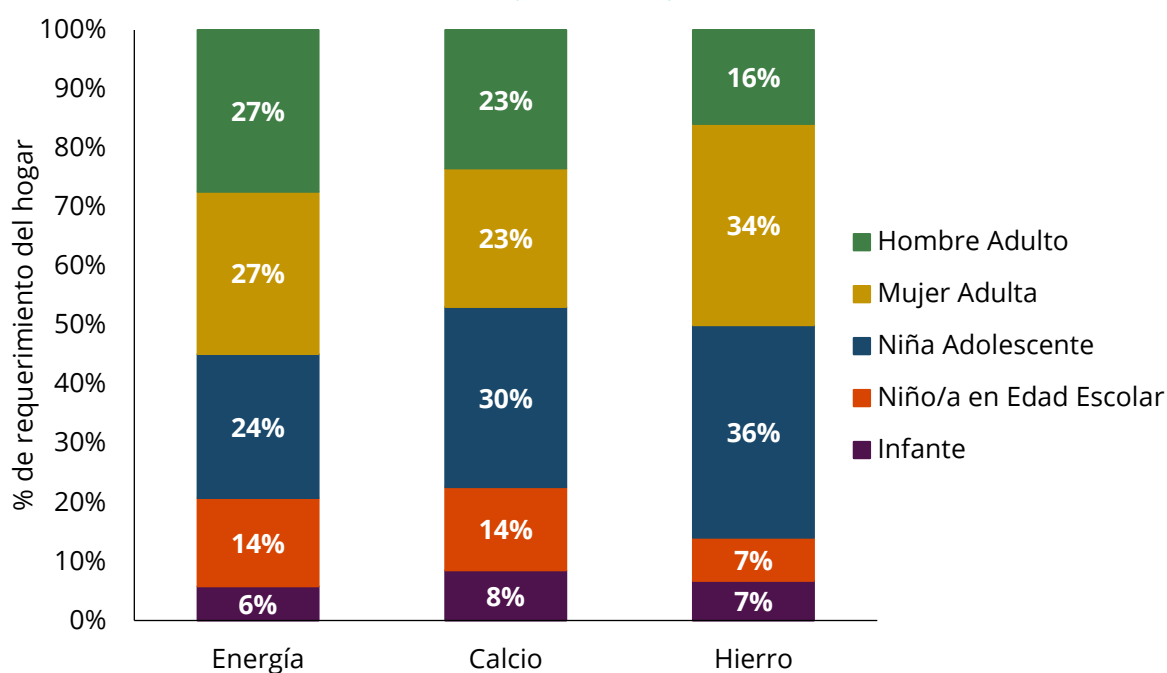


Figura 13. Requerimientos de energía, calcio y hierro
(Fuente: CotD)



Lo anterior se refleja también en la relación entre el costo de la dieta de sólo energía y la dieta nutritiva (Figura 14). En Ozama, por ejemplo, el costo de la dieta nutritiva para la niña adolescente es casi 10 veces más alto que el costo de la dieta de sólo energía. Para el hombre adulto o el niño en edad escolar, por otro lado, la dieta nutritiva cuesta menos de 4 veces más que la dieta de sólo energía. A nivel nacional, el costo de la dieta nutritiva para la niña adolescente es casi 7 veces mayor que el de la dieta de sólo energía.

Como se puede observar en la Figura 15, la niña adolescente y la mujer adulta representan 60 por ciento o más del costo de la dieta nutritiva en todas las regiones de análisis. Este mayor costo se traduce en un mayor riesgo y vulnerabilidad a la malnutrición, por lo que los sectores interesados deben prestar especial atención a estos dos grupos objetivo. Los Mensaje Clave 5 – Niñas Adolescentes y Mensaje Clave 6 – Intervenciones Nutricionales Específicas desarrollan este tema a mayor profundidad.

Figura 14. Costo diario de la Dieta de Sólo Energía y la Dieta Nutritiva por miembro del hogar modelado (promedio entre regiones), diciembre 2019.

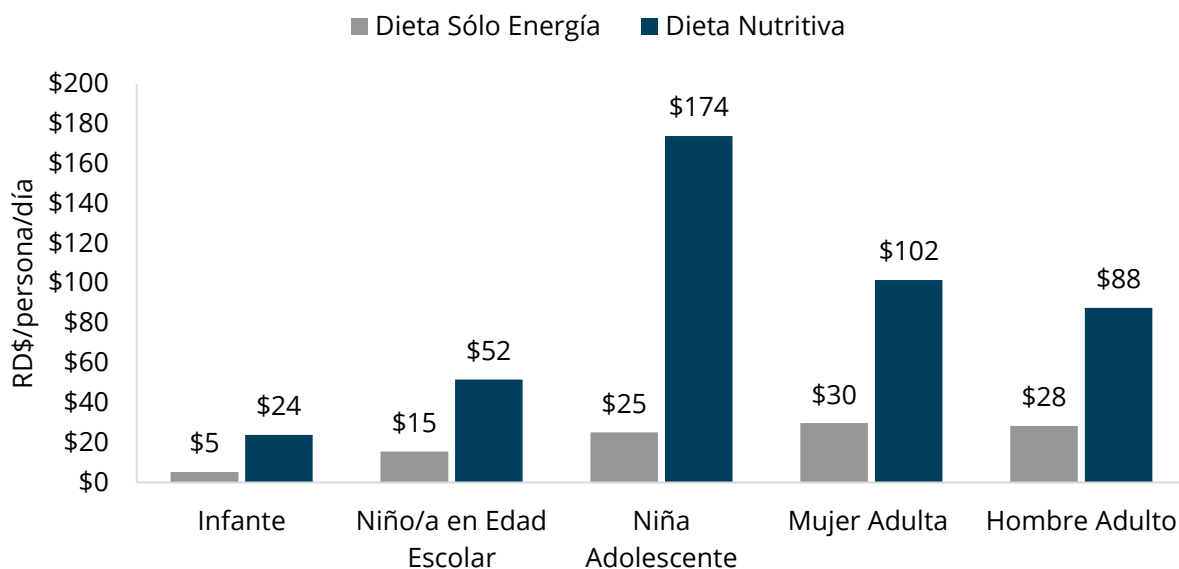
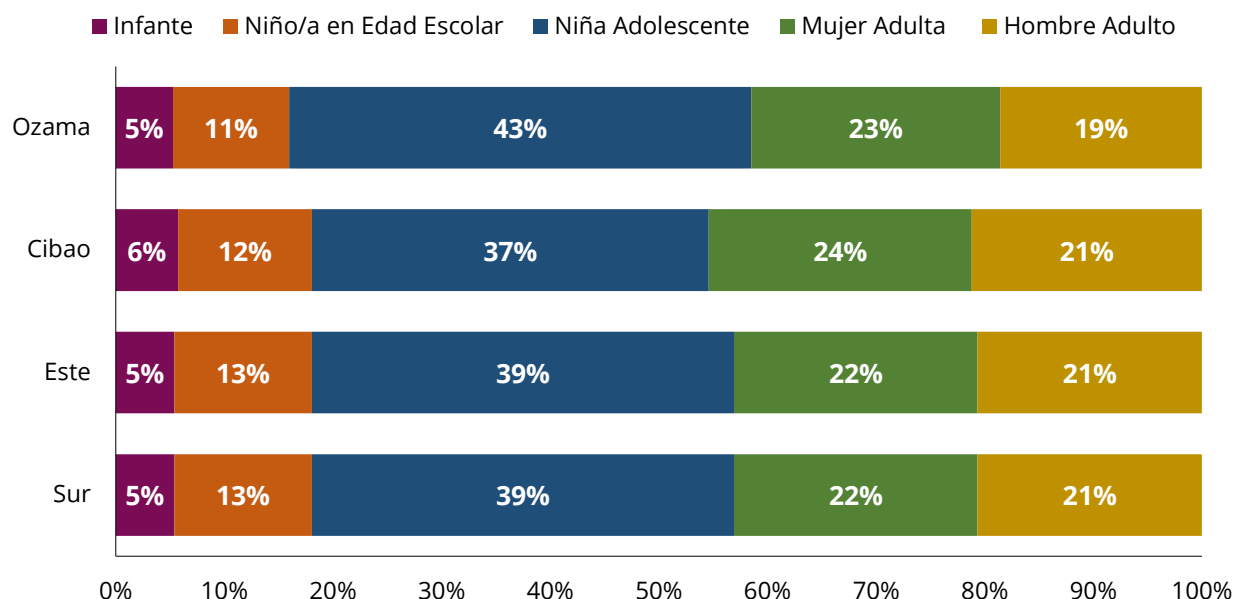


Figura 15. Distribución del costo de la Dieta Nutritiva por miembro del hogar modelado, diciembre 2019



Las partes interesadas en el proceso de FNG solicitaron el modelaje adicional del costo de la dieta de sólo energía y de la dieta nutritiva de una mujer y un hombre mayores de 60 años, para representar el costo que tendrían ambas dietas para la población de adultos y adultas mayores. Este sector poblacional es grupo objetivo del sector de protección social, por tener un grado alto de vulnerabilidad en el país. Los resultados del costo de la dieta para estos dos grupos se encuentran reflejados en la Figura 16 y la

Figura 17. Como se puede observar, a diferencia de las mujeres y hombres en edad reproductiva, en la vejez los costos de la dieta nutritiva son similares para hombres y para mujeres. Una vez que termina el periodo reproductivo femenino, los requerimientos nutricionales de la mujer disminuyen y, por ende, el costo de la dieta nutritiva es menor.

Figura 16. Costo diario de la Dieta de Sólo Energía para adultos mayores de 60 años por región, diciembre 2019

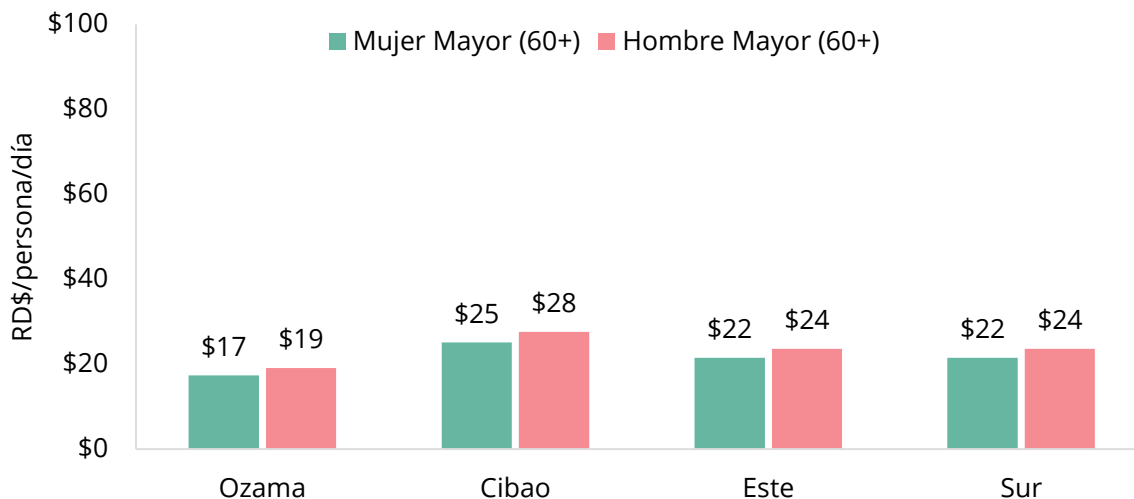
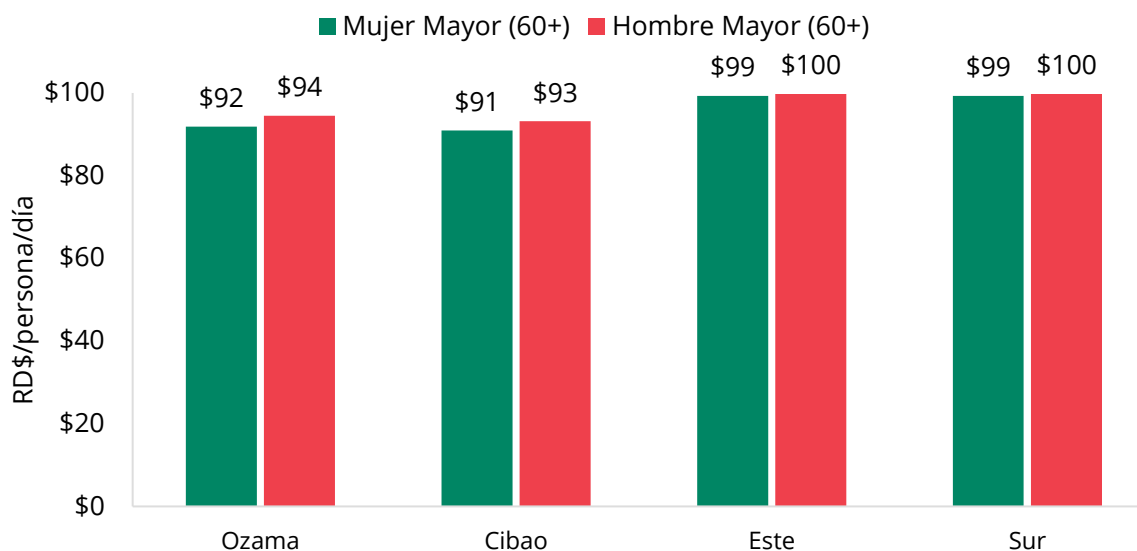
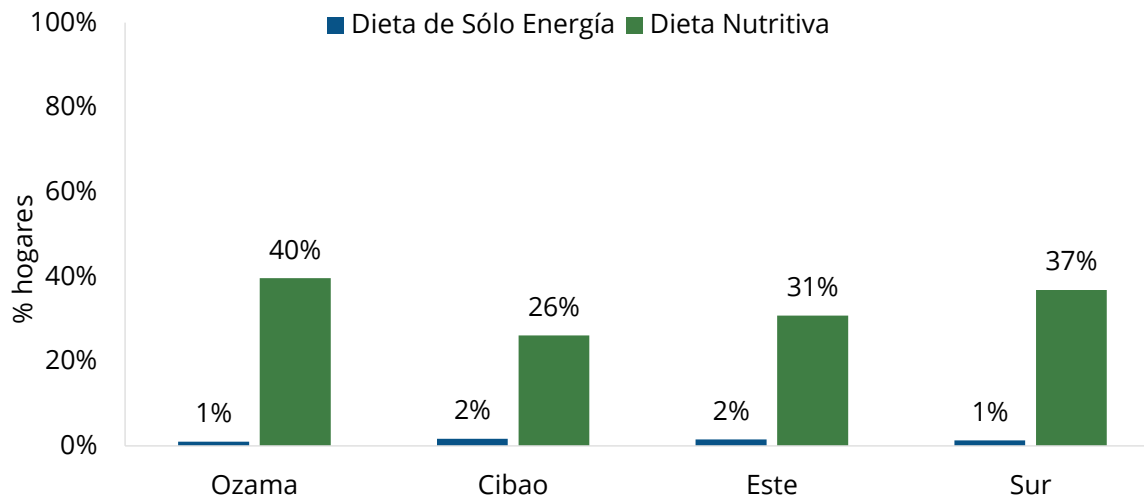


Figura 17. Costo diario de la Dieta Nutritiva para adultos mayores de 60 años por región, diciembre 2019



El acceso económico es una barrera importante para la seguridad nutricional en la República Dominicana. Considerando el costo de la dieta nutritiva con arroz no fortificado, la dieta nutritiva sería inasequible para 33 por ciento de los hogares en el país. Como se puede observar en la Figura 18, el mayor porcentaje de hogares sin acceso económico a la dieta nutritiva se encuentra en Ozama, donde el 40 por ciento de los hogares no podrían pagar el costo de esta dieta nutritiva. En Cibao, por otro lado, sólo el 26 por ciento de hogares no tendrían acceso a esta dieta nutritiva.

Figura 18. Porcentaje de hogares sin acceso económico a la Dieta de Sólo Energía y a la Dieta Nutritiva, diciembre 2019

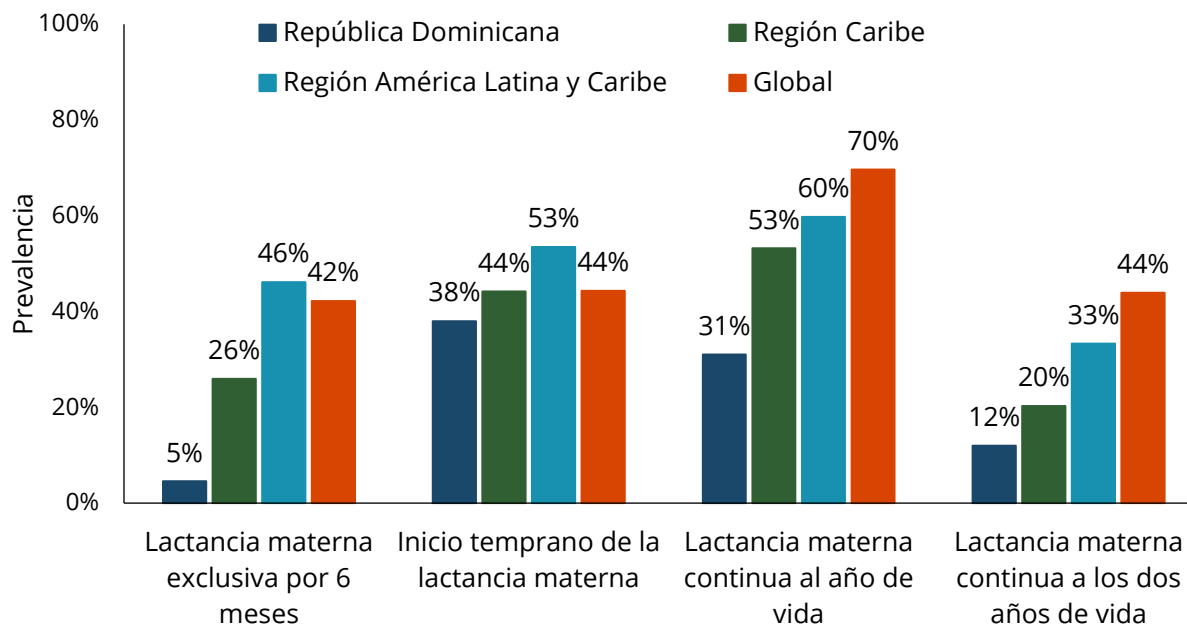


Mensaje Clave 4 – La Lactancia Materna

Las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria para niños y niñas pequeños son altamente deficientes y requieren la atención de diferentes sectores.

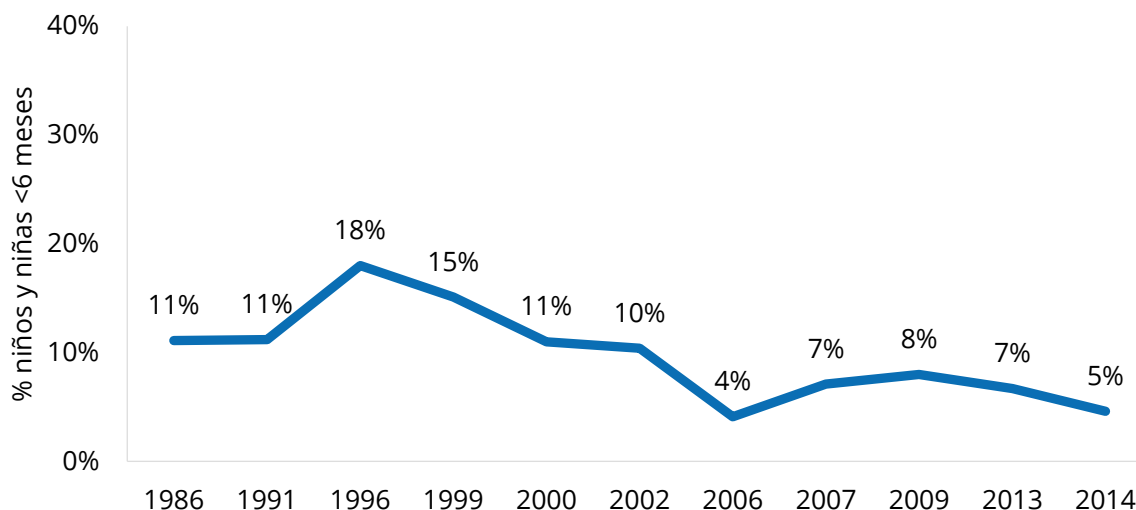
En la República Dominicana, sólo 1 de cada 20 niños y niñas tienen lactancia materna exclusiva por los primeros 6 meses de vida. Menos de 1 en cada 3 niños y niñas tienen lactancia materna continua al año de vida, y sólo 1 en cada 10 niños y niñas tienen lactancia materna continua hasta los dos años de vida o más. Las prácticas de lactancia materna son, por ende, unas de las peores de la Región de América Latina y el Caribe, y son considerablemente peores que el promedio a nivel global (Figura 19). En promedio, la lactancia materna tiene una duración de sólo 7 meses en la República Dominicana.

Figura 19. Prácticas de lactancia materna en la República Dominicana, región Caribe, América Latina y Caribe, y global (Fuente: Global Nutrition Report 2020)



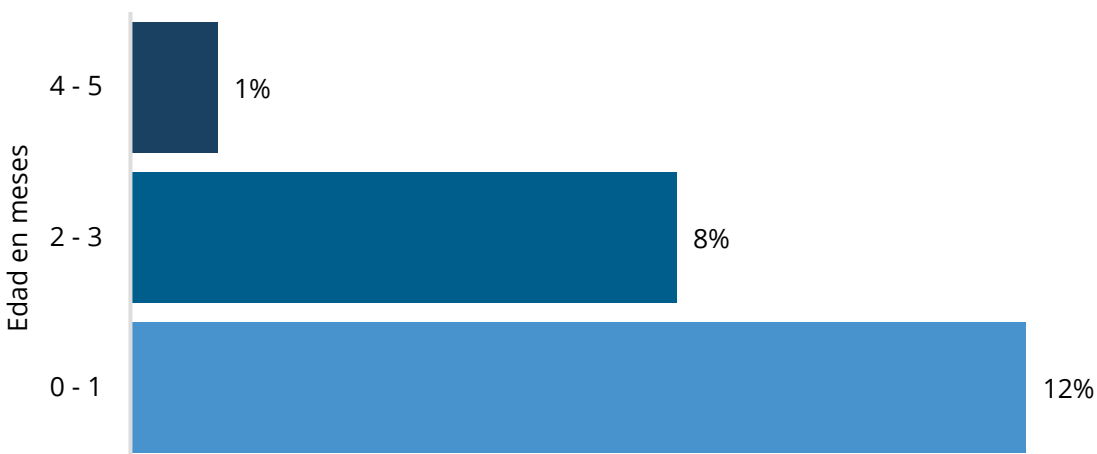
A pesar de que no se cuenta con cifras actualizadas, la Encuesta Demográfica y de Salud del 2013, nos indica que las prácticas de lactancia se han deteriorado en las últimas décadas. Como se muestra en la Figura 20, en el 2000, el 11 por ciento de los menores de 6 meses de edad tenían lactancia materna exclusiva, mientras que, en el 2013, este porcentaje se había reducido al 5 por ciento de los niños menores de 6 meses (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2014) (*Global Nutrition Report Country Nutrition Profile: Dominican Republic, 2020*).

Figura 20. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva por año (Fuente: DHS 2013, GNR 2020)



Conforme avanza la edad en meses de un niño o niña, las prácticas de lactancia materna empeoran. Sólo 1 por ciento de los niños y niñas entre 4-5 meses de edad tienen periodo de lactancia materna exclusiva, y más del 40 por ciento de los niños y niñas en este rango de edad no están lactando de forma alguna. Por otro lado, una gran proporción de los niños y niñas menores de 6 meses, sobre todo en los primeros dos meses de vida, reciben sucedáneos de la leche materna (Figura 21).

Figura 21. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva por edad, 2013
(Fuente: DHS 2014)



Diversos factores afectan las prácticas de lactancia materna exclusiva. Éstos pueden ser agrupados en tres grandes categorías: aspectos estructurales, aspectos culturales y sociales y aspectos sociodemográficos (Kristensen-Cabrera *et al.*, 2019). Los aspectos estructurales se refieren, entre otros, a la falta de cooperación entre sector público y sector privado y, en este sentido, el incumplimiento al Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna (CICSLM) y de la Ley 8-95. Los aspectos culturales y sociales incluyen, por ejemplo, estigmas o conocimientos equivocados relacionados con la lactancia materna. Los aspectos sociodemográficos pueden incluir, por ejemplo, el estatus laboral de la madre (sector formal o sector informal) o el estatus socioeconómico del hogar.

La República Dominicana se adhirió al CICSLM y aprobó, en 1994, la Ley 8-95 con el objetivo de promover y fomentar la lactancia materna (*Ley No. 8-95 que declara como prioridad nacional la Promoción y Fomento de la Lactancia Materna*, 1994). A pesar de lo anterior, los hallazgos del monitoreo realizado en 2017 por el Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, 2017) indican que existe una violación tanto al Código Internacional como a la Ley No. 8-95, dado que:

- Madres reciben muestras gratis de sucedáneos de la leche materna en hospitales
- Médicos y personal de salud indican y recomiendan uso de alimentos comerciales a madres
- Hay promoción y publicidad en hospitales de sucedáneos de la leche materna, y representantes de la industria de sucedáneos visitan al personal médico para la promoción de sus productos mediante muestras gratis y publicidad.

Otras políticas y regulaciones pueden afectar directamente las prácticas de lactancia materna exclusiva. Por ejemplo, el Código de Trabajo de la República Dominicana establece un descanso pre y postnatal de 12 semanas en total y un subsidio por maternidad de 14 semanas. Las trabajadoras en el sector formal cuentan con 3 descansos de 20 minutos al día para la lactancia en el trabajo. Por ende, una madre trabajadora requeriría tener acceso a servicios de estancias infantiles cercano a su lugar de trabajo, así como contar con espacios físicos adecuados para poder cumplir con la recomendación de la OMS de 6 meses de lactancia materna exclusiva.

A nivel global, existe evidencia de que la lactancia materna es una de las prácticas con mayor potencial para salvar vidas de los niños y niñas menores de 5 años, y asegurar un adecuado desarrollo a lo largo de la vida. Las prácticas adecuadas de lactancia materna están, además, correlacionadas con menores niveles de obesidad y enfermedades no transmisibles a lo largo de la vida (Yan *et al.*, 2014; Horta, Mola and Victora, 2015). Para enfrentar la doble carga de malnutrición, es necesario y urgente que la República Dominicana establezca estrategias para hacer frente a la baja prevalencia de prácticas de lactancia materna óptimas incluyendo, más no limitado a, el cumplimiento al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

A partir de los 6 meses, la OMS recomienda que los niños y niñas comiencen a recibir alimentos complementarios a la lactancia materna. Estos alimentos complementarios deben ser diversos y con una densidad nutricional alta, con el fin de cumplir con los requerimientos nutricionales de los niños menores de 2 años. Sin embargo, como se muestra en la Figura 22, la mayoría de los niños y las niñas entre 6 y 23 meses de edad en la República Dominicana están consumiendo granos y derivados y raíces y tubérculos, mientras que menos de la mitad consumen frutas y vegetales ricos en Vitamina A, u otras frutas y vegetales.

Esta falta de diversidad en la alimentación complementaria se refleja también en el pobre desempeño en los indicadores de Diversidad Alimentaria Mínima y la Dieta Mínima Aceptable, como se muestra en la Figura 23. La mitad de los niños entre 6-23 meses en la República Dominicana tienen una Diversidad Alimentaria Mínima, y menos de la mitad de los niños 6-23 meses tienen una Dieta Mínima Aceptable.⁷

⁷ Los indicadores de Diversidad Alimentaria Mínima y Dieta Mínima Aceptable son 2 de los 8 indicadores desarrollados por la Organización Mundial de la Salud para examinar las prácticas de alimentación de lactantes y niños y niñas pequeños a nivel poblacional. La Diversidad Alimentaria Mínima se refiere al porcentaje de niños y niñas entre 6 y 23 meses de edad que consumieron alimentos de 4 o más grupos alimenticios diferentes. La Dieta Mínima Aceptable es un indicador compuesto y refleja aquellos niños y niñas entre 6 y 23 meses de edad que recibieron tanto Diversidad Alimentaria Mínima y una Frecuencia Mínima de Comidas, dependiendo de los requerimientos de su edad. (WHO, 2008)

Figura 22. Alimentación complementaria en niños y niñas de 6-23 meses de edad por tipo de alimento consumido (Fuente: DHS 2014)

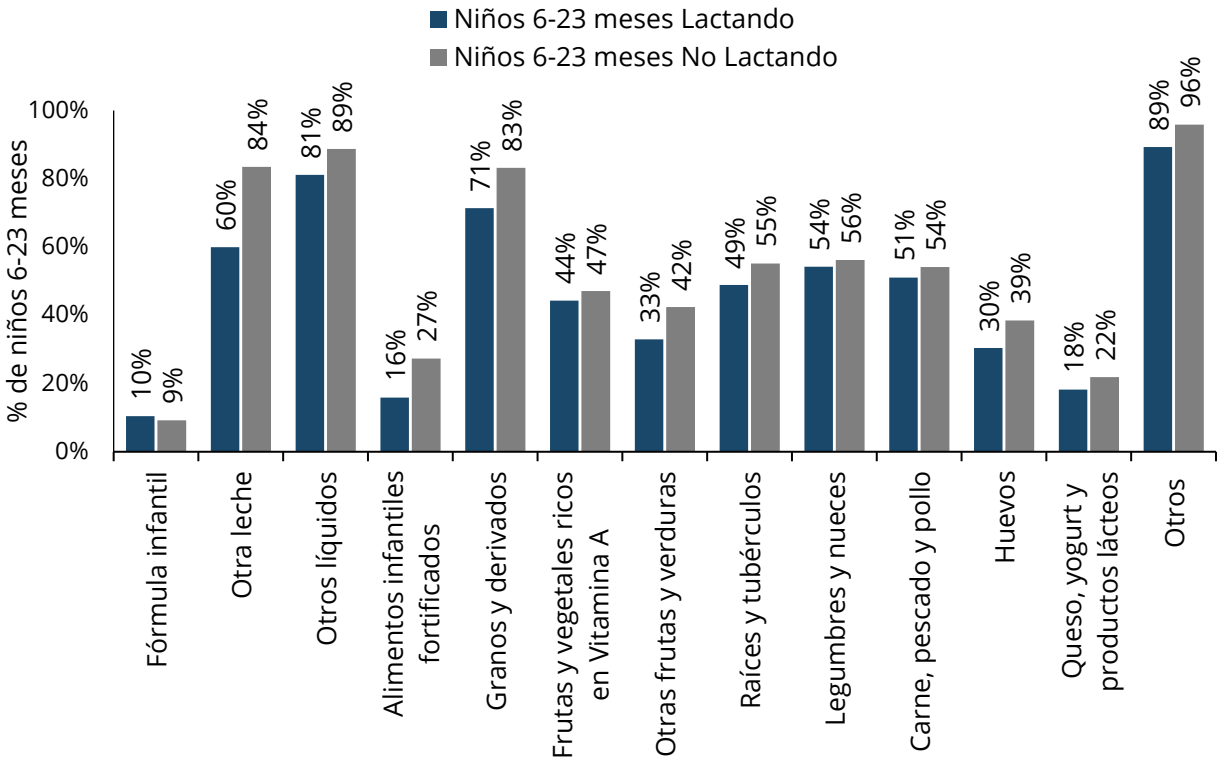
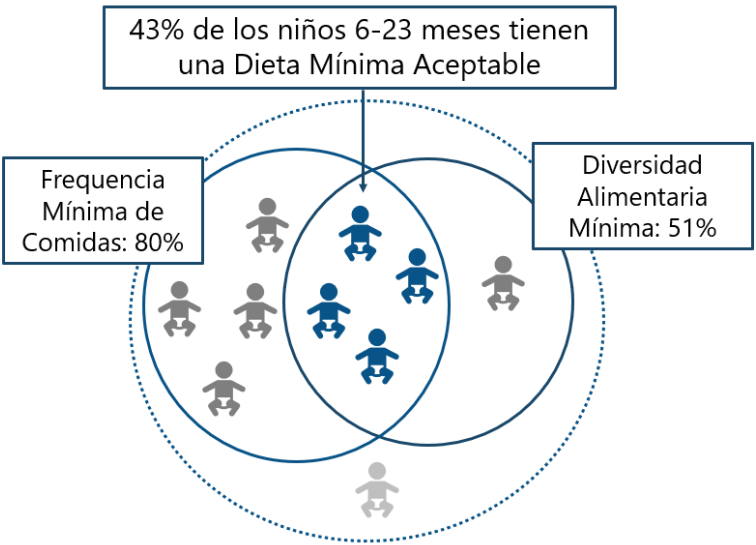
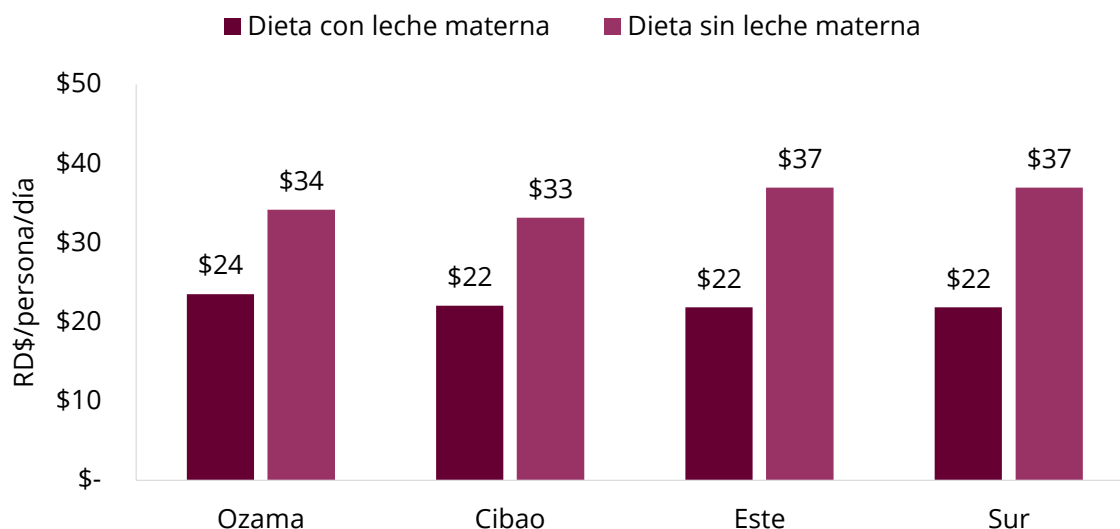


Figura 23. Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. (Fuente: DHS 2014)



El modelaje del costo de la dieta nutritiva del infante asume un consumo adecuado de leche materna. Como se observa en la Figura 24, en caso de no incluirla, el costo aumentaría entre 40 y 70 por ciento, lo que se traduciría en una mayor vulnerabilidad del menor de 2 años a malnutrición.

Figura 24. Costo diario de la Dieta Nutritiva para el infante (<2 años), diciembre 2019



Mensaje Clave 5 – Niñas Adolescentes

La prevención de malnutrición en las niñas adolescentes requiere de atención especial, precisa de un mayor abordaje a través de las políticas públicas, particularmente de protección social y de salud.

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la adultez. Como tal, es un periodo crítico de desarrollo físico, desarrollo cognitivo y maduración sexual. Los adolescentes son un grupo cuya salud y bienestar requiere de atención especial, no sólo por el efecto que esto tiene para ellos, sino porque tiene consecuencias también para generaciones futuras (National Research Council and Institute of Medicine, 2009).

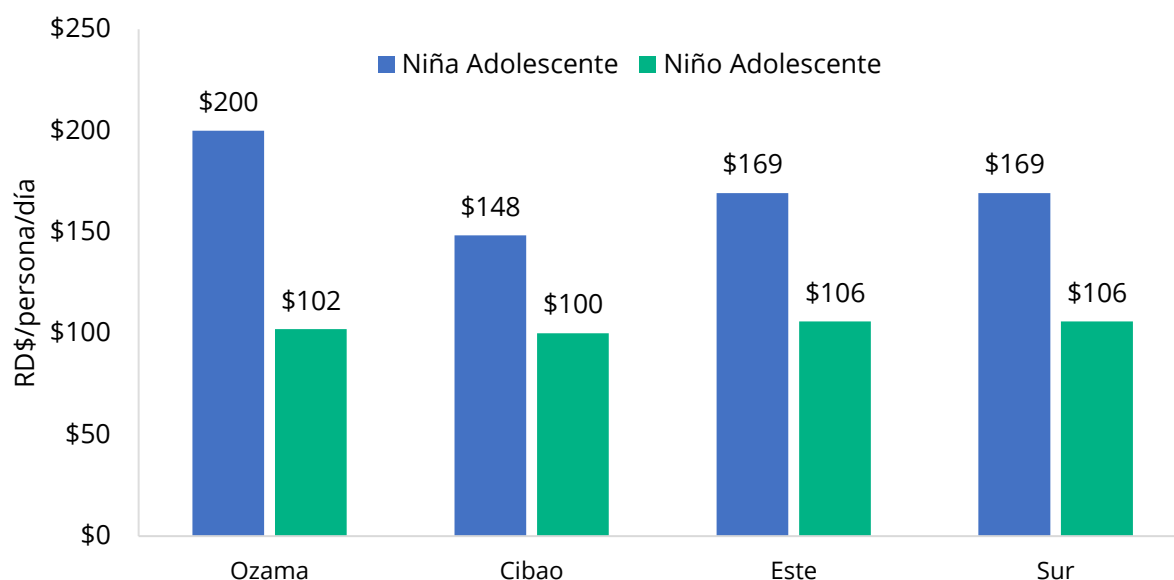
En últimos años se ha reconocido a las niñas adolescentes como un grupo objetivo clave de intervenciones nutricionales (Bose *et al.*, 2021). Los cambios biológicos por los que pasa una niña durante la adolescencia se traducen en necesidades específicas a su género. A partir de la menarquía, la niña adolescente tiene requerimientos de hierro más altos para sustituir el hierro perdido durante la menstruación.

Existe poca información sobre las dietas y estatus nutricional de los adolescentes, pero la evidencia global sugiere que ésta es considerablemente más grande tratándose de mujeres que de hombres (Bose *et al.*, 2021). Esta brecha es exacerbada no sólo por las necesidades nutricionales más altas,

sino también por aspectos sistemáticos y socioculturales relacionados con desigualdades de género que afectan el adecuado desarrollo de la niña adolescente. El Índice de Desigualdad de Género (UNDP, 2021) posiciona a la República Dominicana en lugar 122 de 162, con un índice de 0.455 (siendo 1 el mayor nivel de desigualdad).⁸ Esto significa que existen áreas de oportunidad tanto en nutrición como en otros sectores, para asegurar el adecuado desarrollo humano de las niñas adolescentes en la República Dominicana.

Las necesidades nutricionales durante la adolescencia se reflejan en el costo de la dieta nutritiva. Como se puede observar en la Figura 14, la dieta nutritiva de la niña adolescente representa aproximadamente el 40 por ciento del costo total para el hogar modelado. Asimismo, este costo es 1.5 a 2 veces más alto que el costo de la dieta nutritiva de un niño adolescente de la misma edad, evidenciando las necesidades nutricionales específicas y alta vulnerabilidad a la malnutrición de las mujeres (Figura 25).

Figura 25. Costo de la dieta nutritiva para la niña adolescente y para el niño adolescente por región, diciembre 2019



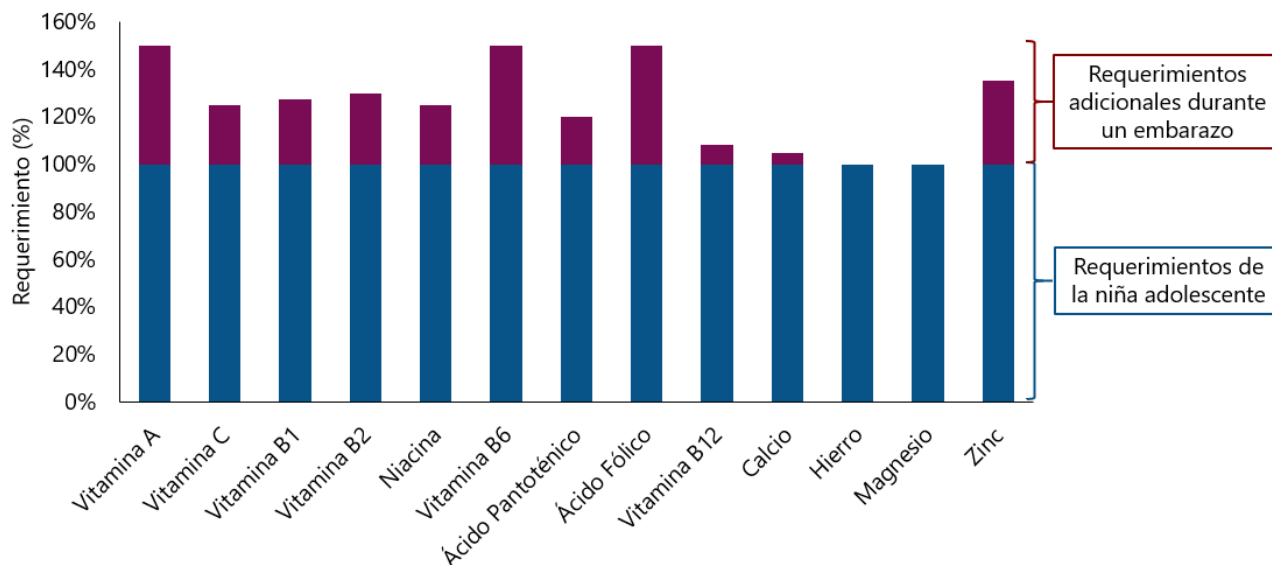
El embarazo adolescente representa un obstáculo adicional para el bienestar de la niña adolescente. Además de incrementar el riesgo de resultados adversos en el embarazo tanto para la madre como para el infante (Fraser, Brockert and Ward, 1995) y el costo de oportunidad del embarazo adolescente en término de desarrollo humano (PNUD, 2017), un potencial embarazo incrementaría los requerimientos de micronutrientes de la niña adolescente hasta por un 50 por

⁸ El Índice de Desigualdad de Género es un indicador calculado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de forma anual. Mide las desigualdades de género en tres aspectos (i) la salud reproductiva, (ii) el empoderamiento de las mujeres, y (iii) la situación económica. Para más información sobre el Índice de Desigualdad de Género, favor de consultar:

<http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>

ciento (Figura 26). Esto significaría, por ende, una mayor vulnerabilidad a la desnutrición tanto de la madre como del hijo o hija, ya que la desnutrición materna contribuye a la desnutrición infantil (Black *et al.*, 2013), y una adecuada nutrición materna durante el embarazo ayuda a prevenir también futuras enfermedades crónicas no transmisibles para el bebé (Pullar *et al.*, 2019).

Figura 26. Requerimientos adicionales de micronutrientes de la niña adolescente con un embarazo (Fuente: CotD)

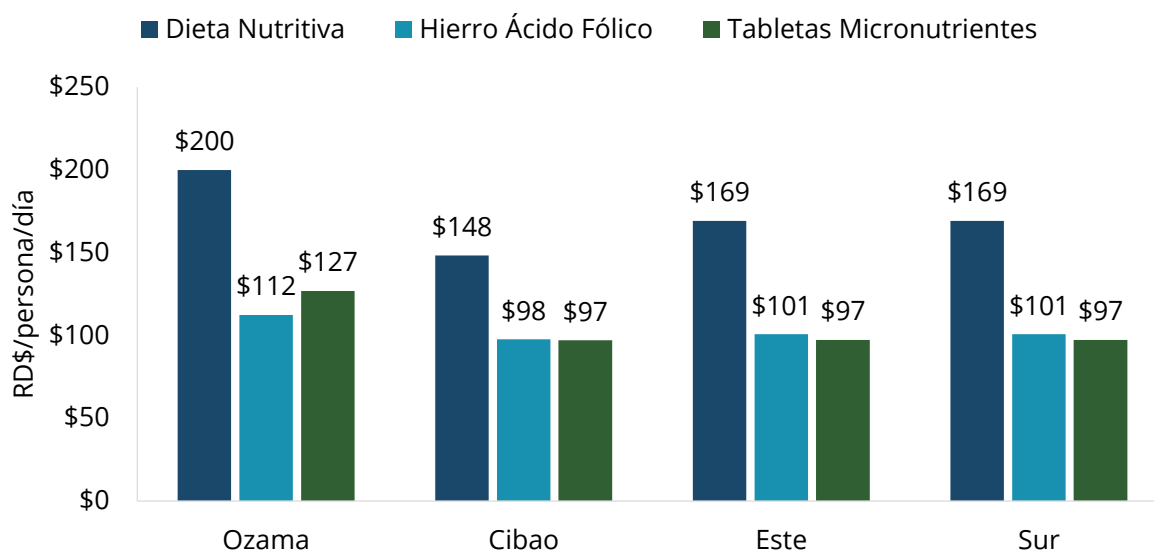


El 22 por ciento de las mujeres entre 12-19 años en la República Dominicana han estado embarazadas (2017). Esta tasa de fecundidad en adolescentes es 34 por ciento más alta que el promedio de América Latina y el Caribe. Además, dentro del país existe un vínculo entre la pobreza y el embarazo adolescente, ya que hay una mayor tasa de incidencia de embarazo adolescente en aquellas regiones de mayor pobreza y en estratos socioeconómicos bajos (PNUD, 2017). Por ende, en la República Dominicana existe una necesidad no sólo de fortalecer los programas y las políticas públicas, si no de implementar una respuesta multidimensional tanto para la prevención del embarazo adolescente, como para la mitigación de los riesgos adversos a la salud que puede tener para la madre y el hijo o hija, incluyendo aquellos relacionados con la desnutrición.

La suplementación es reconocida a nivel global como una de las intervenciones con el mayor costo-beneficio para la prevención de deficiencias de micronutrientes en mujeres en edad reproductiva, incluyendo niñas adolescentes (WHO, 2018). A pesar de la evidencia existente sobre su potencial para reducir deficiencias de micronutrientes (Ahmed *et al.*, 2005), la suplementación de adolescentes no embarazadas no es considerada una intervención estándar y no ha sido implementada a gran escala, por lo que representaría una intervención nueva en la República Dominicana. Como parte del análisis FNG, modelamos en la dieta de la niña adolescente

intervenciones de suplementación de (i) hierro y ácido fólico, y (ii) tabletas de micronutrientes.⁹ En todas las regiones excepto Ozama, la tableta de micronutrientes reduciría el costo de la dieta nutritiva en una proporción ligeramente mayor a la suplementación con hierro y ácido fólico, en virtud de tener una mayor cobertura de micronutrientes. Ambas intervenciones reducirían el costo de la dieta nutritiva en 30-40 por ciento para la niña adolescente (Figura 27).

Figura 27. Costo diario de la dieta nutritiva de la niña adolescente, con y sin suplementación de hierro y ácido fólico y tabletas de micronutrientes, diciembre 2019



Mensaje Clave 6 – Intervenciones Nutricionales Específicas

Las intervenciones nutricionales específicas, como parte de los programas de protección social, tienen el potencial de disminuir el costo de la Dieta Nutritiva para los hogares de menores recursos.

Supérate¹⁰ es el programa de protección social más grande de la República Dominicana, buscando romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza. Según el Decreto 377-21, Supérate llevará a cabo una estrategia integral de lucha contra la pobreza que incluya:

“I. Mejorar la calidad de vida de los hogares participantes y sus miembros mediante su inclusión social y la garantía de sus derechos para que puedan acceder al tipo de vida que valoran.

⁹ El modelo incluye una tableta de hierro y ácido fólico o una tableta de micronutrientes una vez por semana, a ningún costo para el hogar.

¹⁰ Previamente denominado “Progresando con Solidaridad” o “Progresía”

2. Implementar acciones afirmativas transformadoras a favor de los grupos que tradicionalmente han estado más excluidos de los procesos de desarrollo socioeconómico en el país.

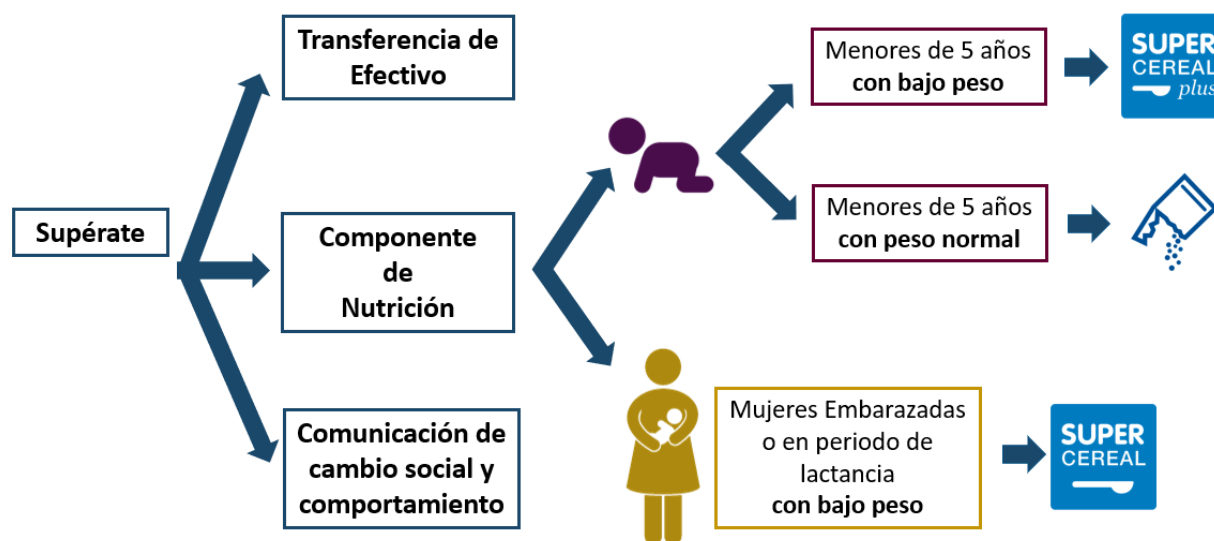
3. Facilitar la construcción de capacidades para la empleabilidad y el emprendimiento productivo de las familias participantes, a En de impulsar su inclusión, autonomía y resiliencia económica.

4. Consolidar un sistema de apoyos y acompañamiento para conectar a los hogares participantes y sus miembros con los servicios claves y las oportunidades que necesitan para salir de la pobreza.

5. Propiciar el empoderamiento y conciencia de derechos de las personas participantes, para que puedan ser agentes de su propio desarrollo." (Decreto 377-21, 2021)

Supérate tiene, entre otros, un componente de seguridad alimentaria y un componente de nutrición (Vicepresidencia de la República Dominicana, 2017). Como parte de estos dos componentes, el programa integra intervenciones nutricionales específicas para dos grupos objetivo, dependiendo de su estado nutricional: los menores de 5 años y las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia (Figura 28).

Figura 28. Componente de nutrición del programa de protección social "Supérate"

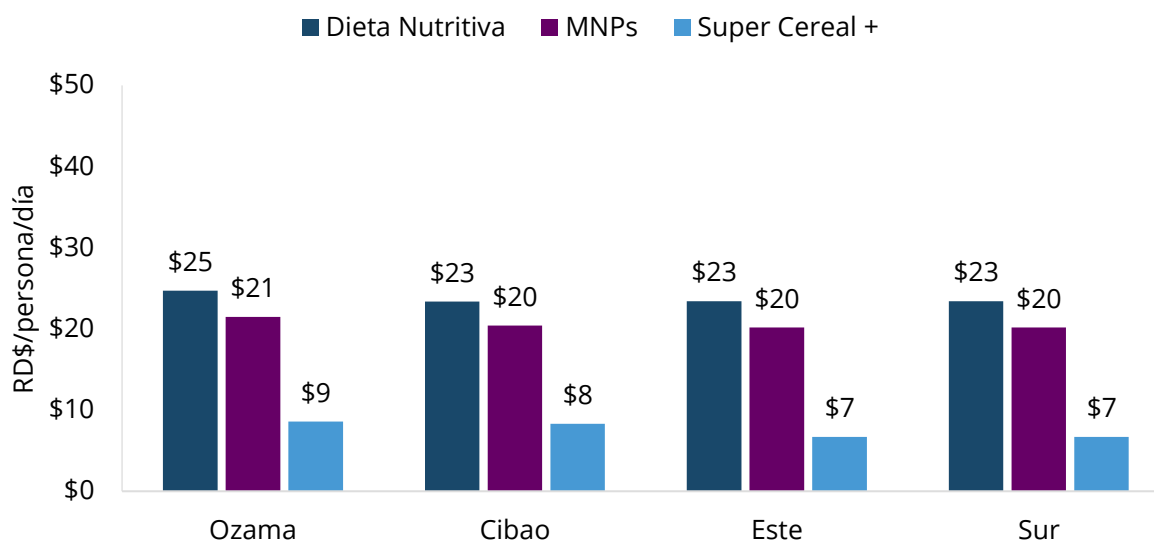


Para entender el impacto que tendrían estos componentes de nutrición sobre el costo de la dieta nutritiva, modelamos en CotD las intervenciones nutricionales que forman parte de Supérate. En el caso del infante menor de 2 años, modelamos la inclusión de polvos de micronutrientes y de Super Cereal+, ambos en las raciones establecidas en la Tabla 1. Como se refleja en la Figura 29, la suplementación del infante con polvos de micronutrientes reduciría el costo de la dieta nutritiva en 13 por ciento, mientras que la intervención con SuperCereal+ reduciría el costo de la dieta en más de 60 por ciento en todas las regiones.

Tabla 1. Intervenciones nutricionales específicas dentro de Supérate para infantes menores de 2 años y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia

Beneficiario	Alimento	Ración (gr)	Frecuencia	Duración (días)
Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia con bajo peso o peso normal	Super Cereal	90	diaria	60
Niños y niñas 6-59 meses con bajo peso	Super Cereal +	60	diaria	60
Niños y niñas 6-59 meses en estado nutricional normal	MNPs	1	diaria	-

Figura 29. Costo diario de la Dieta Nutritiva del infante <2 años con y sin suplementación, diciembre 2019



Como parte del componente de nutrición de Supérate, las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia que tienen bajo peso reciben una ración de Super Cereal. El programa no incluye suplementación o transferencia especial alguna para mujeres con peso normal o sobrepeso, considerando que las necesidades de micronutrientes de éstas son atendidas a través del programa de atención al embarazo del Servicio Nacional de Salud.

En CotD, modelamos la ración de Super Cereal que se describe en la Tabla 1 para la mujer adulta en periodo de lactancia del hogar modelado. Esta intervención reduciría el costo de la dieta nutritiva para la mujer en periodo de lactancia entre 20 y 30 por ciento, como se muestra en la Figura 30.

A nivel global, existe evidencia de que los determinantes de la malnutrición, ya sea desnutrición, deficiencias de micronutrientes, o sobrepeso u obesidad, son los mismos. Con el fin de proveer evidencia del potencial de la suplementación puede tener para mejorar el acceso a una dieta nutritiva en el caso de mujeres de peso normal o con sobrepeso u obesidad, también modelamos el impacto que tendrían en la dieta nutritiva la suplementación con hierro y ácido fólico, y la suplementación con tabletas de micronutrientes. Los resultados de este modelaje se reflejan en la

Figura 31. La suplementación con hierro y ácido fólico tendría el mayor impacto en Ozama (más de 20 por ciento), donde potencialmente es más costoso cumplir con los requerimientos de hierro y ácido fólico de la mujer adulta. El impacto en otras regiones no es tan pronunciado (de 3 a 10 por ciento). Por otro lado, las tabletas de micronutrientes disminuirían el costo de la dieta nutritiva entre 20 – 30 por ciento en todas las regiones de análisis, por tener una cobertura más amplia de micronutrientes.

Figura 30. Costo diario de la dieta nutritiva de la mujer lactante con y sin Super Cereal, diciembre 2019

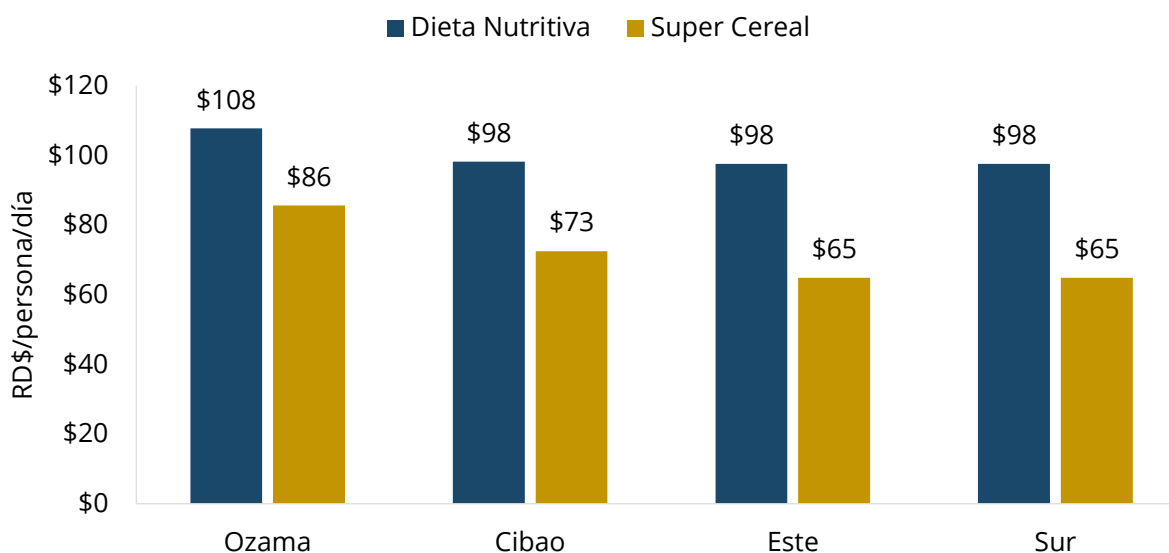
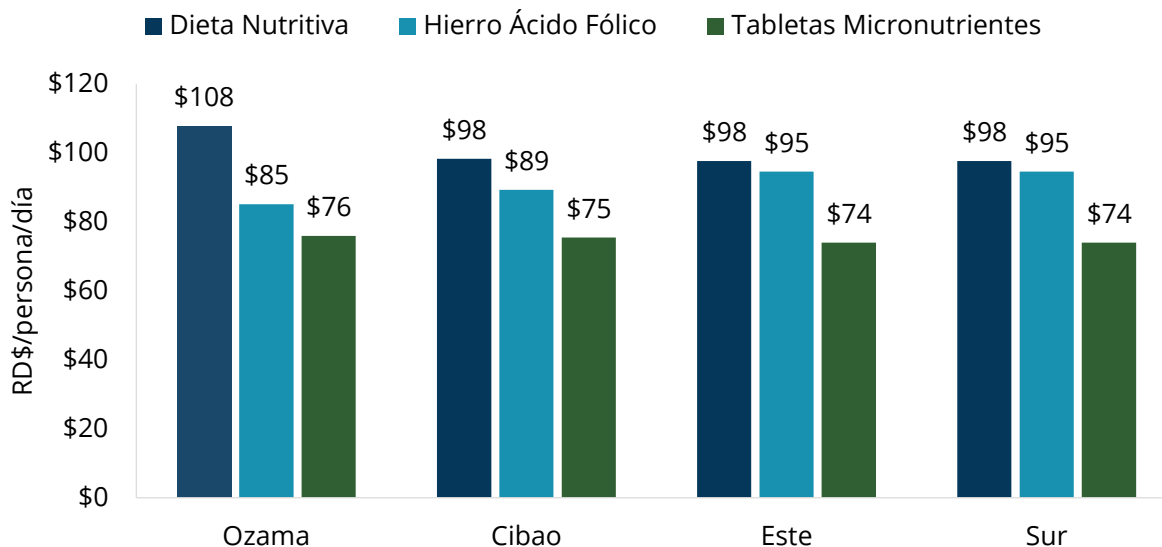


Figura 31. Costo diario de la dieta nutritiva de la mujer lactante con y sin suplementación de hierro y ácido fólico o de tabletas de micronutrientes, diciembre 2019



Mensaje Clave 7 – Fortificación de Alimentos de Consumo Básico

La estrategia de fortificación obligatoria de alimentos básicos, en específico de arroz, mejora significativamente el acceso económico a la Dieta Nutritiva, y ayuda a grupos vulnerables a satisfacer sus requerimientos de micronutrientes.

A nivel global, la mejor manera de evitar las deficiencias de micronutrientes y otras formas de malnutrición es manteniendo una dieta balanceada y diversa, que incluya diferentes grupos de alimentos, tales como frutas y verduras frescas, alimentos integrales y alimentos de origen animal. Sin embargo, esta dieta permanece inaccesible para grandes sectores de la población, ya sea por falta de disponibilidad física o falta de acceso económico. Para eliminar las barreras físicas o económicas a esta dieta de forma sostenible y sustentable para todas las personas, sin importar su ubicación geográfica o nivel socioeconómico, será necesario transformar los sistemas alimentarios mediante inversiones importantes en tiempo, capital humano y recursos económicos.

En tanto se trabaja en estos objetivos de largo plazo, la fortificación de alimentos de consumo básico es una forma de asegurarse que todos los hogares, sin importar su nivel socioeconómico o ubicación geográfica, reciban los micronutrientes que necesitan. La fortificación de alimentos es una intervención rentable, por mejorar la densidad nutricional de las dietas sin requerir cambios radicales en los patrones de consumo o en las cadenas de suministro (OMS and FAO, 2017).

Diferentes productos pueden ser fortificados. Actualmente, la República Dominicana tiene estándares de fortificación obligatorios únicamente para la sal y la harina de trigo (Intercambio Global de Datos de Fortificación, no date). La fortificación de otros productos, incluyendo arroz, se lleva a cabo de manera voluntaria y los mecanismos de aseguramiento de calidad y sistemas de monitoreo aún se encuentran en construcción (Cabral C, 2016).

El arroz es el principal cultivo agrícola en la República Dominicana, y representa una parte importante de las dietas para la mayoría de la población (Food and Agriculture Organization of the United Nations, no date; USDA Foreign Agricultural Service, 2020). La fortificación masiva y obligatoria de arroz con un perfil de micronutrientes adecuado tiene el potencial de contribuir a satisfacer las necesidades de micronutrientes de la población, incluyendo los sectores más vulnerables, quienes no tendrían acceso suficiente a los mismos de otra forma.

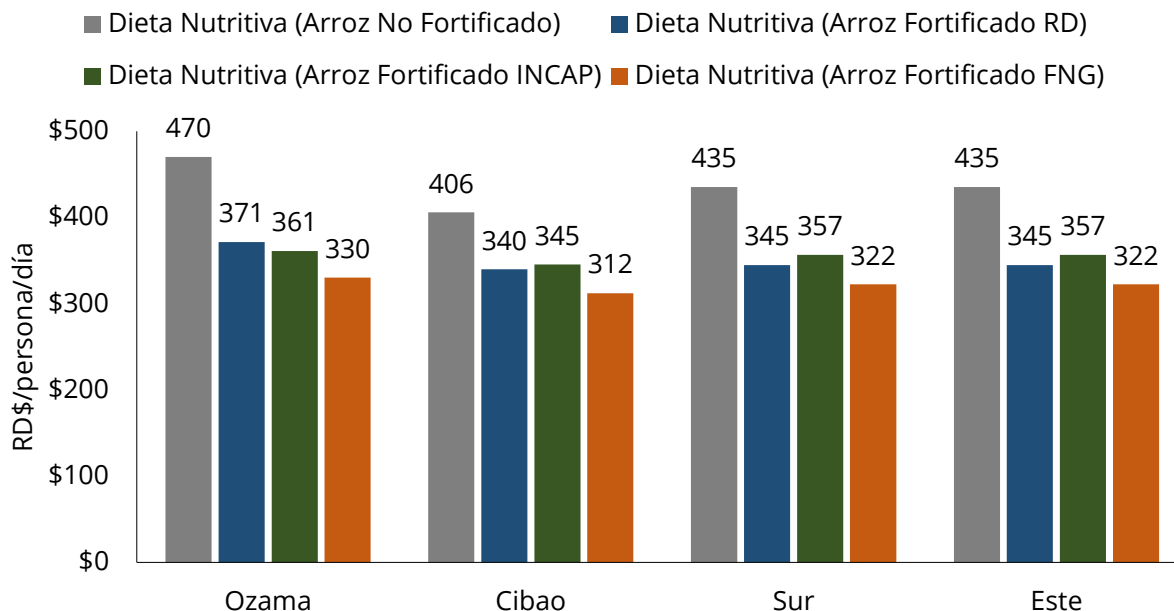
La dieta nutritiva calculada como parte del CotD incluye dos porciones diarias de arroz para los miembros del hogar modelado (sólo una porción para el infante menor de 2 años de edad) con el fin de representar el consumo de alimentos básicos en la dieta dominicana. La dieta nutritiva fue calculada con arroz no fortificado, por no existir información sobre el consumo de arroz fortificado, ni sobre el estándar de fortificación efectivamente utilizado por los productores arroceros.

Con el fin de comprender cuál podría ser el impacto de la fortificación masiva y obligatoria del arroz, calculamos el costo de la dieta nutritiva con arroz fortificado. Se analizaron tres perfiles de fortificación, mismos que se describen a continuación, y con mayor profundidad en el Anexo A – Perfiles Nutricionales de Arroz:

- La actual propuesta de etiquetado nutricional del arroz blanco pulido fortificado para la República Dominicana.
- Aquel proveniente de la Tabla de Composición de Alimentos de Centroamérica del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP, 2012).
- Un potencial perfil de fortificación que incluye un nivel más alto de micronutrientes, basado primordialmente en los estándares de fortificación utilizados por WFP, con el fin de mostrar el potencial de esta intervención.

Dependiendo del perfil de fortificación, el costo de la dieta nutritiva disminuiría entre 19 y 27 por ciento. El impacto más alto lo observamos con el tercer perfil, por ser el de nivel de micronutrientes más alto, en específico de hierro (Figura 32).

Figura 32. Costo diario de la Dieta Nutritiva para el hogar modelado con diferentes perfiles de fortificación de arroz y sin fortificación de arroz, diciembre 2019



La reducción al costo de la dieta nutritiva varía para cada miembro del hogar modelado, dependiendo de los requisitos nutricionales específicos de su edad y sexo. La mayor reducción se observa para la niña adolescente y la mujer en periodo de lactancia, quienes son altamente vulnerables a la malnutrición por tener requisitos nutricionales altos. Para la niña adolescente, la fortificación podría reducir el costo de la dieta nutritiva hasta en 48 por ciento, disminuyendo también su vulnerabilidad a las deficiencias de micronutrientes.

Al disminuir el costo de la dieta nutritiva a nivel del hogar, el acceso económico a ésta mejoraría. Dependiendo del perfil de fortificación, entre 10 y 15 por ciento más de los hogares en la República Dominicana tendrían acceso a la dieta nutritiva (Figura 34). Asimismo, al reducir el costo de la dieta nutritiva para todos los miembros del hogar, la fortificación reduciría la brecha de asequibilidad para esta dieta aún en aquellos percentiles de ingreso que continuarían sin tener acceso económico a la misma.

Figura 33. Costo diario de la Dieta Nutritiva por miembro del hogar modelado con arroz no fortificado y con diferentes perfiles de fortificación de arroz (promedio entre regiones), diciembre 2019

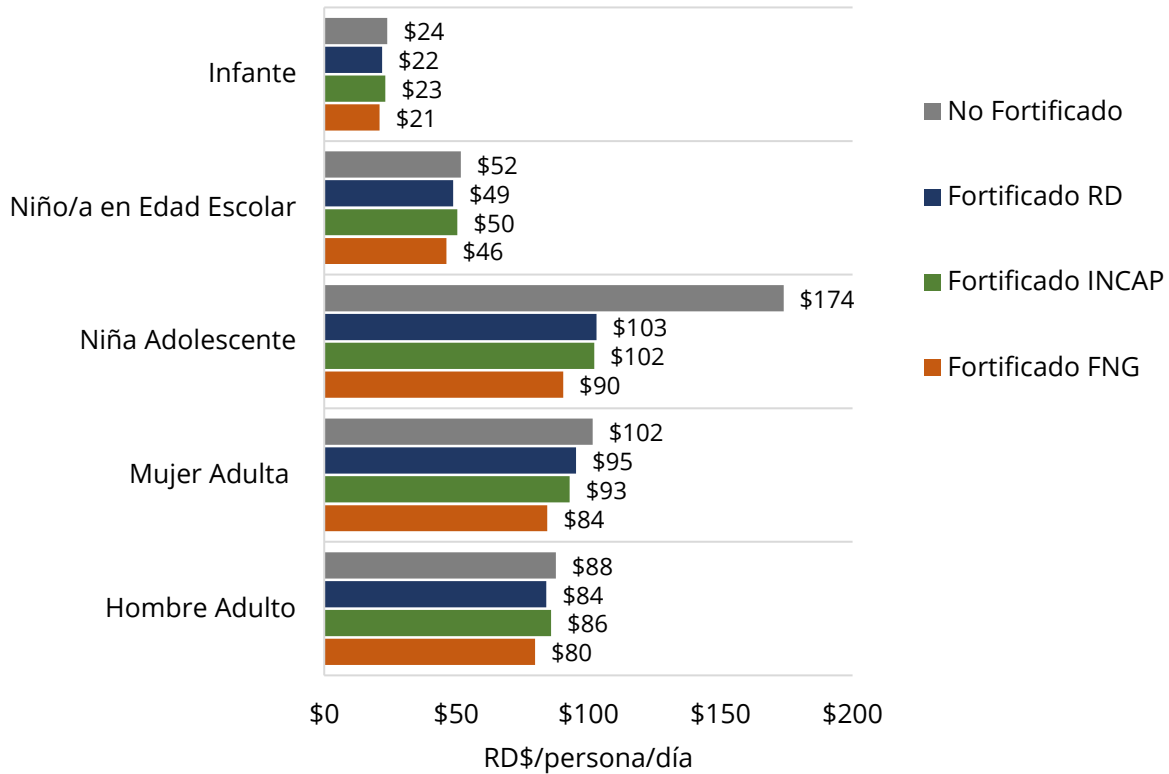
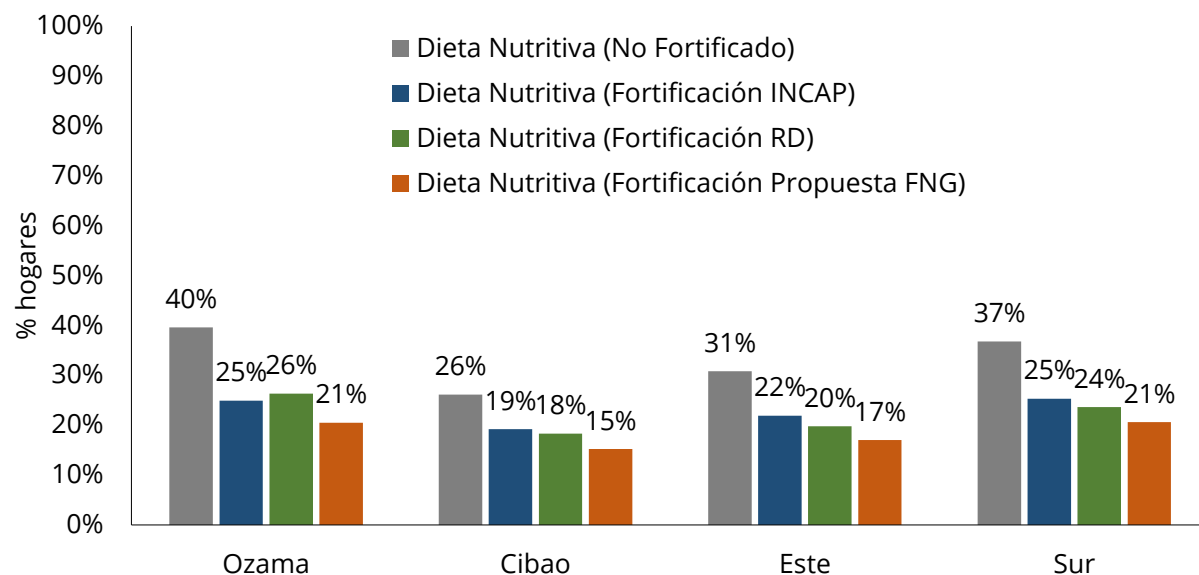


Figura 34. Porcentaje de hogares sin acceso económico a la Dieta Nutritiva con arroz no fortificado y con arroz fortificado con diferentes perfiles de fortificación, diciembre 2019.



Mensaje Clave 8 – Respuesta Multisectorial a COVID-19

La emergencia COVID-19 ha tenido graves consecuencias sanitarias y económicas. Monitorear el Costo de la Dieta provee más información sobre cómo ha afectado los sistemas alimentarios.

América Latina y el Caribe ha sido una zona crítica durante la pandemia COVID-19, y el impacto en la región va más allá de la tasa de mortalidad observada. Las consecuencias en salud y socioeconómicas han sido exacerbados por profundas desigualdades, así como por sistemas de salud fragmentados y por crisis políticas y sociales (ONU, 2020). En esta región, las diferentes dimensiones de vulnerabilidad, tales como el nivel socioeconómico, el género, las discapacidades y la edad, han traído consecuencias catastróficas para ciertos grupos poblacionales (ONU, 2020) (ILO, 2020). Por ende, para poder tener una respuesta que reduzca las consecuencias negativas de forma efectiva para todos los grupos poblacionales, se deben considerar las dimensiones de vulnerabilidad que pueden afectar de forma diferenciada a grupos específicos (de Paz *et al.*, 2020).

Por un lado, las disrupciones a las cadenas de valor a nivel global y la imposición de medidas de contención para disminuir la transmisión del virus han tenido como consecuencia la escasez temporal de ciertos productos o el aumento temporal en los precios de alimentos. Como se menciona anteriormente, los datos utilizados para la línea base del CotD son de diciembre de 2019, previo a la pandemia. Sin embargo, con el fin de monitorear la situación y entender qué tanto las fluctuaciones en los precios de alimentos afectarían el costo de la dieta nutritiva, se acordó incluir dentro del análisis un monitoreo del costo de esta dieta durante el primer trimestre de 2020. Para esto, los precios de alimentos de diciembre 2019 fueron actualizados usando el IPC específico de cada alimento por los meses de enero-abril de 2020. Asumiendo una disponibilidad igual a aquella de diciembre 2019, los precios actualizados de los meses de enero a abril 2020 fueron utilizados en el software CotD para calcular el costo de la dieta nutritiva para cada uno de estos meses. Como se puede observar en las Figura 35 y Figura 36, el costo de la dieta nutritiva aumentó primordialmente en Ozama, donde se encuentra el centro urbano más grande del país, manteniéndose relativamente estable en las otras regiones durante el primer trimestre del 2020.

Figura 35. Evolución del costo de la Dieta Nutritiva con arroz no fortificado durante el primer trimestre de 2020, por región

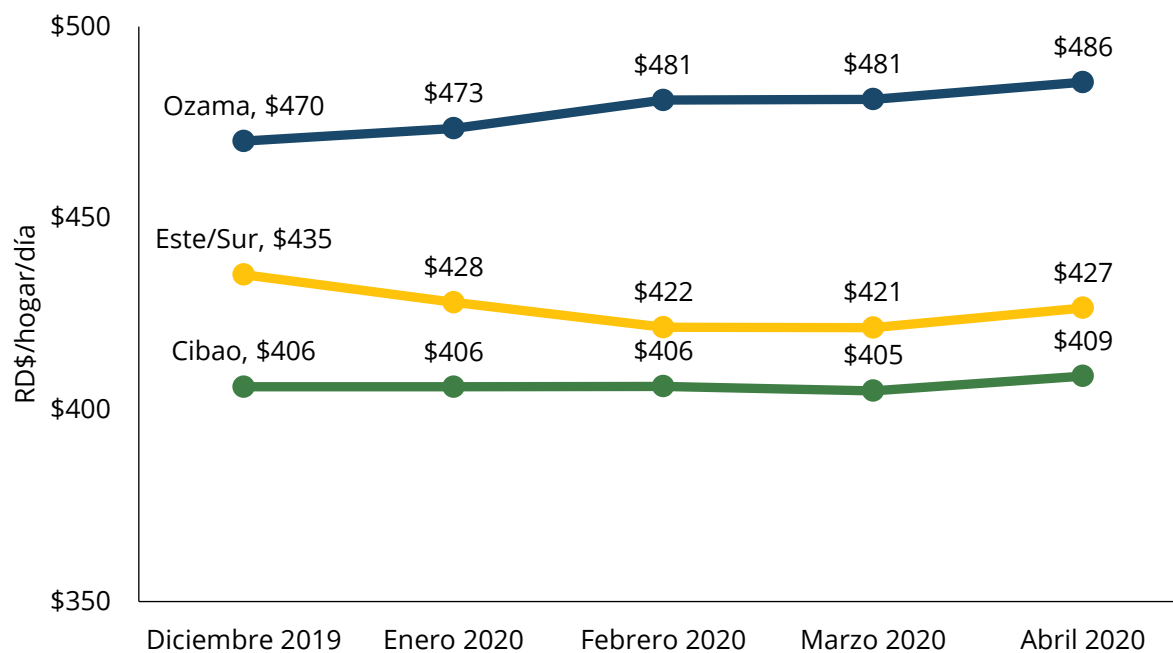
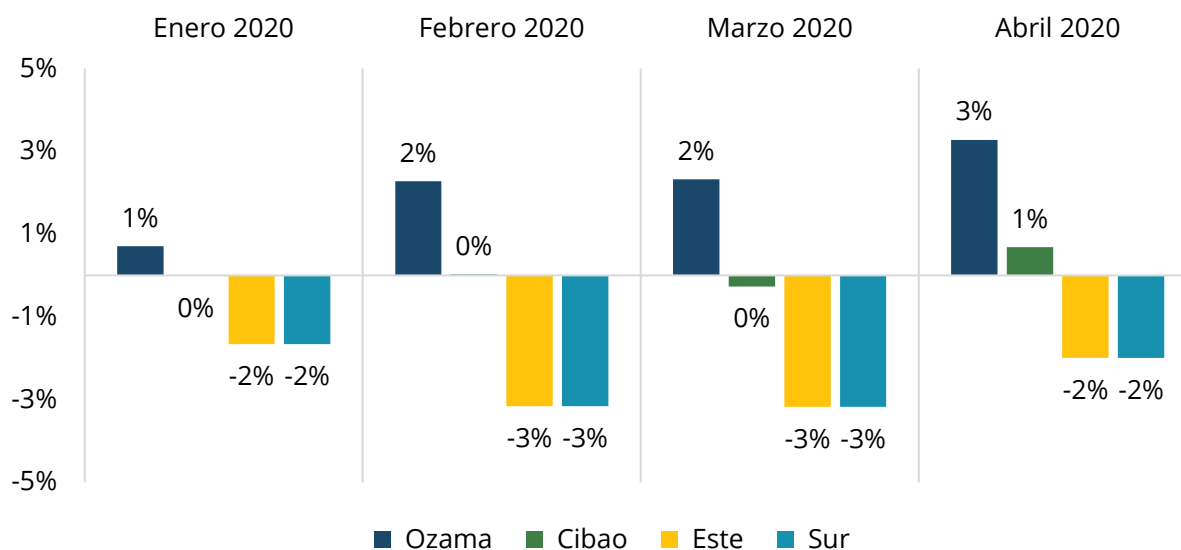
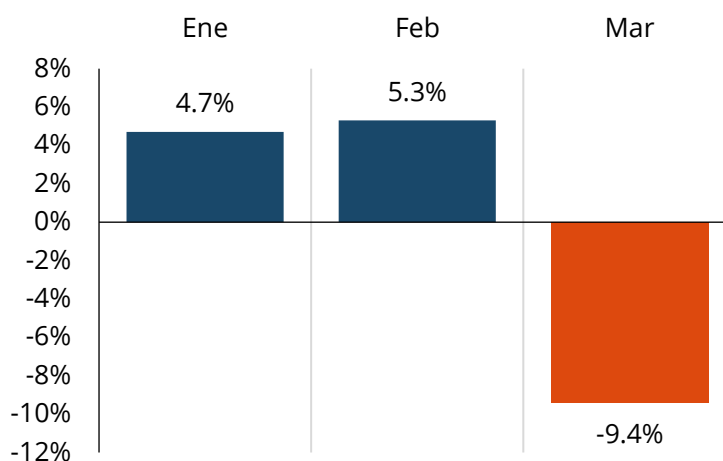


Figura 36. Cambio en el costo de la Dieta Nutritiva durante el primer trimestre de 2020 por región, base diciembre 2019



El impacto económico de la pandemia se refleja también en un decremento en la fuente de ingresos de los hogares. El 17 de marzo de 2020, el Gobierno de la República Dominicana dispuso el cese de todas las actividades comerciales con la excepción de aquellas que se dedican a actividades básicas para la población (ONU República Dominicana, 2020b), reduciendo de forma importante la actividad económica en el país (Figura 37). La desocupación más fuerte se observó en el sector informal (Figura 38), que a su vez tiende a estar correlacionada con menores niveles de ingresos. Por ende, aun si los precios de los alimentos se mantuvieron relativamente estables, el acceso económico a la dieta es peor que aquel de diciembre de 2019. Sin embargo, datos sobre los ingresos y gastos a nivel del hogar en la República Dominicana no existían al momento de realizar el análisis, por lo que fue imposible la asequibilidad de la dieta nutritiva durante el 2020.

*Figura 37. Indicador mensual de actividad económica, primer trimestre 2020
(Fuente: Banco Central de la República Dominicana, 2020).*



Asumiendo una reducción en el gasto en alimentos a nivel hogar equivalente para todos los hogares del país, sin importar su fuente de ingresos o nivel socioeconómico, la asequibilidad de la dieta nutritiva caería. Una reducción en el gasto en alimentos a nivel del hogar del 5 por ciento tendría como consecuencia un incremento de alrededor de 3 puntos porcentuales en el número de hogares sin acceso económico a la dieta nutritiva. Una reducción en el gasto en alimentos del 15 por ciento tendría como consecuencia un incremento de alrededor de 10 puntos porcentuales en el número de hogares que no tendrían acceso a una dieta nutritiva.

Figura 38. Cambio porcentual entre el trimestre IV 2019 y el trimestre I 2020 en población ocupada según rama de actividad económica
(Fuente: Banco Central de la República Dominicana)

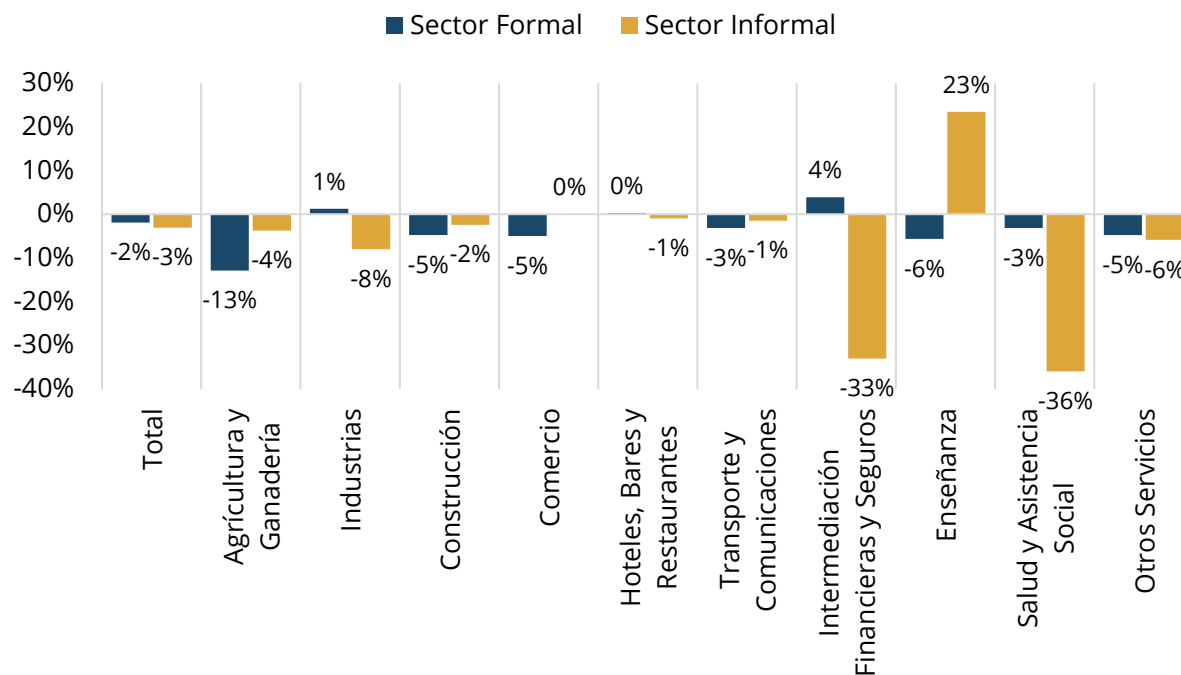
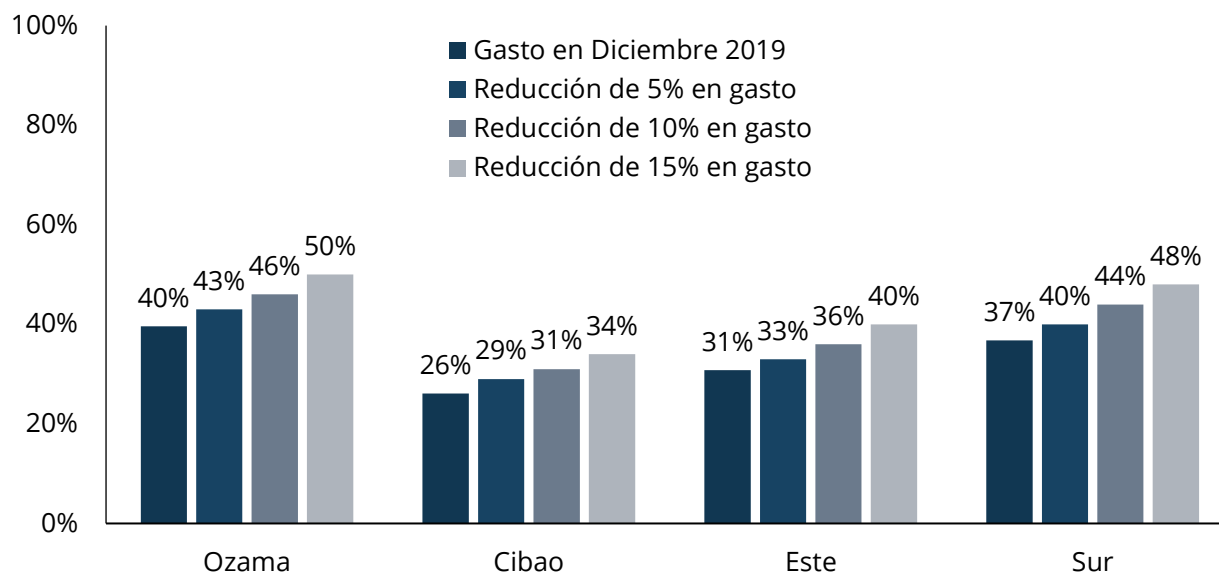


Figura 39. Porcentaje de hogares sin acceso económico a la Dieta Nutritiva en caso de reducciones hipotéticas en nivel de gasto en el hogar.



El sistema de protección social reactivo ha sido clave en los esfuerzos de prevención y mitigación de las consecuencias económicas de la emergencia COVID-19 sobre la seguridad alimentaria y nutricional de la población.

Con el fin de contrarrestar el impacto económico de las medidas de control epidemiológico, el Gobierno de la República Dominicana estableció una respuesta multisectorial orientada, primordialmente al sector formal y a la población de menores ingresos en el país (OIM, 2020). Existen diferentes vías por las que un programa de protección social puede tener un impacto positivo en la seguridad alimentaria y nutrición. Principalmente, los programas de respuesta a COVID-19 en la República Dominicana se enfocaron en:

- Incrementar o mantener el poder adquisitivo de los hogares; o
- Incrementar o mantener la disponibilidad de alimentos nutritivos para el hogar.

Dentro del primer grupo se encuentran, entre otros, el programa “Quédate en Casa” como una expansión vertical y horizontal¹¹ a las intervenciones regulares de que forman parte de Supérate¹² (Ministerio de la Presidencia, 2020; ONU República Dominicana, 2020a), el Fondo de Asistencia Solidaria al Empleado (FASE) y el Programa de Asistencia al Trabajador Independiente (Pa’ Ti).

Mediante Quédate en Casa, 1.5 millones de hogares con escasos recursos recibieron una transferencia de efectivo con un valor de RD\$ 5,000 (RD\$ 7,000 para aquellos hogares de mayor vulnerabilidad), limitada a la adquisición de productos alimenticios y de higiene personal. Esta transferencia cubriría de 34 a 57 por ciento del costo mensual de la Dieta Nutritiva para el hogar modelado (Figura 40). En caso de que hubiera fortificación masiva y obligatoria de arroz y, por ende, el costo de la dieta nutritiva fuera menor, la transferencia Quédate en Casa cubriría de un 45 a un 67% del valor de la dieta nutritiva (Figura 41).

¹¹ La expansión vertical del programa se llevó a cabo mediante el aumento en el monto de la transferencia a RD\$5,000 o RD\$7,000 para familias más vulnerables. La expansión horizontal del programa se llevó a cabo mediante la inclusión de más hogares dentro de los beneficiarios del programa, hasta alcanzar a 1.5 millones de personas.

¹² En ese momento denominado “Prosoli” o “Progresando con Solidaridad”

Figura 40. Costo mensual de la dieta nutritiva para el hogar modelado (con arroz no fortificado) durante el primer trimestre de 2020, comparado contra la transferencia Quédate en Casa.

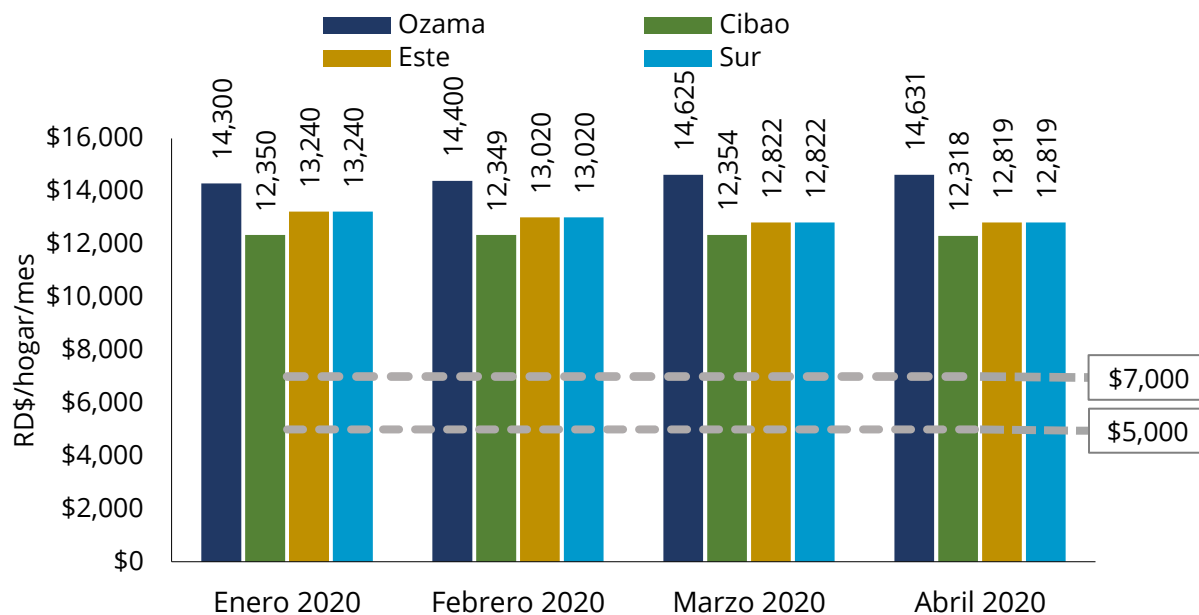
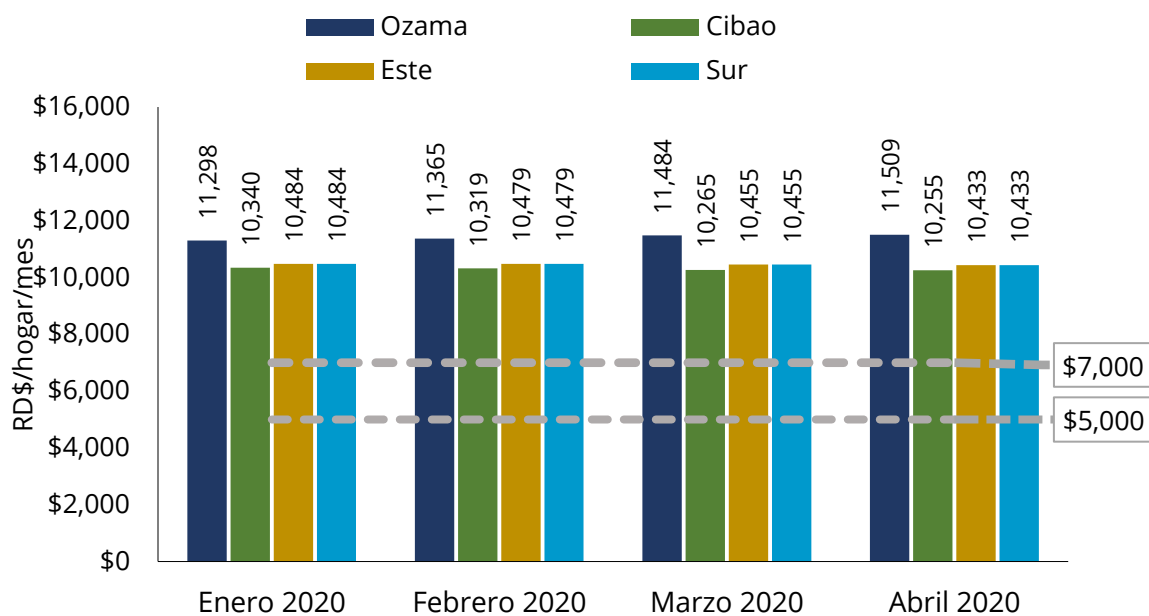


Figura 41. Costo mensual de la dieta nutritiva para el hogar modelado (con arroz fortificado) durante el primer trimestre de 2020, comparado contra la transferencia Quédate en Casa.



El impacto en nutrición y seguridad alimentaria de la transferencia depende del entorno alimentario, de las decisiones de gasto tomadas a nivel del hogar, y de la distribución intrafamiliar de los alimentos adquiridos. A pesar de que la transferencia “Quédate en Casa” está limitada, las posibles opciones incluyen alimentos de bajo contenido nutricional y con alto contenido calórico, como azúcares, dulces y bebidas azucaradas (jugos, refrescos u otras bebidas con azúcares añadidos). También, los hogares están limitados por su entorno alimentario. De no haber alimentos frescos y nutritivos a su alcance, los hogares no podrían consumirlos aun teniendo los recursos para hacerlo.

Es necesario que las transferencias en efectivo estén acompañadas de estrategias de SBC para contribuir a que los hogares tomen decisiones de gasto y consumo informadas, que respondan a sus necesidades nutricionales. Además, las estrategias de SBC pueden contribuir a la formación de hábitos favorables para el hogar, como prácticas de higiene, impulsar la formación de hábitos de ejercicio y actividad física, y fomentar la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en las labores del hogar.

Dentro del segundo grupo de programas de protección social, como aquellos que buscan incrementar la disponibilidad de alimentos nutritivos para el hogar, se encuentran el Programa de Asistencia Social de la Presidencia (PASP), los Comedores Económicos y la Canasta del Programa de Alimentación Escolar (PAE).

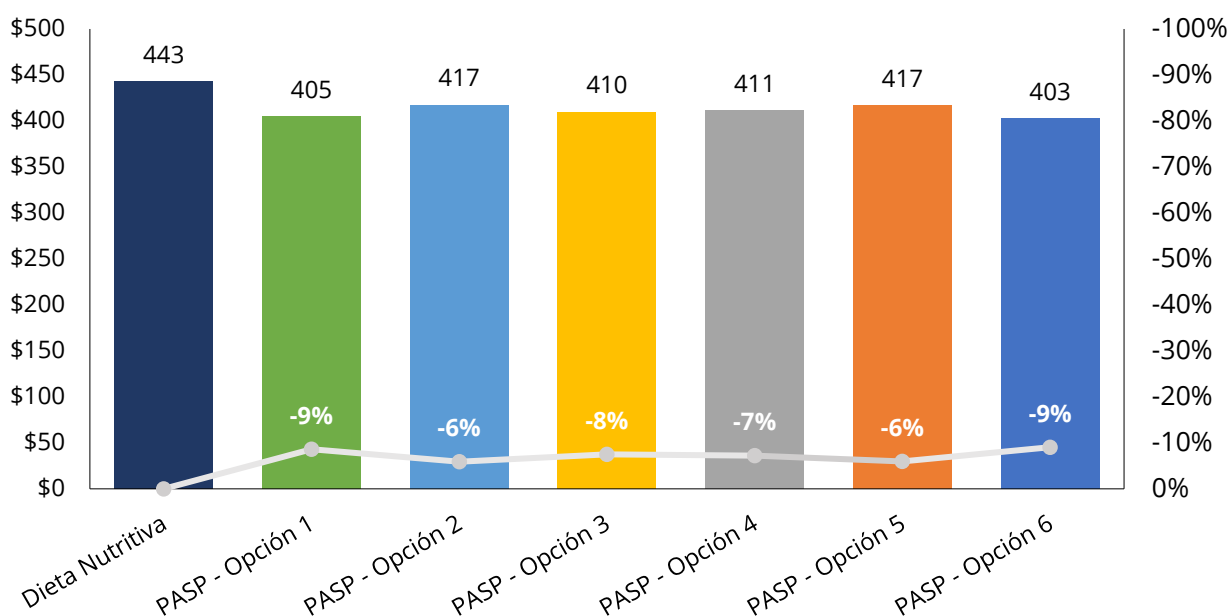
La canasta del PASP incluye una variedad de alimentos dependiendo de la disponibilidad. Dentro de las opciones de alimentos nutritivos se encuentran legumbres (gandules o habichuelas), alimentos de origen animal (salami, sardinas o atún). Asimismo, incluye granos y derivados (pasta y arroz) y aceite. No obstante, la canasta PASP también incluye opciones que pueden contribuir al creciente problema de la doble carga de malnutrición en el país. Estos alimentos, de bajo contenido nutricional y alto contenido calórico, son azúcar crema, y la opción de chocolate en barra, cereales (si es que estos son azucarados) o galletas.

El impacto de la Canasta PASP sobre la dieta nutritiva depende, por ende, de los alimentos que ésta incluya. Para modelar esta intervención en CotD, elegimos 6 opciones de canasta distintas (Tabla 2. Contenido de las diferentes opciones de canasta PASP modeladas en CotDTabla 2).

Tabla 2. Contenido de las diferentes opciones de canasta PASP modeladas en CotD

Opción 1 • Gandules Verdes • Salami guisado • Pasta • Arroz • Azúcar crema • Aceite • Cereal	Opción 2 • Gandules Verdes • Tuna en aceite • Pasta • Arroz • Azúcar crema • Aceite • Sazón en polvo	Opción 3 • Gandules Verdes • Sardinas • Pasta • Arroz • Azúcar crema • Aceite • Leche evaporada
Opción 4 • Habichuelas Rojas • Sardinas • Pasta • Arroz • Azúcar crema • Aceite • Cereal	Opción 5 • Habichuelas Rojas • Tuna en aceite • Pasta • Arroz • Azúcar crema • Aceite • Sazón en polvo	Opción 6 • Habichuelas Rojas • Salami guisado • Pasta • Arroz • Azúcar crema • Aceite • Leche evaporada

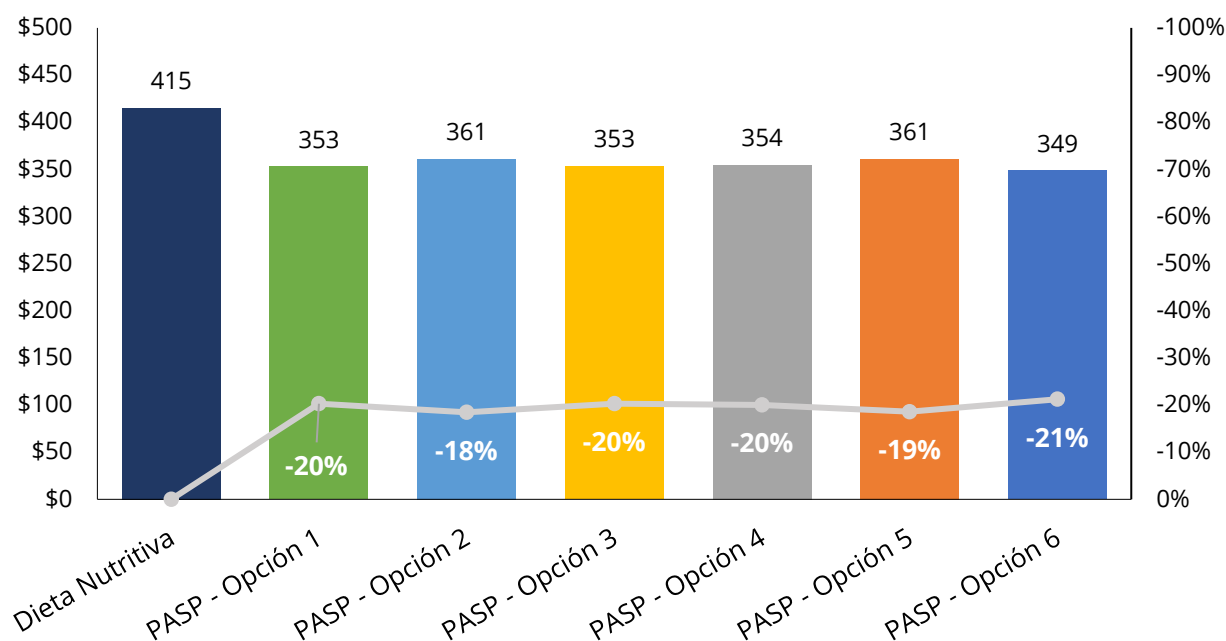
Figura 42. Costo diario de la dieta nutritiva para el hogar modelado (arroz no fortificado) por opción de canasta del PASP (con arroz no fortificado) y decremento porcentual, abril 2020



Como se observa en la Figura 42, ciertas opciones podrían tener un mayor impacto en el costo de la dieta nutritiva. Sin embargo, este impacto también dependerá de la distribución de los alimentos dentro del hogar. El modelaje se realizó utilizando una distribución estándar de cada alimento basada en el requerimiento de energía de cada miembro del hogar modelado. En caso de que la distribución de las canastas implique que ciertos miembros vulnerables no reciben alimentos nutritivos, el impacto de la canasta en el costo de la dieta nutritiva sería menor.

La fortificación de alimentos es una estrategia fundamental en aquellos casos en que las transferencias en especie, por cuestiones de logística, urgencia u otras, están compuestas primordialmente de alimentos no perecederos y no pueden incluir alimentos frescos. A pesar de que la canasta PASP y la canasta PAE disminuiría entre el 6 y el 10 por ciento el costo de la dieta nutritiva para el hogar modelado, este impacto podría ser entre 11 y 13 puntos porcentuales mayor de asegurarse que el arroz incluido en la canasta sea fortificado (Figura 43). Asegurarse que todas las compras públicas de arroz, para el uso en programas de protección y asistencia social, sean fortificados, puede por ende potencializar el impacto de estos en materia de seguridad alimentaria y nutrición.

Figura 43. Costo diario de la dieta nutritiva para el hogar modelado (con arroz no fortificado) por opción de canasta del PASP (con arroz fortificado conforme a las especificaciones vigentes en la República Dominicana), y decremento porcentual, abril 2020



Por otro lado, la Canasta PAE buscó limitar el impacto de los cierres escolares y la consecuente suspensión del Programa de Alimentación Escolar, mediante una transferencia de alimentos en especie para su consumo en el hogar. Esta Canasta está compuesta de granos y derivados, legumbres, pescados enlatados, leche y aceite, contemplando un consumo de estos alimentos para todo el hogar. Es importante guiar a los hogares sobre cuáles de los alimentos provistos deberían ser prioritariamente consumidos por los niños y niñas, y los y las adolescentes.

Al dividirse el contenido de la Canasta PAE conforme a porciones estándar basadas en los requerimientos de energía de cada miembro del hogar, ésta ayudaría a reducir el costo de la dieta nutritiva entre 8 y 11 por ciento (Figura 44). Al igual que la Canasta PASP, la Canasta PAE no contiene alimentos frescos. Asimismo, de haberse incluido arroz fortificado en la Canasta PAE, el impacto podría haber sido mayor (Figura 45).

Figura 44. Costo diario de la dieta nutritiva para el hogar modelado (arroz no fortificado) con y sin canasta PAE (con arroz no fortificado), abril 2020.

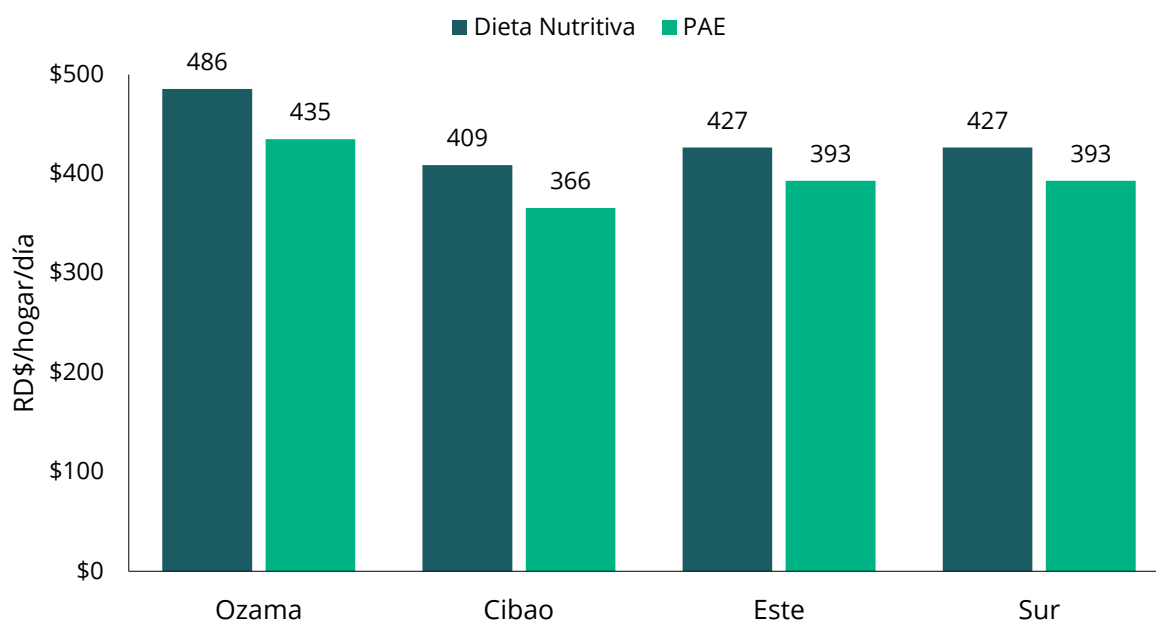
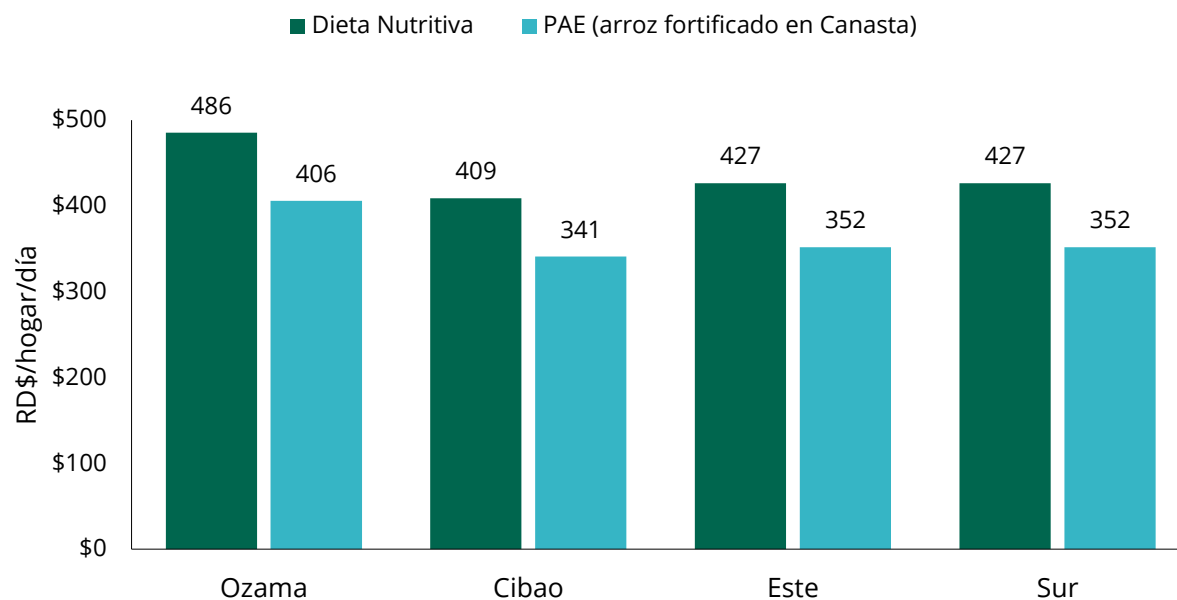


Figura 45. Costo diario de la dieta nutritiva para el hogar modelado (arroz no fortificado) con y sin canasta PAE (con arroz fortificado), abril 2020.



Mensaje Clave 9

Acabar con la malnutrición en la República Dominicana requerirá del esfuerzo conjunto y trabajo coordinado de diferentes sectores, atendiendo de forma priorizada a la población más vulnerable, y teniendo en cuenta sus necesidades y barreras específicas.

A pesar de ser un país con un fuerte desarrollo económico en las últimas décadas, la asequibilidad de la dieta nutritiva continúa siendo una fuerte barrera para muchos hogares en la República Dominicana. Diferentes instituciones han implementado programas con el fin de mejorar la situación nutricional, pero estos esfuerzos han sido de manera segmentada y sin tomar en cuenta las diferentes formas en las que puede presentarse la malnutrición.

Existe una creciente amenaza de sobrepeso y obesidad que no ha sido aún reconocida en las políticas públicas y programas sociales. Asimismo, agravantes como la pandemia COVID-19 implican que aquellos hogares que no tenían acceso económico a la dieta nutritiva están ahora aún más lejos de alcanzarla. Con el conocimiento de que la falta de acceso económico es una causa común para todas las formas de malnutrición, mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en la República Dominicana requerirá, al mismo tiempo, cambiar comportamientos y prácticas alimentarias, y mejorar la asequibilidad y disponibilidad de alimentos nutritivos. Esto resulta imposible sin un esfuerzo coordinado y conjunto entre los sectores de salud, educación, protección social, agricultura y sector privado.

Los resultados del análisis FNG demuestran los posibles beneficios de las diferentes intervenciones, resaltando también las vulnerabilidades de los diferentes grupos que deben ser atendidas de forma prioritaria. Intervenciones como la fortificación del arroz, suplementación con micronutrientes, y transferencias monetarias y en especie pueden tener un fuerte impacto si son diseñadas e implementadas de forma adecuada, tomando en cuenta también la necesidad de educación nutricional y cambio social y de comportamiento. Los programas con efectos en materia de seguridad alimentaria y nutrición existentes en el país tienen un amplio potencial para mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en la República Dominicana. Un ejercicio de priorización de intervenciones y coordinación entre sectores podrá ayudar al país a alcanzar sus metas en materia de nutrición.

Estrategias de Apropiación de los Resultados del Análisis

Validación de los Resultados y Generación de Recomendaciones

El taller de validación de los resultados del FNG se sostuvo el 10 de diciembre de 2020. Este taller contó con la participación de 34 personas, representantes de distintos sectores y grupos interesados, incluyendo ADESS, CONANI, CONAPE, CONAVIHSIDA, FAO, INABIE, INAPI, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Educación, Ministerio de la Mujer, Ministerio de Salud Pública, PROPEEP, SIUBEN, UNICEF,

Al inicio del taller, los participantes fueron divididos en 7 mesas de trabajo dependiendo de su perfil y organización, con el fin de fomentar la participación y la discusión de los resultados. Al finalizar la presentación por el equipo técnico de FNG, se solicitó a los diferentes grupos lo siguiente:

- Qué datos o hallazgos del FNG les llamó más la atención y/o fueron de mayor utilidad; y
- Cuáles serían las recomendaciones y siguientes pasos con el fin de hacer frente a los resultados del análisis, y qué se requeriría para su implementación.

Como se observa en la Tabla 3, a la mayoría de los participantes les sorprendió el alto porcentaje de personas sin acceso económico a una dieta nutritiva, así como la alta vulnerabilidad de la niña adolescente y de la mujeres embarazada o lactante a la malnutrición. Distintas mesas de trabajo enfatizaron la necesidad de mejorar la educación nutricional en todos los sectores, la necesidad de ajustar y generar políticas públicas y regulación que promueva la producción y el consumo de alimentos nutritivos, y desincentive la producción y consumo de alimentos procesados con alto contenido de grasas y azúcares.

Los participantes propusieron una serie de acciones basados en los resultados del estudio, con el fin de proveer una guía para la implementación de acciones en favor de la seguridad alimentaria y nutrición en la República Dominicana. En específico, los participantes propusieron:

- Mejorar la focalización de los programas dedicados a los grupos poblacionales más vulnerables a la malnutrición
- Incluir a las adolescentes de forma transversal en las políticas públicas y programas sociales
- Promover, ampliar y diversificar el programa de lactancia materna a nivel nacional, incluyendo la educación sexual y reproductiva en el sistema educativo
- Crear un mecanismo de monitoreo, evaluación y seguimiento del programa de lactancia materna
- Crear mesas de trabajo que incluyan a distintos sectores involucrados en la generación e implementación de políticas públicas con los sectores que puedan formular políticas públicas que generen los reales cambios
- Involucrar a los productores de alimentos y establecer mecanismos de supervisión de calidad de alimentos. Trabajar con el sector privado en objetivos comunes en favor de la nutrición

Tabla 3. Descripción de los resultados del trabajo en las distintas mesas

Grupo	Datos o hallazgos del FNG de mayor utilidad	Recomendaciones y siguientes pasos, y requerimientos para su implementación
1	• Baja prevalencia de la lactancia materna exclusiva • Brecha en educación sobre la lactancia materna, en concientización de medios y políticas empresariales • Políticas publicitarias y el interés empresarial inciden en contra de la lactancia materna exclusiva y nutrición	• Un proceso de concienciación real sobre lactancia materna • Establecer mecanismos de asistencia a madres sobre lactancia materna • Mejorar la focalización de programas de distancia • Presentar hallazgos a las personas que inciden en la toma de decisiones
2	• Hábitos de consumo y alimentación de la población dominicana • Costo de la dieta nutritiva para las niñas adolescentes • Baja prevalencia de la lactancia materna en el país • Impacto de la anemia en mujeres embarazadas • La triple carga de la malnutrición en la República Dominicana	• Incluir a adultos mayores en los grupos prioritarios de programas sociales • Mejorar la coordinación entre el gobierno y el sector privado en las intervenciones y políticas sociales
3	• Costo de la dieta de los y las adolescentes • El abordaje de la fortificación de arroz • El costo de la doble carga de la malnutrición en el país, que fue de casi 2 mil millones de USD	• Incrementar componentes de nutrición en programas de asistencia social • Trabajar con, y tener una mayor supervisión de, la industria de alimentos • Hacer mesas de trabajo con los sectores que puedan formular políticas públicas para generar cambios reales • Establecer mecanismos de supervisión de calidad para los productores de alimentos que se consideran nutritivos

4	• El costo de la dieta nutritiva no es asequible para el 30% de la población en el país • La baja prevalencia de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad	• Establecer estrategias de comunicación focalizadas para promover el apoyo a las madres lactantes dentro del círculo familiar, evidenciando el costo y consecuencias de una inadecuada lactancia materna • Trabajar en el currículo escolar para incluir educación nutricional y salud • Establecer políticas que mejoren la asequibilidad de los alimentos nutritivos, incluyendo la promoción de producción de vegetales. • Trabajar con el sector privado para reducir el contenido de grasas y azúcares en alimentos procesados • Establecer una ley de etiquetado de alimentos, que incluya regulación respecto a la promoción de alimentos procesados dirigido a niños • Promover la inclusión de alimentos frescos y nutritivos en cadenas de cadenas de comida rápida
5	• La dinámica familiar y la necesidad de educación para una alimentación adecuada • La necesidad de cultura y educación alimentaria • La vulnerabilidad de la mujer adolescente embarazada o lactante • El potencial del Súper Cereal para reducir el costo de la dieta nutritiva de la mujer lactante • El potencial de la fortificación del arroz para mejorar el acceso a micronutrientes para el hogar	• Promover, ampliar y diversificar el programa de promoción de la lactancia materna a nivel nacional, incluyendo la educación sexual y reproductiva en el sistema educativo. Crear un mecanismo de monitoreo, evaluación y seguimiento del programa • Focalizar el programa a familias polinucleares, y familias en situación de pobreza y vulnerabilidad • Promover políticas públicas que mejoren el acceso a la alimentación nutritiva • Establecer regulación dirigida a los procesadores industriales de arroz en materia de fortificación

6	• La existencia de la doble carga de la malnutrición, con creciente obesidad y sobrepeso y una alta prevalencia de deficiencias de micronutrientes • La vulnerabilidad de la mujer a la malnutrición, y como se agrava durante la adolescencia, embarazo o lactancia • Alto índice de la población sin acceso económico a una dieta nutritiva (1 de cada 3 personas)	• Incluir a las adolescentes embarazadas como grupo prioritario en políticas públicas • Priorizar la compra y transferencia de alimentos nutritivos en los programas sociales • Fortalecer la educación nutricional y alimentaria en todos los niveles para fortalecer una cultura alimentaria positiva en toda la familia
----------	--	--

Proceso de Implementación y Mapa de Ruta

El proceso de implementación de las recomendaciones del FNG se encuentra en fase de desarrollo. Ha consistido en una serie de eventos y reuniones desarrollados a partir de la validación de los resultados e insumos generados por las distintas mesas de trabajo, según lo descrito en la sección anterior.

Durante el mes de junio de 2021, WFP y SETESSAN llevaron a cabo una serie de reuniones bilaterales con las siguientes instituciones clave para la implementación de actividades con efectos sobre la seguridad alimentaria y nutricional:

1. Ministerio de Salud Pública
2. Ministerio de la Mujer
3. INABIE
4. INAPI
5. Supérate

El objetivo de estas reuniones fue tener un conversatorio sobre los resultados del análisis, las recomendaciones del taller de validación, y los programas existentes o potenciales que podrían ser implementados y generar una hoja de ruta común para hacer frente a la brecha de nutrientes existente en el país. Para lograr este objetivo, el conversatorio se enfocó en aquellas acciones a nivel institucional que se espera tengan un impacto sobre cada uno de los resultados clave del FNG. Asimismo, con el reconocimiento de que generar cambios positivos en favor de la seguridad alimentaria y nutrición de la población dominicana requerirá de un trabajo coordinado y conjunto entre diferentes instituciones público y privadas, se conversó sobre las distintas sinergias que se pueden generar entre las distintas instituciones y los actores que se deben involucrar para la adecuada implementación de cada acción.

Basado en los insumos generados hasta esta fecha, los siguientes próximos pasos pueden ser puntualizados en:

1. Definir una estrategia y un plan de trabajo conjunto, coordinado por CONASSAN, para garantizar el acceso a una dieta nutritiva a los grupos vulnerables en el país
2. Implementar mesas de trabajos que involucren a actores del sector público y privado de distintos sectores, para la formulación, implementación y monitoreo de políticas públicas específicas que atiendan las distintas problemáticas identificadas
3. Mejorar la coordinación de las distintas intervenciones y de políticas de asistencia social entre actores del sector público y del sector privado, ya sea mediante las mesas de trabajo u otros mecanismos
4. Mejorar la focalización, estrategias y alcances de los programas de asistencia social, e asegurándose que los distintos componentes de éstos sean sensibles a la nutrición y no contribuyan a una creciente problemática de la doble carga de la malnutrición

Siglas y Acrónimos

BCRD	Banco Central de la República Dominicana
CeP	Comer es Primero
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CICS	Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna aprobado en 1981 por la Asamblea Mundial de la Salud
CONASSAN	Consejo para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional
CotD	<i>Cost of the Diet</i> o, en español, Costo de la Dieta
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
FNG	<i>Fill the Nutrient Gap</i> o, en español, Cerrando la Brecha de Nutrientes
GBD	<i>Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors</i> o, en español, la Carga Mundial de la Morbilidad, Lesiones y Factores de Riesgo, del Instituto para la Medición y la Evaluación de la Salud
GNR	<i>Global Nutrition Report</i>
IMC	Índice de Masa Corporal
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
IPC	Índice de Precios al Consumidor
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
Prosoli	Programa Progresando con Solidaridad
SBC	Cambio Social y de Comportamiento
SETESSAN	Secretaría Técnica para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WFP	Programa Mundial de Alimentos o <i>World Food Programme</i> , en inglés

Bibliografía y Referencias

- Ahmed, F. *et al.* (2005) 'Efficacy of twice-weekly multiple micronutrient supplementation for improving the hemoglobin and micronutrient status of anemic adolescent schoolgirls in Bangladesh', *The American journal of clinical nutrition*, 82(4), pp. 829–835. doi: 10.1093/AJCN/82.4.829.
- Black, R. E. *et al.* (2013) 'Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries', *The Lancet*. Lancet Publishing Group, pp. 427–451. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60937-X.
- Bose, I. *et al.* (2021) 'The difficulty of meeting recommended nutrient intakes for adolescent girls', *Global Food Security*, 28. doi: 10.1016/j.gfs.2020.100457.
- Cabral C, A. (2016) *Análisis de Situación de País para la Fortificación del Arroz: República Dominicana*. Santo Domingo de Guzmán.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2014) *Encuesta Demográfica y de Salud 2013 República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana. Available at: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR292/FR292.pdf>.
- Decreto 377-21* (2021). Santo Domingo de Guzmán : Presidencia de la República . Available at: <https://www.superate.gob.do/wp-content/uploads/2021/09/Decreto-377-211.pdf> (Accessed: 8 October 2021).
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (no date) *FAOSTAT, 2021*. Available at: <https://www.fao.org/faostat/en/#data>.
- Fraser, A. M., Brockert, J. E. and Ward, R. H. (1995) 'Association of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes', *New England Journal of Medicine*, 332(17), pp. 1113–1118. doi: 10.1056/nejm199504273321701.
- Global Nutrition Report Country Nutrition Profile: Dominican Republic* (2020). Bristol, UK. doi: 10.1038/s41586-019-1878-8.Notes.
- Hawkes, C. and Thow, A. M. (2008) 'Implications of the Central America-Dominican Republic-Free Trade Agreement for the nutrition transition in Central America', *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 24(5), pp. 345–360. doi: 10.1590/S1020-49892008001100007.
- Horta, B. L., Mola, C. L. de and Victora, C. G. (2015) 'Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis', *Acta Paediatrica*, 104, pp. 30–37. doi: 10.1111/APA.13133.
- ILO (2020) *Impact of lockdown measures on the informal economy*. Geneva. Available at: http://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/informal-economy/publications/WCMS_743523/lang--en/index.htm (Accessed: 8 October 2021).
- INCAP (2012) *Tabla de Composición de Alimentos de Centroamérica*. Second Edi. Guatemala.

Cerrando la Brecha de Nutrientes – República Dominicana

Intercambio Global de Datos de Fortificación (no date) *Panel de Control: República Dominicana*. Available at: https://fortificaciondatos.org/panel-de-control-fortificacion-por-paises/?alpha3_code=DOM&dashboardView=food&lang=es (Accessed: 11 October 2021).

Kristensen-Cabrera, A. *et al.* (2019) 'Factors Associated with the Practice of Breastfeeding in Santo Domingo, Dominican Republic', *Public Health Review*, 2(2). Available at: <https://pubs.lib.umn.edu/index.php/phr/article/view/1620/1567>.

Ley No. 8-95 que declara como prioridad nacional la Promoción y Fomento de la Lactancia Materna (1994). Santo Domingo, República Dominicana: Congreso Nacional.

Ministerio de la Presidencia (2020) *Para beneficiarios de planes sociales — Coronavirus República Dominicana: Coronavirus República Dominicana*. Available at: <https://coronavirusrd.gob.do/para-beneficiarios-de-planes-sociales/>.

Ministerio de Salud Pública (2017) *Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna y la Ley 8-95 Junio Septiembre 2017 República Dominicana*. Santo Domingo de Guzmán. Available at: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1371>.

National Research Council and Institute of Medicine (2009) *Adolescent Health Services: Missing Opportunities*. Edited by R. S. Lawrence, J. Appleton Gootman, and L. J. Sim. Washington, D.C.: The National Academies Press. Available at: https://books.google.it/books?hl=en&lr=&id=HEpdUJ4ZJJoC&oi=fnd&pg=PR1&dq=adolescent+health+services:+a+missed+opportunity&ots=yUVFfnorVH&sig=qH7dolxwyPNWhU1luL_bOnvh1Qg&redir_esc=y#v=onepage&q=adolescent health services%3A a missed opportunity&f=false (Accessed: 8 October 2021).

OIM (2020) *Realidades y Desafíos de la Población Migrantes en República Dominicana en el Contexto de las Medidas Frente al COVID-19*. Santo Domingo.

OMS and FAO (2017) *Guías para la fortificación de alimentos con micronutrientes*. Edited by L. Allen et al. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/9241594012/es/> (Accessed: 15 February 2021).

ONU (2020) *Informe: El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe, Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios -OCHA*. Available at: https://reliefweb.int/report/world/informe-el-impacto-del-covid-19-en-am-rica-latina-y-el-caribe-julio-2020%0Ahttps://peru.un.org/sites/default/files/2020-07/SG_Policy_brief_COVID_LAC%28Spanish%29_10_July_0.pdf.

ONU República Dominicana (2020a) *Plan Estratégico de Respuesta a COVID-19. República Dominicana*.

ONU República Dominicana (2020b) *República Dominicana: COVID-19. Reporte de Situación No. 01 (al 4 de mayo 2020)*. Santo Domingo de Guzmán.

de Paz, C. *et al.* (2020) *Policy Note. Gender dimensions of the COVID-19 pandemic*. Available at: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/618731587147227244/pdf/Gender-Dimensions-of-the-COVID-19-Pandemic.pdf> (Accessed: 8 October 2021).

Cerrando la Brecha de Nutrientes – República Dominicana

PNUD (2017) *Desarrollo Humano en República Dominicana. Embarazo Adolescente: Un Desafío Multidimensional para Generar Oportunidades en el Ciclo de Vida.*, Diciembre. Santo Domingo, República Dominicana. Available at:
https://www.undp.org/content/dam/dominican_republic/docs/odh.

Pullar, J. *et al.* (2019) 'The impact of maternal nutrition on offspring's risk of non-communicable diseases in adulthood: a systematic review', *Journal of Global Health*, 9(2). doi: 10.7189/JOGH.09.020405.

Thow, A. M. and Hawkes, C. (2009) 'The implications of trade liberalization for diet and health: a case study from Central America', *Globalization and health*, 5. doi: 10.1186/1744-8603-5-5.

UNDP (2021) *Gender Inequality Index (GII) | Human Development Reports*. Available at:
<http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii> (Accessed: 8 October 2021).

USDA Foreign Agricultural Service (2019) *Dominican Republic Retail Foods Expanding Presence of U.S. Products in DR Retail Sector*.

USDA Foreign Agricultural Service (2020) *Dominican Republic: Grain and Feed Annual* . Available at:
<https://www.fas.usda.gov/data/dominican-republic-grain-and-feed-annual-4> (Accessed: 11 October 2021).

Vicepresidencia de la República Dominicana (2017) *Progresando con Solidaridad. Plan Estratégico 2017-2020*. Santo Domingo, República Dominicana.

Vos, T. *et al.* (2020) 'Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019', *The Lancet*, 396(10258), pp. 1204–1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.

WFP (2019) *El Costo de la Doble Carga de la Malnutrición. Impacto Social y Económico. República Dominicana*.

WHO (2018) *Weekly Iron and Folic Acid Supplementation as an Anaemia-Prevention Strategy in Women and Adolescent Girls. Lessons Learnt from Implementation of Programmes Among Non-Pregnant Women of Reproductive Age*. Geneva. Available at:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274581/WHO-NMH-NHD-18.8-eng.pdf>.

World Bank Group (2021) *DataBank | World Development Indicators, The World Bank*. Available at:
<https://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators> (Accessed: 18 January 2019).

Yan, J. *et al.* (2014) 'The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis', *BMC Public Health*, 14(1). doi: 10.1186/1471-2458-14-1267.

Cerrando la Brecha de Nutrientes

República Dominicana

Anexos al Reporte

Anexo A – Perfiles Nutricionales de Arroz

Descripción	Arroz Blanco, Pulido, Sin Enriquecer	Arroz Blanco, Pulido, Enriquecido	Arroz Blanco Pulido, Fortificado	Arroz Blanco Pulido, Fortificado
Fuente	Tabla de Composición de Alimentos INCAP	Tabla de Composición de Alimentos INCAP	Propuesta de Etiquetado del Arroz Blanco Pulido Fortificado para República Dominicana*	FNG República Dominicana
Peso (gr)	100	100	100	100
Energía (kcal)	360	360	333	360
Proteína	6.61	6.61	6.61	6.61
Grasa	0.58	0.58	0.58	0.58
RAE	0	0	0	150
Vitamina C	0	0	0	0
Vitamina B1 (Tiamina)	0.07	0.6	0.6	0.6
Vitamina B2 (Riboflavina)	0.05	0.05	0.05	0.05
Vitamina B3 (Niacina)	1.6	5.09	5.0	5.09
Vitamina B6	0.14	0.14	0.4	0.4
Folato	9	386	180	386
Vitamina B12	0	0	1	1
Ácido Pantoténico	1.29	1.29	1.29	1.29
Calcio	9	9	9	9
Hierro	0.8	4.36	2.4	4.6
Magnesio	35	35	35	35
Zinc (mg)	1.16	2.5	2.5	2.5

PROPUESTA DE ETIQUETADO NUTRICIONAL DEL ARROZ BLANCO PULIDO FORTIFICADO PARA REPUBLICA DOMINICANA

Ración: 1/4 taza (92,5g)		
Raciones por empaque: XX		
Calorías por ración: 333 Kcal.(1,393Kj)		
	100g	Porcentaje (%) del valor diario*
Grasas totales	0,58g	1,00%
Grasas saturadas	0,16g	
Grasas trans		
Colesterol	0,0g	
Sodio	1,0mg	0,05%
Potasio	86,0mg	2,46%
Carbohidratos totales	79,34g	
Fibras dietéticas		
Azúcares		
Proteínas	6,61g	
Vitamina B ₁	0,60mg	50,0%
Vitamina B ₃	5,00mg	33,0%
Vitamina B ₆	0,40mg	31,0%
Vitamina B ₉	0,18 mg	45,0%
Vitamina B ₁₂	1,00µg	42,0%
Hierro	2,40mg	11,0%
Zinc	2,5mg	18,0%
* Los porcentajes del valor diario, están basados en una dieta de 2,000 calorías. Los valores diarios pueden ser mayores o menores, según las necesidades de calorías.		

DOCUMENTO OFICIAL DEL 6 DE DICIEMBRE DEL 2018 A LAS 10:00AM