

Factores Socioeconómicos y Percepción del Costo de la Alimentación Saludable en el Distrito de Santiago

Socioeconomic Factors and Perception of the Cost of Healthy Eating in the Santiago District

Reyna del Carmen Cruz Barría

Universidad de Panamá

reyna.cruz@up.ac.pa

<https://orcid.org/0009-0002-7088-2355>

Angel de Jesús Pinto Peñalba

Universidad Latina de Panamá

apintop@ve.ulatina.edu.pa

<https://orcid.org/0009-0006-0463-9401>

Recibido: 15 de septiembre de 2025

Aceptado: 11 de noviembre de 2025

DOI: <https://doi.org/10.48204/3072-9629.9410>

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la percepción del costo de la alimentación saludable y la influencia de los factores socioeconómicos en dicha percepción entre la población adulta del distrito de Santiago, Panamá. Se empleó una metodología cuantitativa con un diseño transversal no experimental, aplicando una encuesta estructurada a una muestra representativa de 383 personas, seleccionada mediante muestreo estratificado aleatorio por corregimiento. Los resultados revelaron que el 92.1% de la población no percibe una ventaja de precio en los alimentos saludables, ya que los considera más caros o al mismo precio que las alternativas no saludables, y el 51% ha dejado de comprarlos por su precio en los últimos seis meses. Aunque el 64.5% rechaza la idea de que comer sano sea un lujo, solo el 23.5% consume estos alimentos diariamente. El acceso físico también es una barrera, con el 45.9% reportando baja accesibilidad a frutas y verduras frescas. Los ingresos familiares son mayoritariamente bajos (84.3% gana $\leq$ \$1000 mensuales), y una parte significativa del presupuesto se destina a comida. Las políticas más apoyadas para mitigar el problema fueron los

mercados móviles (64%), subsidios a productores (59.8%) y educación nutricional gratuita (57.2%). Se concluye que la barrera percibida es multifactorial (económica, logística y cultural), requiriendo intervenciones integradas que trasciendan las campañas informativas y faciliten el acceso tangible y económico a una alimentación nutritiva.

Palabras clave: Asequibilidad alimentaria, determinantes sociales, alimentación saludable, acceso a alimentos, políticas públicas.

Abstract

This study aimed to evaluate the perception of the cost of healthy eating and the influence of socioeconomic factors on this perception among the adult population of the Santiago district, Panama. A quantitative methodology with a non-experimental cross-sectional design was used, administering a structured survey to a representative sample of 383 people, selected through stratified random sampling by district. The results revealed that 92.1% of the population does not perceive a price advantage in healthy foods, considering them more expensive or the same price as unhealthy alternatives, and 51% have stopped buying them due to their price in the last six months. Although 64.5% reject the idea that eating healthy is a luxury, only 23.5% consume these foods daily. Physical access is also a barrier, with 45.9% reporting low accessibility to fresh fruits and vegetables. Household incomes are mostly low (84.3% earn $\leq$ \$1000 per month), and a significant portion of the budget is allocated to food. The most supported policies to mitigate the problem were mobile markets (64%), producer subsidies (59.8%), and free nutrition education (57.2%). The conclusion is that the perceived barrier is multifactorial (economic, logistical, and cultural), requiring integrated interventions that go beyond information campaigns and facilitate tangible and affordable access to nutritious food.

Keywords: Food affordability, social determinants, healthy eating, access to food, public policies.

Introducción

La alimentación saludable constituye un factor fundamental para la salud pública, ya que favorece el buen estado de salud y disminuye el riesgo de enfermedades crónicas (Calañas-Continente y Bellido, 2016). La investigación epidemiológica ha demostrado una estrecha relación entre patrones alimentarios y el desarrollo de enfermedades

caracterizadas por alta morbilidad, destacando el patrón mediterráneo como modelo beneficioso (Calañas-Continento y Bellido, 2016). Desde la atención primaria, la implementación de hábitos alimentarios adecuados desde etapas tempranas reduce significativamente la aparición de enfermedades relacionadas con desnutrición, obesidad y desnutrición, especialmente en poblaciones vulnerables como los niños (Guerra-Ortega et al., 2019). Los efectos positivos se extienden a adultos jóvenes y mayores, disminuyendo enfermedades cardiovasculares y metabólicas (Guerra-Ortega et al., 2019). Los desórdenes nutricionales representan una problemática global de salud pública, siendo particularmente críticos durante la edad preescolar por su impacto en el desarrollo individual (Abadeano Sanipatin et al., 2019).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) una alimentación saludable se caracteriza por aportar los nutrientes necesarios para prevenir la malnutrición y enfermedades no transmisibles como diabetes, cardiopatías y cáncer. Sus principios fundamentales incluyen: equilibrar la ingesta y gasto calórico; limitar las grasas a menos del 30% del total de calorías; reducir los azúcares libres a menos del 10% (idealmente 5%); y consumir menos de 5 g de sal diarios. Debe priorizar el consumo de frutas, verduras y cereales integrales, mientras minimiza los alimentos ultra procesados (OMS, 2018). La OMS (2018) destaca que estos hábitos, iniciados desde la lactancia materna, generan beneficios a largo plazo, su implementación debe adaptarse a factores individuales y culturales, manteniendo siempre su esencia: variedad, equilibrio y adecuación a las necesidades fisiológicas.

Central a esta investigación es el concepto de la percepción del costo, que se refiere a la valoración subjetiva que los individuos hacen sobre el precio relativo de los alimentos saludables en comparación con las alternativas ultra procesadas. Esta percepción, que puede o no coincidir con los precios de mercado reales, actúa como un filtro cognitivo determinante en la toma de decisiones alimentarias. Comprender cómo los factores

socioeconómicos moldean esta percepción es crucial, ya que una valoración sesgada hacia considerar la alimentación saludable como inalcanzable puede constituir una barrera psicológica tan potente como una restricción económica real, perpetuando así ciclos de mala alimentación incluso en contextos donde existan opciones accesibles.

Una alimentación saludable no solo beneficia la salud humana, sino que también resulta más sostenible ambientalmente al generar menores emisiones de gases de efecto invernadero y reducir el consumo de recursos hídricos y terrestres (OMS, s.f.). Sin embargo, su acceso sigue siendo limitado, especialmente en países de ingresos bajos y medianos, así como en zonas con alta inseguridad alimentaria (OMS, s.f.). Este problema se agrava por la creciente disponibilidad de alimentos ultra procesados promovidos mediante estrategias de mercadeo intensivo, junto con la urbanización acelerada y los cambios en los estilos de vida, factores que han favorecido el consumo de dietas poco saludables, caracterizadas por excesos de calorías, azúcares, sal y grasas nocivas (OMS, s.f.).

Una dieta saludable promueve la buena salud y reduce el riesgo de enfermedades crónicas. El concepto de alimentación saludable ha evolucionado históricamente, incorporando elementos de tradición, sostenibilidad y factores de estilo de vida (de Azevedo, 2014). En respuesta a la crisis mundial del sistema alimentario, han surgido modelos alternativos como las Cadenas Cortas de Suministro de Alimentos (SCAA), que enfatizan la producción local y las opciones alimentarias más saludables (Crotta et al., 2024). Estos modelos tienen como objetivo apoyar a los pequeños productores y promover los objetivos de desarrollo sostenible (Crotta et al., 2024).

Las investigaciones indican que los factores socioeconómicos influyen significativamente en los patrones alimentarios y los resultados de salud. Un nivel socioeconómico más bajo se asocia con tasas más altas de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares, en parte debido a dietas menos saludables ricas en grasas saturadas y bebidas

azucaradas (Corella y Ordovás, 2015). La situación económica es determinante en la elección de alimentos de familias con bajos recursos, llevándolas a optar por alternativas menos nutritivas, pero más económicas. Un estudio en Zempoala, México, encontró que las personas con dificultades económicas tenían 4.6 veces más probabilidades de consumir alimentos poco saludables (Serna Martínez, 2025). Estos hallazgos resaltan la compleja relación entre los factores económicos, las elecciones alimentarias y los resultados de salud, enfatizando la necesidad de intervenciones específicas para abordar las desigualdades alimentarias.

Estas desigualdades alimentarias descritas representan un desafío particular en la región centroamericana. De hecho, Panamá asumirá próximamente la presidencia pro tempore del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, donde se priorizará el abordaje de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) (Ministerio de Salud de la República de Panamá [MINSA], 2024). Según lo indica el MINSA (2024) durante el simposio conmemorativo por los 75 años del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), Fernando Boyd Galindo, Ministro del MINSA, destacó las iniciativas para reducir factores de riesgo nutricionales, como el consumo excesivo de sodio, grasas trans y la inactividad física, metas alineadas con los objetivos globales de salud para 2030.

Según datos presentados por José Renán De León, director del INCAP, el 70% de la población panameña padece sobrepeso u obesidad, condiciones asociadas a enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión (MINSA, 2024). Esta problemática no es ajena al interior del país; durante la Jornada de Obesidad y Trastornos Metabólicos en Santiago de Veraguas, el Dr. Jorge NG Chinkee, director médico de la Ciudad de la Salud, expuso que esta condición afecta al 63% de la población nacional (Cuevas, 2024). Aunque la desnutrición ha disminuido en la región, persiste el desafío del incremento en el consumo de alimentos ultra procesados. Ante esto, la Estrategia de

Salud y Bienestar presentada por la Dirección Nacional de Promoción de la Salud promueve un enfoque integral para fomentar estilos de vida saludables, incluyendo actividad física y entornos que faciliten elecciones nutricionales adecuadas (MINSA, 2024).

Esta perspectiva nacional coincide con el análisis de organismos internacionales. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) señala que Panamá, junto con otros países del área, experimenta un incremento progresivo en las tasas de sobrepeso y obesidad, asociadas principalmente a hábitos alimenticios poco saludables, entre los principales factores que contribuyen a esta problemática se encuentran la fácil disponibilidad de productos ultra procesados y las limitaciones para acceder a opciones nutricionales balanceadas (Castillo, 2025).

La evidencia disponible muestra la necesidad urgente de investigar las barreras percibidas hacia una alimentación saludable en el distrito de Santiago, particularmente el rol de los factores socioeconómicos como ingresos familiares, nivel educativo y acceso a mercados. Estos elementos podrían influir significativamente en la accesibilidad y priorización de dietas nutritivas entre la población local.

Actualmente, mientras existen numerosos estudios sobre la prevalencia de obesidad y enfermedades crónicas en Panamá, se observa una marcada carencia de investigaciones que aborden específicamente: la percepción subjetiva del costo de alimentos saludables y su relación con las decisiones alimentarias reales; las diferencias entre zonas urbanas y rurales del distrito respecto a acceso y precios de alimentos frescos; el impacto de la educación nutricional en mitigar percepciones erróneas sobre costos; y comparaciones cuantitativas entre precios reales y percibidos de canastas básicas saludables versus ultra procesadas.

Esta situación se agrava con la falta de estadísticas nutricionales actualizadas por parte de las autoridades panameñas. A diferencia de otros países de la región que cuentan con sistemas periódicos de monitoreo, en Panamá los datos sobre consumo alimentario, gasto en nutrición y accesibilidad económica de dietas saludables presentan importantes rezagos temporales y limitaciones geográficas. Esta carencia de información confiable y sistemática impide realizar análisis precisos sobre la evolución de los patrones alimentarios y el impacto real de las políticas públicas implementadas.

Ante este escenario, la presente investigación adquiere especial relevancia al generar datos primarios sobre las percepciones de costo y accesibilidad de alimentos saludables en Santiago. Si bien los hallazgos estarán limitados por la imposibilidad de contrastarlos plenamente con estadísticas oficiales recientes, el estudio permitirá establecer una línea base valiosa para futuras investigaciones y el diseño de políticas públicas más ajustadas a la realidad local.

Este estudio tiene como objetivo principal evaluar la percepción del costo de una alimentación saludable en la población adulta del distrito de Santiago, analizando cómo los factores socioeconómicos influyen en dicha valoración. A partir de este enfoque, se busca responder a la pregunta central: ¿El consumo de alimentos nutritivos representa efectivamente un mayor gasto económico para los habitantes del distrito de Santiago?.

Materiales y Métodos

El estudio adoptó un diseño no experimental de tipo transversal, ya que no se manipulan variables, sino que se analizan las percepciones y factores socioeconómicos existentes en la población del distrito de Santiago en un momento específico. Desde un enfoque cuantitativo, se basó en el análisis estadístico de respuestas cerradas obtenidas mediante una encuesta estructurada. Al utilizar preguntas con opciones predeterminadas

y escalas numéricas, los datos permiten medir frecuencias, porcentajes y correlaciones objetivas sobre la percepción de costos y hábitos alimentarios.

Este estudio se enmarcó como social al analizar un fenómeno que impacta directamente en la comunidad del distrito de Santiago la percepción del costo de la alimentación saludable, abordando dinámicas colectivas influenciadas por factores socioeconómicos y culturales. Dentro de este marco, la investigación es de tipo exploratorio ya que el objetivo fue examinar un tema o problema poco investigado, sobre el cual existen escasos antecedentes o perspectivas limitadas en la literatura. Su propósito es indagar en áreas no exploradas, clarificar dudas o abordar fenómenos desde nuevos enfoques, sirviendo como base para futuras investigaciones más profundas (Hernández Sampieri et al., 2010).

Asimismo, es también de tipo descriptivo, de acuerdo con Hernández Sampieri et al. (2010) este tipo de estudio se enfoca en identificar y detallar las características, propiedades o comportamientos de un fenómeno, grupo o población específica. Su objetivo principal es medir y describir variables o situaciones tal como se presentan, sin establecer relaciones causales. Por ejemplo, puede analizar patrones demográficos, tendencias sociales o perfiles de comunidades, proporcionando una base objetiva para comprender su naturaleza.

Población y muestra

Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2023), el distrito de Santiago cuenta con una población total de 109,605 habitantes. Esta cifra engloba a todos los residentes, independientemente de su edad, género o condición socioeconómica. Dado que no se disponen de datos desagregados oficiales que especifiquen el número exacto de adultos (≥ 18 años), se asume que la

muestra seleccionada será representativa de este segmento etario, el cual constituye el grupo objetivo de la investigación.

El cálculo muestral, basado en la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95% y un error máximo del 5%, determinó que la muestra óptima es de 383 personas adultas (≥ 18 años) seleccionadas aleatoriamente. El único criterio de inclusión aplicado es la mayoría de edad, dado que el estudio busca capturar percepciones de individuos con autonomía en la toma de decisiones alimentarias.

Muestreo

El tipo de muestreo utilizado en este estudio es el muestreo estratificado, tal como lo indica Ortega (2025) este método consiste en dividir una población heterogénea en subgrupos homogéneos y mutuamente excluyentes (estratos), como categorías demográficas (sexo, edad, etnia) o geográficas (zonas urbanas/rurales), para luego aplicar un muestreo aleatorio simple dentro de cada estrato. En el contexto de la investigación se basó en la división administrativa de los 16 corregimientos que conforman el distrito de Santiago. La estratificación garantiza que todos los segmentos relevantes de la población estén representados proporcionalmente en la muestra, evitando sesgos y mejorando la precisión de los resultados. Cada grupo se define con características internas similares, pero distintas entre sí, asegurando que todos los individuos tengan igual probabilidad de ser seleccionados mediante técnicas probabilísticas.

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 109,605}{0.05^2(109,605 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{105,264.64}{274.97}$$

$$n = 383$$

Tabla 1

Clasificación de los corregimientos del distrito de Santiago

Distrito de Santiago	109,605	100%	383
Santiago cabecera	23,236	21%	81
La Colorada	2,652	2%	9
La Peña	5,943	5%	21
La Raya de Santa María	2,109	2%	7
Ponuga	1,477	1%	5
San Pedro del Espino	1,974	2%	7
Canto del Llano	13,678	12%	48
Los Algarrobos	8,218	7%	29
Carlos Santana Ávila	5,500	5%	19
Edwin Fábrega	4,054	4%	14
San Martín de Porres	16,156	15%	56
Urracá	2,101	2%	7
Rodrigo Luque	9,114	8%	32
Nuevo Santiago	10,677	10%	37
Santiago Este	1,449	1%	5
Santiago Sur	1,267	1%	4

Para garantizar la representatividad de la muestra en todo el distrito de Santiago, se implementó un muestreo estratificado aleatorio basado en la división administrativa de los 16 corregimientos que conforman esta jurisdicción. La metodología consistió en calcular primero el porcentaje poblacional que cada corregimiento representa respecto al total distrital (109,605 habitantes), según los datos oficiales más recientes. Estos porcentajes se aplicaron proporcionalmente al tamaño muestral total de 383 personas, determinando así el número exacto de encuestas a aplicar en cada unidad territorial.

Una vez establecida la afijación proporcional por corregimiento, se procedió a seleccionar a los participantes mediante muestreo aleatorio simple dentro de cada estrato geográfico. Esta aleatorización se realizó utilizando listados oficiales de viviendas o padrones electorales actualizados, asignando números secuenciales a cada unidad y seleccionándolas mediante generación de números aleatorios. Cabe destacar que el único criterio de inclusión aplicado fue la mayoría de edad (≥ 18 años), asegurando que todos los habitantes adultos de cada corregimiento tuvieran igual probabilidad de ser incluidos en el estudio.

Este diseño metodológico garantiza la cobertura equilibrada de todas las zonas del distrito, incluyendo tanto áreas urbanas como rurales; permite comparaciones posteriores entre corregimientos y aumenta la precisión de las estimaciones al reducir el error muestral. La estratificación por unidad territorial responde a la hipótesis de que las percepciones sobre el costo de la alimentación saludable podrían variar significativamente según las características socioeconómicas y de acceso a mercados particulares de cada corregimiento.

Fuentes de información

Las fuentes primarias de este estudio consistieron en datos recolectados directamente mediante encuestas estructuradas aplicadas a la muestra seleccionada. Adicionalmente,

se consultaron informes recientes del Ministerio de Salud (MINSA) sobre hábitos alimentarios y condiciones socioeconómicas en Veraguas, los cuales aportan datos empíricos actualizados.

Como fuentes secundarias, se emplearon artículos científicos indexados en bases de datos, que abordaron percepciones de costos alimentarios en contextos similares. Asimismo, se utilizaron informes técnicos de organismos internacionales y documentos públicos del Gobierno de Panamá. La integración de estas fuentes aseguró el rigor teórico y la relevancia práctica de la investigación.

Instrumentos para la recolección de la información

El estudio empleó como principal herramienta metodológica una encuesta estructurada, diseñada en la plataforma Google Forms, que fue aplicada de manera dual: presencial en corregimientos con limitado acceso digital y virtual en aquellos con mayor conectividad. Para garantizar la estandarización del proceso, en ambos casos se proporcionó el mismo instrumento digital, ya sea mediante enlace compartido o a través de dispositivos electrónicos facilitados por el equipo investigador cuando las condiciones lo requirieron. La encuesta incluyó preguntas cerradas, validadas previamente por expertos, lo que permitió cuantificar percepciones sobre el costo de la alimentación saludable.

Procedimiento para la recolección, tratamiento y análisis de la información

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de encuestas estructuradas en formato digital (Google Forms), implementadas de forma presencial y virtual según las características de cada corregimiento. Una vez finalizada la fase de recolección, los datos fueron sometidos a un proceso de depuración, donde se eliminaron respuestas incompletas o inconsistentes. La información se analizó mediante estadística descriptiva. Finalmente, los resultados se integraron de manera que se permitió contrastar las

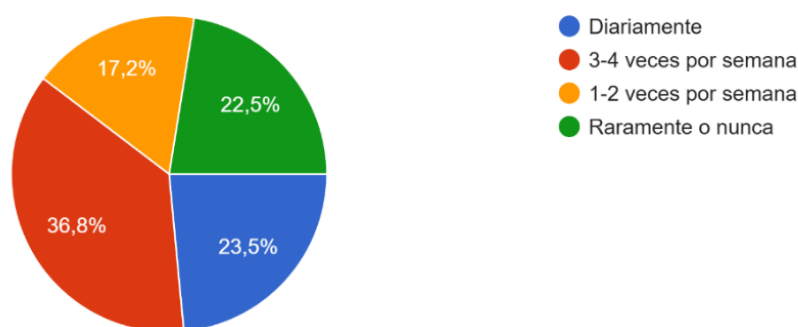
percepciones reportadas con variables socioeconómicas y geográficas, facilitando la identificación de tendencias significativas. Todo el proceso siguió protocolos éticos de confidencialidad.

Resultados

Figura 1

¿Con qué frecuencia consume alimentos saludables (frutas, verduras, proteínas magras, cereales integrales)?

383 respuestas

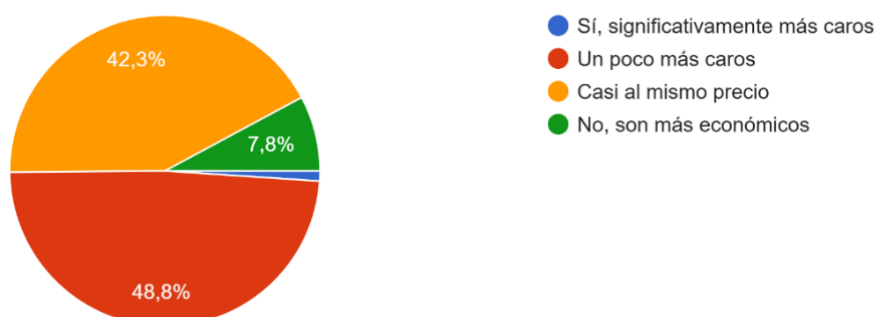


Los resultados revelan que el consumo de alimentos saludables no es una práctica mayoritaria diaria en la población de Santiago. Solo 2 de cada 10 personas (23.5%) reportan consumirlos a diario. El patrón más común es hacerlo entre 3 y 4 veces por semana (36.8%), lo que sugiere que, para una gran parte de la población, la alimentación saludable se intercala con otras opciones. Es alarmante que un segmento igualmente grande (22.5%) declare consumirlos raramente o nunca, lo que indica una brecha significativa en los hábitos nutricionales básicos dentro de la comunidad.

Figura 2

En su opinión, ¿los alimentos saludables son más caros que los no saludables (ej.: comida rápida, snacks)?

383 respuestas

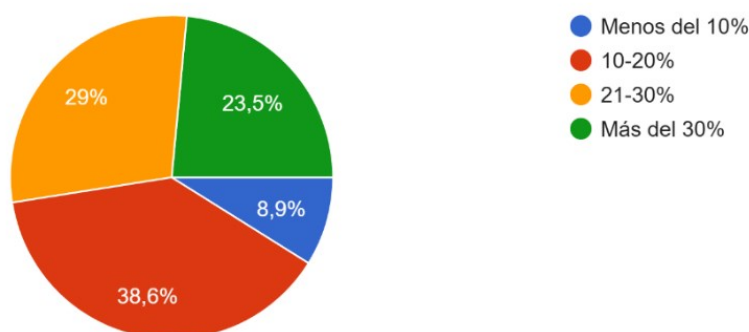


Existe una percepción abrumadora de que comer saludable implica un mayor gasto. Para prácticamente la totalidad de los encuestados (90.6%), los alimentos saludables son más caros; la mitad de ellos (48.8%) los considera "un poco más caros" y una amplia porción (42.3%) cree que están "casi al mismo precio" que la comida no saludable. Solo una pequeña minoría (7.8%) percibe que los alimentos saludables son más económicos, confirmando que la barrera del precio es una idea generalizada y un posible obstáculo para su adopción.

Figura 3

¿Qué porcentaje de su ingreso mensual destina aproximadamente a comprar alimentos saludables?

383 respuestas

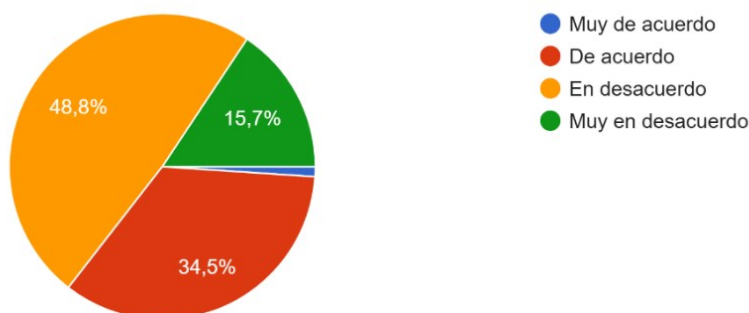


Para las familias de Santiago, comprar alimentos saludables representa una parte sustancial de su presupuesto. Casi 4 de cada 10 personas (38.6%) destinan entre el 10% y el 20% de sus ingresos a esta partida, mientras que un 29% invierte aún más, entre el 21% y el 30%. Lo más notable es que casi una cuarta parte de la población (23.5%) reporta gastar más del 30% de sus ingresos mensuales en este rubro, lo que evidencia una carga económica significativa para acceder a una dieta nutritiva.

Figura 4

¿Qué tan de acuerdo está con la frase "Comer saludable es un lujo para mi familia"?

383 respuestas

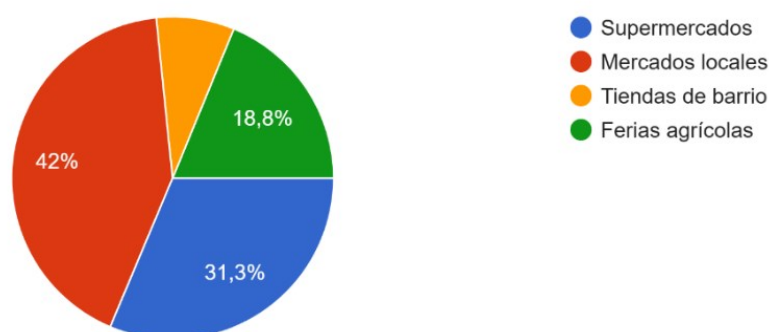


La idea de que alimentarse de manera saludable es un lujo está profundamente dividida en la población. Si bien una mayoría del 64.5% está en desacuerdo o muy en desacuerdo con esa afirmación, un tercio de los encuestados (34.5%) sí está de acuerdo. Esto indica que, para una proporción importante de familias, la alimentación saludable no se percibe como una elección al alcance de todos, sino como un privilegio económico, reforzando el concepto de que el costo es una barrera clave.

Figura 5

¿Dónde adquiere principalmente alimentos saludables?

383 respuestas

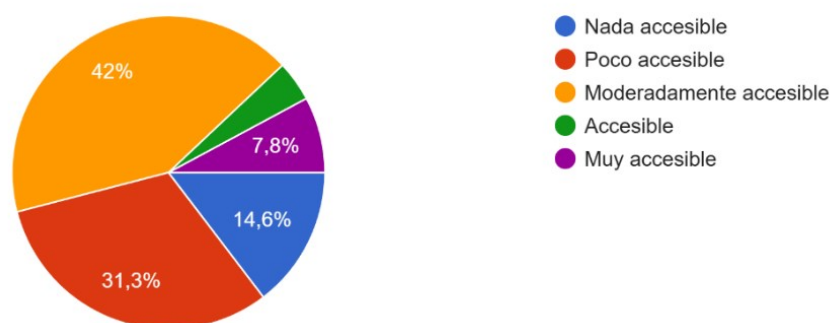


Los mercados locales emergen como el principal punto de abastecimiento de alimentos saludables para los santiagueños, con un 42% de preferencia. Los supermercados son la segunda opción (31.3%), seguidos de las ferias agrícolas (18.8%). La baja preferencia por las tiendas de barrio (7.8%) sugiere que estos establecimientos podrían no estar ofertando una variedad suficiente de productos frescos o que su acceso es limitado, dirigiendo a la población hacia canales de comercialización más grandes y especializados.

Figura 6

¿Qué tan accesibles considera las frutas y verduras frescas en su corregimiento?

383 respuestas

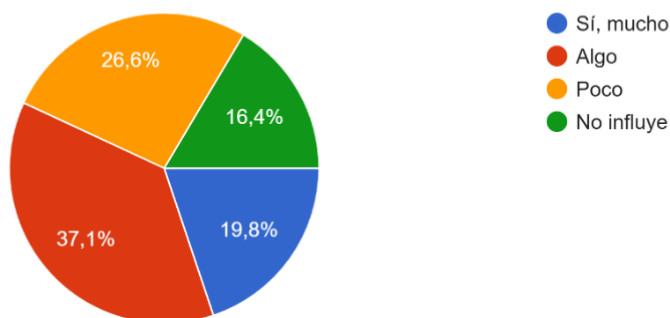


La accesibilidad a los productos frescos es percibida como una dificultad importante. Casi la mitad de la población (45.9%) considera que las frutas y verduras en su corregimiento son "nada" o "poco" accesibles. La percepción más común es que son "moderadamente accesibles" (42%), mientras que solo un 12% las encuentra "accesibles" o "muy accesibles". Esto señala un problema de disponibilidad geográfica o de oferta que afecta a una gran parte de la comunidad, especialmente en las zonas más alejadas.

Figura 7

¿Su nivel educativo influye en su decisión de comprar alimentos saludables?

383 respuestas

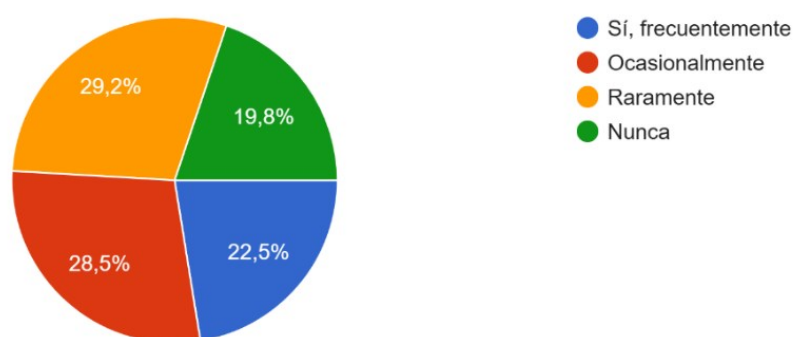


El nivel educativo sí aparece como un factor influyente en la elección de alimentos saludables para la mayoría. Más de la mitad de los encuestados (56.9%) afirma que su educación influye "mucho" o "algo" en su decisión de comprar estos productos. Sin embargo, un 43% siente que influye "poco" o "nada", lo que sugiere que, aunque la educación es importante, otros factores como el ingreso económico o la disponibilidad pueden tener un peso igual o incluso mayor a la hora de tomar decisiones alimentarias.

Figura 8

¿Ha dejado de comprar alimentos saludables por su precio en los últimos 6 meses?

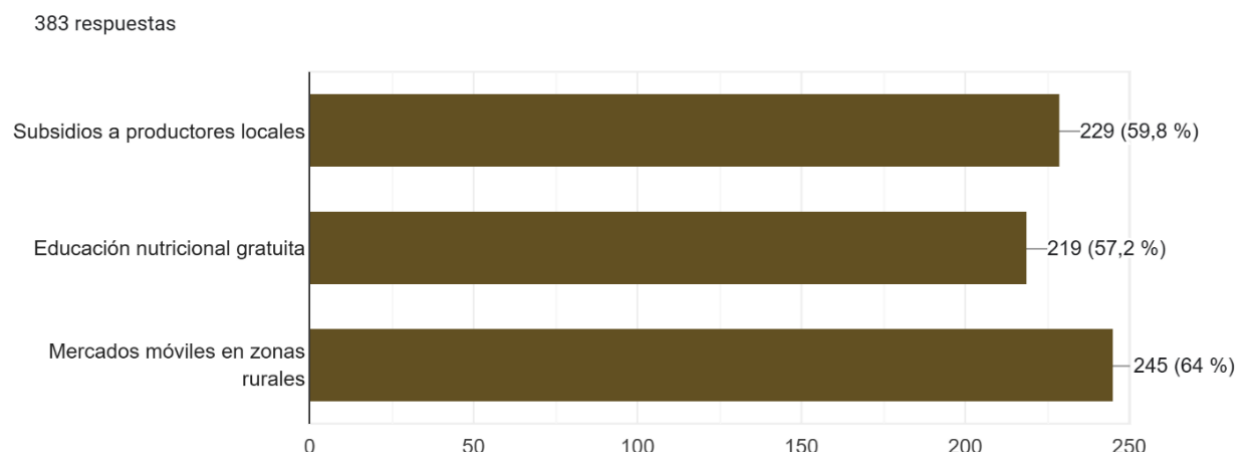
383 respuestas



El precio es un determinante crucial que limita activamente el acceso a una buena alimentación. En los últimos seis meses, más de la mitad de la población (51%) ha dejado de comprar alimentos saludables "frecuentemente" o "ocasionalmente" debido a su costo. Otro 29.2% lo ha hecho "raramente". Solo 2 de cada 10 personas (19.8%) reportan no haber tenido que dejar de comprarlos por esta razón, confirmando que la restricción económica es una experiencia común y no un caso aislado.

Figura 9

¿Qué políticas cree que ayudarían a reducir el costo de alimentos saludables?

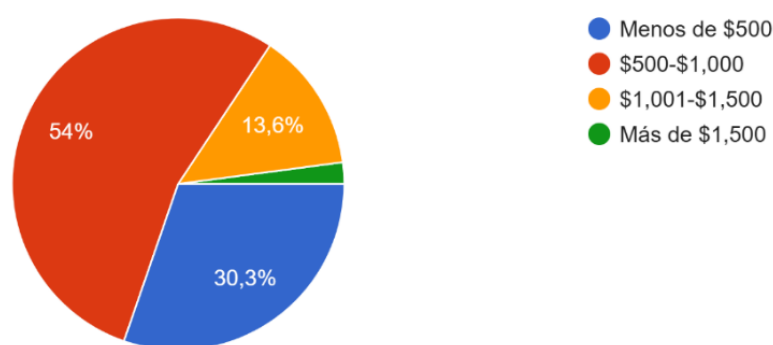


La comunidad ve con buenos ojos las intervenciones comunitarias y estatales para solucionar este problema. Las tres políticas propuestas recibieron un apoyo mayoritario. La más popular es la implementación de "mercados móviles en zonas rurales" (64%), lo que refleja la necesidad de mejorar el acceso físico. Le siguen muy de cerca los "subsidiros a productores locales" (59.8%) y la "educación nutricional gratuita" (57.2%), mostrando que la población busca soluciones que aborden tanto el precio como el conocimiento y la disponibilidad.

Figura 10

¿Cuál es su rango de ingreso mensual familiar?

383 respuestas



El perfil socioeconómico de la muestra confirma que se trata de una comunidad con ingresos mayoritariamente bajos a medios-bajos. La amplia mayoría (84.3%) reporta un ingreso familiar mensual de \$1,000 o menos, con más de la mitad (54%) en el rango de \$500 a \$1,000. Solo un 15.7% supera los \$1,000 mensuales. Este dato es crucial, ya que contextualiza todas las respuestas anteriores: las percepciones sobre el alto costo y las dificultades de acceso están directamente relacionadas con la realidad económica de una población con recursos limitados.

Discusión

Los resultados de este estudio confirman que la percepción del alto costo de una alimentación saludable es una barrera dominante en el distrito de Santiago, limitando significativamente su adopción práctica. Esta brecha entre el conocimiento y la conducta real destaca la insuficiencia de las campañas informativas, coincidiendo con hallazgos recientes que enfatizan la necesidad de abordar las dimensiones socioeconómicas y ambientales de la alimentación para lograr cambios sostenibles (Crotta et al., 2024).

La alta prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad, situada en un 63% según datos oficiales (Cuevas, 2024), es un reflejo de un sistema alimentario que promueve el consumo de alimentos ultraprocesados. La investigación de Castillo (2025) señala que entre el 72% y 76% de los adultos panameños tienen sobrepeso, fenómeno asociado a la fácil disponibilidad de productos no saludables y el acceso limitado a dietas balanceadas.

Como señala Serna Martínez (2025), las dificultades económicas aumentan significativamente la probabilidad de consumir alimentos poco saludables. En Santiago, donde el 84.3% de las familias tiene ingresos mensuales $\leq \$1000$, esta relación se hace palpable: más de la mitad de la población ha dejado de comprar alimentos saludables por su precio en los últimos seis meses.

Las propuestas más apoyadas por la comunidad mercados móviles (64%), subsidios a productores (59.8%) y educación nutricional (57.2%) apuntan a atacar las barreras logística, económica y cultural simultáneamente. Este enfoque se alinea con las iniciativas del Ministerio de Salud de Panamá, que prioriza el abordaje de las Enfermedades No Transmisibles mediante estrategias que reduzcan los factores de riesgo nutricionales y promuevan entornos saludables (MINSA, 2024).

Sin embargo, una limitación clave de este estudio es la imposibilidad de contrastar los precios percibidos con datos oficiales actualizados sobre el costo real de una canasta

saludable, una carencia de información sistémica que el mismo MINSA (2024) reconoce al señalar los desafíos en la obtención de estadísticas nutricionales confiables. Esto resalta la necesidad de implementar sistemas de monitoreo continuo que permitan diseñar intervenciones basadas en evidencia local precisa y oportuna.

Conclusiones

El estudio logró su objetivo principal al identificar que la percepción del costo, más que el precio objetivo, es la principal barrera para la adopción de una alimentación saludable en Santiago. Si bien una parte significativa del ingreso familiar se destina a comida (52.5% gasta más del 20%), el hallazgo crucial es que el 92.1% de la población no percibe una ventaja de precio en los alimentos saludables, ya que los considera más caros o, como mucho, al mismo precio que las alternativas no saludables. Esta percepción, profundamente internalizada al punto que un tercio de las familias lo considera "un lujo", actúa como un filtro cognitivo que predispone negativamente las decisiones alimentarias incluso antes de la compra. Esto recomienda que, además de intervenciones económicas, se requieren estrategias de comunicación y educación que demuestren de manera tangible la rentabilidad y el valor de la inversión en nutrición, desmontando el mito de que comer sano es inalcanzable.

El análisis de los factores socioeconómicos revela que la problemática trasciende el poder adquisitivo. El hecho de que el 45.9% de la población reporte baja accesibilidad a frutas y verduras frescas, unida a la preferencia por políticas como mercados móviles (64%) y educación nutricional (57.2%), indica que la disponibilidad física de productos y el conocimiento para seleccionarlos y prepararlos son variables decisivas. Esto se corrobora con que el 56.9% de los encuestados reconoce que su nivel educativo influye en sus compras. Por lo tanto, se concluye que el bajo consumo de alimentos saludables

es el resultado de una triple barrera: económica (precio e ingresos), logística (acceso) y cultural (desconocimiento), lo que demanda soluciones integradas que aborden estas tres dimensiones de manera simultánea.

Los resultados pintan un panorama contradictorio que es clave para el diseño de políticas públicas. Aunque una mayoría del 64.5% rechaza la idea de que comer sano sea un lujo, sus acciones no se alinean con esta creencia: solo el 23.5% consume alimentos saludables diariamente y más de la mitad ha dejado de comprarlos por precio. Esta brecha entre el conocimiento (saben que es importante) y la conducta (no pueden o no logran practicarlo consistentemente) subraya la ineffectividad de las campañas que solo se limitan a promocionar los beneficios de la buena alimentación. Se concluye que las intervenciones futuras deben ser pragmáticas y focalizadas, priorizando no solo la información, sino también la facilitación del acceso económico como subsidios directos y físico el acceso a mercados móviles, traduciendo el deseo de comer bien en una práctica viable para las familias de ingresos bajos y medios.

Bibliografía

- Abadeano Sanipatin, C. E., Mosquera Guilcapi, M. D. J., Coello Viñán, J. E. y Coello Viñán, B. E. (2019). Alimentación saludable en preescolares: un tema de interés para la salud pública. *Revista Eugenio Espejo*, 13(1), 72-87.
<https://doi.org/10.37135/EE.004.06.09>
- Calañas-Continente, A. J. y Bellido, D. (2016). Bases científicas de una alimentación saludable. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 50(4), 7-14.
<https://doi.org/10.15581/021.50.7612>

- Castillo, C. (2025). *Estudian ascenso del sobrepeso y obesidad en Panamá*. La Estrella de Panamá. <https://www.laestrella.com.pa/vida-y-cultura/estudian-ascenso-del-sobrepeso-y-obesidad-en-panama-KO14922679>
- Corella, D. y Ordovás, J. (2015). Relación entre el estado socioeconómico, la educación y la alimentación saludable. *Mediterráneo Económico*, (27), 283-306. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207080>
- Crotta, C., Cendón, M. y Bruno, M. (2024). Alimentación saludable: una revisión de la literatura para una definición integral en el marco de los Circuitos Cortos de Comercialización. *Estudios Rurales*, 14(29), 1-21. <https://doi.org/10.48160/22504001er29.525>
- Cuevas, M. (2024, 7 de agosto). *Incidencia de sobre peso y obesidad en Panamá es del 63%*. Noticias Caja de Seguro Social. <https://prensa.css.gob.pa/2024/08/07/incidencia-de-sobre-peso-y-obesidad-en-panama-es-del-63/>
- de Azevedo, E. (2014). Alimentação saudável: uma construção histórica. *Simbiótica: Revista Eletrônica*, 1(7), 83-111. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=575967281004>
- Guerra-Ortega, D. L., Marrero-Escalona, E. y Bravo-Salinas, S. E. (2019). Enfoque alimentario desde la atención primaria de salud. *Killkana Salud y Bienestar*, 3(3), 35–42. https://doi.org/10.26871/killcana_salud.v3i3.524
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5.a ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC]. (2023). *Superficie, población y densidad de población en la República, según provincia, comarca indígena, distrito y corregimiento: Censos de 2000, 2010 y 2023*.

<https://www.inec.gob.pa/archivos/P0705547520231109105354CUADRO%2010.pdf>

Ministerio de Salud de la República de Panamá [MINSA]. (2024, 16 de mayo). *Desafíos y oportunidades en el futuro de la salud nutricional de Panamá*.

<https://www.minsa.gob.pa/noticia/desafios-y-oportunidades-en-el-futuro-de-la-salud-nutricional-de-panama>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018, 31 de agosto). *Alimentación sana*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *Dieta sana*.

https://www.who.int/es/health-topics/healthy-diet#tab=tab_1

Ortega, C. (2025). *¿Cómo realizar un muestreo probabilístico?* QuestionPro.

<https://www.questionpro.com/blog/es/como-realizar-un-muestreo-probabilistico/>

Serna Martínez, M. (2025). Asociación entre la economía y patrones alimenticios no saludables en Zempoala, Hidalgo. *Con-Ciencia Serrana Boletín Científico de la Escuela Preparatoria Ixtlahuaco*, 7(13), 12–16.

<https://doi.org/10.29057/ixtlahuaco.v7i13.14070>