López-Benavente, Y.; Abad-Corpa, E.; Lidón-Cerezuela, M.B.; Vivo-Molina, M.C.; Menárguez-Puche, J.F.; Ros-Sánchez, T. y Meseguer-Liza, C. (2020) Gender, Age and Socio-Occupational Inequalities. Activa-Murcia Physical Activity Program. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 20 (79) pp. 535-550 Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista79/artanalisis1169.htm
DOI: http://doi.org/10.15366/rimcafd2020.79.010

ORIGINAL

DESIGUALDADES DE GÉNERO, EDAD Y SITUACIÓN SOCIOLABORAL. PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA ACTIVA-MURCIA

GENDER, AGE AND SOCIO-OCCUPATIONAL INEQUALITIES. ACTIVA-MURCIA PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM

López-Benavente, Y.[1]; Abad-Corpa, E.[2]; Lidón-Cerezuela, M.B.[3]; Vivo-Molina, M.C.[4]; Menárguez-Puche, J.F.[5]; Ros-Sánchez, T.[6] y Meseguer-Liza, C.[7]

[1] Diplomada Universitaria en Enfermería y Licenciada en Pedagogía. Hospital General Universitario Reina Sofía, Área VII de Salud, Servicio Murciano de Salud. Grupo de investigación en Cuidados Enfermeros Avanzados, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Arrixaca) (España) yolobe@gmail.com

[2] Diplomada Universitaria en Enfermería. Doctora en Enfermería. Hospital General Universitario Reina Sofía, Área VII de Salud, Servicio Murciano de Salud. Grupo de investigación "Enfermería, Mujer y Cuidados", Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia. Grupo de investigación en Cuidados Enfermeros Avanzados, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Arrixaca). Centro de investigación biomédica en red sobre fragilidad y envejecimiento saludable, CIBERFES, Madrid. Unidad de investigación en cuidados de salud (Investén-isciii), Madrid (España) eva.abad@um.es

[3] Diplomada Universitaria en Enfermería. Doctora en Enfermería. Grupo de investigación "Enfermería, Mujer y Cuidados", Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia. Grupo de investigación en Cuidados Enfermeros Avanzados. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB Arrixaca) (España) bealidon@um.es

[4] Licenciada en Bioestadística. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB Arrixaca) (España) mvivo.mcv@gmail.com

[5] Licenciado en Medicina. Doctor en Medicina. Grupo de Trabajo Multiprofesional de Ejercicio Físico de Molina de Segura, Centro de Atención Primaria Jesús Marín, Área VI de Salud, Servicio Murciano de Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia (España) juanfran.menarguez@gmail.com

[6] Diplomada Universitaria en Enfermería. Hospital Comarcal del Noroeste, Área V de Salud, Servicio Murciano de Salud. Grupo de investigación en Cuidados Enfermeros Avanzados, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB Arrixaca) (España) tania.ros1@um.es

[7] Diplomado Universitario en Enfermería. Doctor en Enfermería. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061, Servicio Murciano de Salud. Grupo de investigación "Enfermería, Mujer y Cuidados", Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia (España) cml@um.es

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos especialmente a la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud por proporcionar los datos primarios y por el impulso realizado a este estudio. Nuestro agradecimiento a las personas que participaron en el Programa ACTIVA-Murcia

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Este estudio ha recibido una ayuda en 2017 para la realización de Proyectos de Investigación Cuidados de Enfermería de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria (FFIS) de la Región de Murcia. Número de Proyecto FFIS17/CE/01/02.

Código UNESCO / UNESCO CODE: 2411.99 Otras (Actividad Física y Salud) / Others (Physical Activity and Health)
Clasificación del Consejo de Europa / European Council Classification: 17 Otras (Actividad Física y Salud) / Others (Physical Activity and Health)

Recibido 15 de agosto de 2018 **Received** August 15, 2018
Aceptado 8 de marzo de 2020 **Accepted** march 8, 2020

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir las características diferenciales por sexo y edad en un Programa de actividad física (ACTIVA-Murcia) desde una perspectiva de género. Se realizó un estudio descriptivo mediante análisis secundario en 411 participantes de dos centros de salud de Murcia. El 62,3% fueron mujeres y el 71,8% tenían entre 45 y 64 años. Entre los hombres, el 57,8% estaban laboralmente activos y tenían una actividad física cuya mediana fue de 1.939,5 METs/semanales. Entre las mujeres, el 37,4% estaban activas laboralmente y realizaban una mediana de 1.386,0 METs/semanales. El motivo de ausencia a alguna sesión por enfermedad fue del 53,4% para las mujeres y el 30,4% para los hombres. Los profesionales deben considerar estas diferencias en la promoción de actividad física.

PALABRAS CLAVE: Actividad Física; Género y Salud; Salud de las Mujeres; Grupos de Edad; Factores socioeconómicos; Atención Primaria de Salud; Promoción de la Salud; Comportamiento de Salud.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the differential characteristics by sex and age in a physical activity Program (ACTIVA-Murcia) from a gender perspective. A descriptive study by secondary analysis was conducted on 411 participants from two municipality health centers in Murcia. 62.3% were women and 71.8% were between 45 and 64 years of age. Among men, 57.8% were working and they had a median physical activity of 1,939.5 METs/week. Among women, 37.4% were active in work, performing a median of 1,386.0 METs/week. The most declared reason of absence from any session was illness, as stated by 53.4% of women and 30.4% of men. Professionals should consider these differences in the promotion of physical activity.

KEYWORDS: Physical Activity; Gender and Health; Women´s Health; Age Groups; Socioeconomic factors; Primary Health Care; Health Promotion; Health Behavior.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad en todo el mundo[1]. A pesar de ser conocidas las recomendaciones internacionales de actividad física (AF) (al menos 150 minutos semanales de AF aeróbica moderada[2]) y su impacto en la salud, existen considerables diferencias en este hábito según sexo y grupos de edad. La inactividad es mayor en mujeres que en hombres y entre personas más mayores que en más jóvenes[3–6].

España se sitúa en 2012 entre los países europeos menos activos, con un seguimiento de las recomendaciones de la OMS por parte del 42,7% de las mujeres y del 45,9% en los hombres[7]. En cuanto al sedentarismo, el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2016 sitúa a Murcia como la segunda Comunidad Autónoma más sedentaria, con un 44,5% de la población en mayores de 15 años, siendo del 50,3% en mujeres y 38,6% en hombres[8].

Actualmente la AF como conducta social de salud está vinculada fundamentalmente al género y no tanto al sexo biológico que además no es modificable[9,10]. Aunque el acceso a la misma por parte de mujeres y hombres es teóricamente el mismo, existen diferencias que derivan en desigualdades que aumentan los riesgos para la salud de las mujeres[10,11].

El género es un constructo sociocultural que determina lo que significa ser mujer u hombre influyendo en los comportamientos, roles, relaciones sociales, divisiones de poder y oportunidades entre otros aspectos. Es un determinante social que interactúa con otros determinantes como el lugar de residencia, la edad y el empleo, generando desigualdades en salud[12,13].

La situación laboral es un indicador de desigualdad de género reconocido por organismos nacionales e internacionales[12,14]. Se debe a la división sexual del trabajo donde el ámbito laboral remunerado, público y de opciones de cargos de poder está mayoritariamente ocupado por hombres y el ámbito no remunerado, doméstico y de cuidados se reserva principalmente a las mujeres. Lo que conlleva para ellas un peor estado de salud por la limitación de oportunidades en autocuidados y en acceso a actividades beneficiosas[15].

La perspectiva de género se orienta a identificar diferencias, desigualdades y semejanzas en salud entre mujeres y hombres en su contexto social, económico y cultural para favorecer la equidad en salud[9]. Introduce un análisis crítico de los distintos determinantes que construyen las identidades de género y que afectan de forma diferente a hombres y mujeres en su relación, por ejemplo con la AF. Requiere inicialmente analizar los datos desagregados por sexo[16], así

como considerar recíprocamente entre otros la posición social; las desigualdades en la participación en programas de AF; la división sexual del trabajo o situación sociolaboral; y la socialización de género[16–18].

Si la promoción de la AF no tiene en cuenta los determinantes sociales que interactúan con el género, entonces no se pueden tomar en consideración las distintas necesidades, comportamientos y respuestas en salud de mujeres y hombres ni los factores que les permiten alcanzar el mayor estado de salud[19,20]. En este caso se perpetúan las inequidades en salud, es decir, las diferencias existentes entre ambos sexos, innecesarias, evitables e injustas[21] .

En 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Su objetivo era promover y proteger la salud, mediante la adopción de medidas para la reducción de morbimortalidad asociada a una alimentación poco sana y a la falta de AF[22]. De ella deriva la Estrategia Nacional NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad)[23], en la cual se enmarca el Programa ACTIVA-Murcia[24].

En el diseño de este programa comunitario público, dirigido a promover la AF mediante la prescripción de ejercicio físico terapéutico, no se tuvo en cuenta la perspectiva de género, circunstancia que justifica el análisis secundario de esta investigación.

2. OBJETIVO

Este estudio tuvo como objetivo principal identificar desigualdades de género en salud en las personas usuarias del Programa[9]. Concretamente:

2.1. Describir las características diferenciales por sexo y grupos de edad de las variables situación laboral, niveles de AF, participación y motivos de no asistencia al Programa ACTIVA-Murcia.

2.2. Relacionar las diferencias entre las variables con la construcción del género.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Ámbito. Población perteneciente al municipio de Molina de Segura en Murcia, usuaria de dos Centros de Atención Primaria (CAP) de dicho municipio.

3.2. Diseño. Estudio descriptivo de pacientes de una cohorte prospectiva sobre la que se realizó un análisis secundario con perspectiva de género. Se utilizó una base de datos primaria de participantes en el Programa ACTIVA-Murcia, analizándola según sexo y grupos de edad.

3.3. Descripción del Programa ACTIVA-Murcia[24]. Incluye a personas de cualquier sexo con factores de riesgo cardiovascular (Diabetes Obesidad,

Hipertensión Arterial, Dislipemia, Obesidad y Fumadores), que no realizan ejercicio físico programado de forma habitual (dos o más veces a la semana), sin contraindicación médica para el ejercicio y a las que se prescribe AF por parte de profesionales de Medicina y Enfermería de los CAP. Consiste en la realización de ejercicios de flexibilidad, fuerza y resistencia durante 10 semanas con tres sesiones semanales de una hora matinal cada sesión en instalaciones deportivas municipales, con un total de 30 sesiones. Está dirigido por monitores graduados en Ciencias de la AF y del Deporte. Los Ayuntamientos colaboran poniendo a disposición del Programa sus espacios deportivos municipales y los monitores de AF, los cuales adaptan los ejercicios a la condición física y desarrollan circuitos alternativos en los que la intensidad va en aumento conforme progresa el Programa.

3.4. Periodos de estudio:

3.4.1. Desarrollo del Programa por 742 pacientes en diferentes grupos durante dos años: de enero 2011 a junio 2012.

3.4.2. Recogida de datos en base de datos primaria: de enero 2011 a enero 2013.

3.4.3. Análisis secundario: planificación de análisis por sexo y grupos de edad de la base de datos primaria del Programa ACTIVA-Murcia, selección de variables, comprobación e interpretación de los datos con perspectiva de género[9]: De noviembre 2017 a enero 2018.

3.5. Selección de participantes. De las 742 personas que iniciaron el Programa, se seleccionaron a todas aquellas que cumplieron más de 2/3 de las sesiones totales y que cumplimentaron el Cuestionario Internacional de AF versión corta (IPAQ-SF). Estos dos CAP representan el 100% del total de Tarjetas Sanitarias del municipio.

3.6. Muestra. 411 personas, 256 mujeres (62,3%) y 155 hombres (37,7%).

Variables de estudio

3.6.1. Variables centrales de estratificación. El análisis descriptivo se realizó en función de las variables explicativas sexo y edad, fraccionada ésta en tres grupos de edad por intervalos (adultos de 19-44 años; mediana edad de 45-64 años; y mayores ≥ 65 años) que permiten representar la heterogeneidad de la muestra y distinguir las diferentes realidades[9]. Para este análisis secundario se han integrado las recomendaciones de la “Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud”[9], destacando: el análisis de los datos desagregados por sexos; identificación del sexo como variable central y transversal en el análisis y en la presentación de los resultados; e identificación de las diferencias, desigualdades y semejanzas entre mujeres y hombres en función de otros determinantes sociales como los grupos de edad y su situación sociolaboral[9].

3.6.2. Variable sociodemográfica. Se utilizó como determinante social para el análisis con perspectiva de género según la recomendación nº29 de la "Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud"[9], la situación laboral, activo y parado, recogida en el cuaderno de valoración del Programa

3.6.3. Nivel de AF. Se utilizó el IPAQ-SF para analizar el nivel de AF y sedentarismo en los últimos siete días. Fue autocumplimentado por los/las participantes e informatizado por los monitores/as de ACTIVA.

El IPAQ-SF (Anexo I) permite calcular intensidad y tiempo dedicado a la AF durante una semana tras responder a siete ítems y registra la actividad en cuatro niveles de intensidad: vigorosa, moderada, ligera y sentado[25].

Obtiene una estimación de la AF semanal mediante la ponderación de los minutos de actividad y el gasto energético obtenido en equivalente metabólico MET. Un MET se define como la tasa de gasto energético necesaria para mantenerse sentado en reposo. Los MET equivalen a 1kcal por kilo de peso corporal y hora[26]. El IPAQ presenta una adecuada fiabilidad test-retest Spearman con un valor de 0.8-0.96[26].

3.6.4. Motivos de No asistencia. Se recogieron los motivos de no asistencia en el cuaderno de valoración y se valoró según un listado de opciones, pudiendo marcar más de una.

3.7. Métodos de análisis. Para las comparaciones de variables categóricas con dos categorías se usó el contraste de Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher. Debido a la falta de normalidad de las variables cuantitativas, se utilizó el test U de Mann-Withney para comparar variables con dos categorías y test de Kruskal-Wallis para el caso de más de dos categorías. Para determinar la influencia del sexo, edad y situación laboral en los METs, se realizó un modelo ANOVA con los tres factores y sus interacciones. Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS 24.0.

3.8. Consideraciones éticas. Protocolo aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

4. RESULTADOS

Desde los CAP se derivaron al Programa 742 personas. La muestra final la constituyen las 411 personas que tienen registro afirmativo de cumplimentación del IPAQ-SF. En su mayoría fueron mujeres (62,3%), con una edad de 45-64 años (71,8%) y su situación laboral era parada (54,4%) (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de la muestra en variables sociodemográficas			
	M (DT)	n (%)	*p*
Sexo			
Mujer		256 (62,3)	0,71
Hombre		155 (37,7)	
Edad (años)	51,8 (8,6)		
19-44		90 (21,8)	-
45-64		296 (71,8)	
≥65		26 (6,3)	
Situación laboral			
Activo/a		94 (45,6)	-
Parado/a		112 (54,4)	
M= Media; DT= Desviación Típica; p= significación estadística			

4.1. Variables sociodemográficas y situación laboral (Tabla 2)

Por grupos de edad, el más numeroso fue el de mujeres de 45-64 años (73,4%).

El 50,1% de la muestra respondió a la situación laboral. Se observó que el porcentaje de mujeres activas laboralmente (37,4%) fue significativamente inferior que el de hombres (57,8%) (*p*=0,004). El porcentaje de mujeres activas de 45-65 años (37,1%) fue significativamente inferior (*p*=0,005) que el de hombres activos de esa misma edad (60,7%).

Tabla 2. Variables sociodemográficas y situación laboral			
	Sexo		
	Mujer n (%)	**Hombre n (%)**	***p***
Edad (años)			0,44
19-44	53 (20,7)	37 (23,9)	-
45-64	188 (73,4)	108 (69,7)	
≥65	15 (5,9)	10 (6,5)	
Situación laboral			0,004
Activa	46 (37,4)	48 (57,8)	-
Parada	77 (62,6)	35 (42,2)	
Edad (años)			
19-44			0,341
Activa	9 (40,9)	11 (61,1)	-
Parada	13 (59,1)	7 (38,9)	
45-64			0,005
Activa	36 (37,1)	37 (60,7)	-
Parada	61 (62,9)	24 (39,3)	
≥65			1,00
Activa	1 (25)	0 (0)	-
Parada	3 (75)	4 (100)	
p= significación estadística			

4.2. Nivel de AF y nivel de AF asociado a situación laboral (Tabla 3)

Según el registro de los siete ítems del nivel de AF en METs/semanales, se obtuvieron valores de 366 participantes (89%) con una pérdida de 45 por ítems incompletos. Los hombres presentan un mayor gasto energético que las mujeres, con unas medianas de 1939,5 vs 1386,0 (*p*=0,043). Al comparar por sexo y grupos de edad, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de METs.

Tabla 3. Nivel de AF y nivel de AF asociado a situación laboral

	Sexo		
	Mujer (n) M Me	**Hombre (n) M Me**	***p***
METs/sem.			
METs/sem. totales	(230) 2565,4 1386,0	(136) 3617,1 1939,5	0,043
METs/sem. SL[a] activa	(39) 2380,5 1188,0	(44) 3214,5 1386,0	-
METs/sem. SL[a] parada	(70) 2171,9 1386,0	(31) 3960,2 2358,0	
Edad (años)			
19-44			
METs/sem. totales	(48) 2843,1 2029,5	(31) 4373,7 2556,0	0,377
METs/sem. SL[a] activa	(7) 4200,4 2346,0	(10) 2373,7 891,0	-
METs/sem. SL[a] parada	(11) 1527,4 990,0	(6) 4109,7 2.722,5	
45-64			
METs/sem. totales	(168) 2388,9 1386,0	(97) 3305,6 1638,0	0,083
METs/sem. SL[a] activa	(32) 1982,4 1046,2	(34) 3461,7 1491,0	0,176
METs/sem. SL[a] parada	(56) 2328,8 1386,0	(22) 3564,6 2341,5	0,022
≥65			
METs/sem. totales	(14) 3732,1 1653,0	(8) 4462,8 1856,2	0,616
METs/sem. SL[a] activa	(0) 0 0	(0) 0 0	-
METs/sem. SL[a] parada	(3) 1607,0 1386,0	(3) 6562,5 1732,5	-

M= Media; Me= Mediana; *p*= significación estadística
[a] Situación Laboral

En la valoración de la relación del sexo, edad y situación laboral con los METs/semanales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los METs/semanales de los hombres activos y parados (*p*=0,018). Así mismo, los METS fueron significativamente superiores en hombres parados de 45-64 años que en mujeres de la misma edad, con medianas de 2341,5 y 1386,0

respectivamente (*p*=0,022). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el resto de variables.

4.3. Variables influyentes en los METs (Tabla 4)

Por último, para conocer las variables influyentes en los METs, el análisis se realizó construyendo un modelo ANOVA donde las variables independientes eran el sexo, edad y situación laboral. Los resultados muestran (Tabla 4) que se mantuvo como variable asociada al METs la variable sexo, siendo no significativas el resto.

Tabla 4. Variables influyentes en los METs

Variable	***F(g.l)***	***p***	***Eta²***
Sexo	*F*(1,174) = 4,12	0,044	0,073
Edad	*F*(2,174) = 0,454	0,636	0,005
Situación laboral	*F*(1,174) = 0,035	0,853	0,001
Sexo x Edad	*F* 2,174) = 0,742	0,477	0,008
Sexo x Situación laboral	*F* 1,174) = 2,514	0,115	0,014
Edad x Situación laboral	*F*(1,174) = 0,278	0,598	0,002
Sexo x Edad x Situación laboral	*F*(1,174) = 3,136	0,078	0,018

g.l.: grados de libertad. Eta^2: tamaño del efecto

4.4. Motivos de ausencia (Tabla 5)

El porcentaje de mujeres que no acudió a alguna sesión por enfermedad (53,4%) respecto al de hombres (30,4%) fue significativamente superior (*p*=0,045). Para la falta de tiempo, los porcentajes por sexo fueron también diferentes (*p*=0,009), siendo mayor en los hombres (20,3% vs 7,8%).

Tabla 5. Motivos de ausencia			
	Sexo		
	Mujer	**Hombre**	***p***
Motivos de ausencia	**n (%)**	**n (%)**	
Enfermedad	62 (53,4)	24 (30,4)	0,045
Falta de tiempo	9 (7,8)	16 (20,3)	0,009
Incompatibilidad horaria	8 (6,9)	12 (15,2)	0,056
Motivos familiares	11(9,5)	7 (8,9)	1,0
Edad (años)			
19-44			
Enfermedad	9 (47,4)	5 (27,8)	0,0772
Falta de tiempo	4 (21,1)	5 (27,8)	0,479
Incompatibilidad horaria	2 (10,5)	3 (16,7)	0,389
Motivos familiares	2 (10,5)	0 (0)	0,510
45-64			
Enfermedad	49 (53,8)	19 (32,2)	0,115
Falta de tiempo	5 (5,5)	10 (16,9)	0,024
Incompatibilidad horaria	5 (5,5)	9 (15,3)	0,043
Motivos familiares	9 (9,9)	7 (11,9)	0,597
Motivos laborales	3 (3,3)	3 (5,1)	0,672
≥65			
Enfermedad	4 (66,7)	0 (0)	0,125
Falta de tiempo	0 (0)	1 (50)	0,4
Incompatibilidad horaria	1 (16,7)	0 (0)	1,0
Motivos familiares	0 (0)	0 (0)	
p= significación estadística			

Para el grupo de 45-64 años para mujeres y hombres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los motivos falta de tiempo: 5,5% y 16,9% (*p*=0,024), e incompatibilidad horaria: 5,5% y 15,3% (*p*=0,043). En ambos casos los motivos de falta fueron mayores en los hombres.

5. DISCUSIÓN

En términos globales, las mujeres presentaron *mayor participación* en el Programa que los hombres, mayor situación laboral parada y menor nivel de AF.

La mayor *participación* de las mujeres en el Programa (62,3%) es superior a otros estudios internacionales que la sitúan entre el 50,5% y el 58%[3,4,7,27]. Esta alta participación de las mujeres puede estar relacionada con la mayor derivación al Programa por la mayor frecuentación que presentan a las consultas de los CAP debido a que las mujeres presentan mayor prevalencia de enfermedades crónicas que los hombres y una peor percepción de calidad de vida[28,29]. Como destaca Urbanos-Garrido, los roles de género influyen en el uso de los servicios sanitarios ya que a igual estado de salud, las mujeres tienden a consultar más que los hombres al médico de AP[28,30].

Como en otros estudios, las mujeres tienen un menor *nivel de AF* que los hombres para todos los grupos de edad[3,4,18,31], lo cual genera discriminación en

cuanto a la oportunidad de adquirir los beneficios del ejercicio. Las mujeres realizan menos actividad física debido a las creencias y roles diferenciados derivados de su desventaja en las jerarquías de poder, posición social, acceso a los recursos y dedicación familiar.[18,32].

La mayor *situación laboral* parada de las mujeres del estudio coincide con el de Hunter[4], donde el 57,8% de las mujeres son económicamente inactivas frente al 47,2% de los hombres[4]. Por el contrario, en el estudio europeo de Marques, el 61% de las mujeres están empleadas frente al 59,6% de los hombres[7]. Diversos estudios subrayan la situación laboral como un determinante social de la salud en cuanto a que los roles de género atribuyen a las mujeres el papel central de madre, esposa y prestadora de cuidados informales. Este aspecto condiciona su salida del mercado laboral relegando el trabajo remunerado a un lugar periférico, lo que contribuye a menores contactos sociales, mayor aislamiento en el hogar y menor satisfacción personal[9,28,31]. En consecuencia, las mujeres tienen menores opciones de comportamientos saludables como el acceso a programas de AF, por lo que resulta importante el apoyo social en el desarrollo de programas para que éstas alcancen niveles saludables[33]. No obstante, en nuestro estudio no se han encontrado diferencias significativas entre las mujeres en los niveles de AF según su situación laboral parada o activa. Para los hombres, si apreciamos que el hecho de estar parado laboralmente influye en un mayor nivel de AF, al igual que recoge el estudio de Hunter[4]. Otros estudios revelan que trabajar influye en tener mayor nivel de AF total aunque menos de AF en el tiempo libre[33]. Conscientes de que estos factores, sexo y situación sociolaboral, condicionan las oportunidades para la AF, ambos deben ser considerados por los profesionales a la hora de prescribir programas de ejercicio y preguntar individualmente por cómo afecta su dedicación laboral y familiar al ámbito del cuidado de su propia salud y de las relaciones sociales fuera del entorno doméstico.

Para los *motivos de ausencia*, en nuestro estudio la falta de tiempo fue significativamente superior en los hombres. Sin embargo, en la Encuesta de Hábitos Deportivos en España 2015[34], este motivo fue superior en mujeres. En esta misma Encuesta se recoge que tanto la salud como la falta de tiempo son las barreras principales a la AF para ambos sexos[34]. Una revisión de la literatura para la validez de un cuestionario sobre motivos de abandono de centros deportivos[35], recoge que la falta de tiempo es el motivo más argumentado para el abandono de la práctica fisco-deportiva. Resultaría interesante valorar si el tiempo de no dedicación al ejercicio es tiempo dedicado a responder al desigual reparto de roles de género que difieren de la atención al ámbito privado familiar en las mujeres y de la atención al ámbito público y social en los hombres. RLAE

En relación a las *diferencias por grupos de edad y sexo*, el grupo de mujeres de 45-64 años fue mayoritario. Este subgrupo presentó diferencias significativas respecto al grupo de hombres de su misma edad con más paro y menor nivel de AF en ellas. Tradicionalmente el deporte y la AF han estado más asociados a los hombres debido al robustecimiento del cuerpo, la fuerza, la defensa y el poder[36]. Las mujeres se han incorporado tardíamente a la práctica físico-deportiva encontrándose en un momento vital en el que han de compaginar la doble jornada (el ámbito laboral y familiar) con el cuidado de su propia salud[34,37]. Las

mujeres de mediana edad, con su alta participación en el Programa demuestran el interés por comportamientos saludables de AF; sin embargo se evidencia en ellas que los niveles obtenidos difieren significativamente a los de los hombres de su edad. Dado que no tienen la misma actividad laboral, se puede vislumbrar que los roles de género exigidos por la sociedad para ellas es el impedimento fundamental para obtener niveles de AF más saludables.

Encontramos que los mayores de 65 años son el grupo de población más activo físicamente, circunstancia que podría explicarse por el hecho de que, una vez llegada la jubilación, disponen de más autonomía y tiempo libre para la AF y por presentar entre las motivaciones para practicar deporte el cuidado de la salud[6,33,38–40]. El envejecimiento de la población en general, la mayor esperanza de vida para las mujeres y sin embargo su peor percepción de salud y de vida con salud debido a su mayor supervivencia, mayor morbilidad, así como a factores sociales, económicos y del entorno personal[41] (llamada también paradoja del género por las formas en que los determinantes biológicos y sociales interactúan entre sí[21]), nos debería llevar a valorar su mayor libertad en esta edad para promover la prescripción de programas de AF integrales -biopsicosociales- que repercutirían en autocuidado y envejecimiento más activo y saludable.

Este estudio revela las diferencias existentes entre mujeres y hombres en comportamientos sobre la AF y cómo, asociados a la edad y su situación laboral, indican desigualdades de género en salud.

Entre sus limitaciones se encuentran las propias de un estudio secundario: el Programa ACTIVA-Murcia se diseñó como un programa de intervención con AF para personas con factores de riesgo cardiovascular sin la intención de desarrollar resultados de investigación, por lo que algunas variables, como la situación laboral, están débilmente definidas. No obstante, la recogida de datos fue realizada por un mismo equipo de personas unificando criterios de interpretación de las variables.

6. CONCLUSIÓN

El estudio muestra la relación entre el sexo femenino con respecto a mayor paro, menor nivel de AF inicial y mayor ausencia al Programa ACTIVA-Murcia por motivo de enfermedad. Esta relación se muestra más evidente en el grupo de mujeres de 45-65 años.

Los hallazgos resaltan la importancia de considerar el sexo y la edad desde una perspectiva de género cuando se diseñan y desarrollan intervenciones en la AF, ya que la fuerza de las asociaciones entre las variables sociodemográficas y los hábitos y comportamientos de ésta varía según el sexo y grupos de edad, implicando mayor mortalidad y vulnerabilidad a enfermedades en mujeres que en hombres. Identificar los factores socioculturales que influyen en la práctica de AF dentro de cada sexo y grupo etario es necesario para desarrollar políticas de promoción de la salud que afiancen el comportamiento de la AF lo largo de toda la vida.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Actividad Física [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 11]. Available from: http://www.who.int/topics/physical_activity/es/
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud [Internet]. 2010 [cited 2018 Jul 11]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
3. Azevedo MR, Araújo CLP, Reichert FF, Siqueira FV, da Silva MC, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. Int J Public Health. 2007;52(1):8–15. https://doi.org/10.1007/s00038-006-5062-1
4. Hunter RF, Boeri M, Tully MA, Donnelly P, Kee F. Addressing inequalities in physical activity participation: Implications for public health policy and practice. Prev Med (Baltim). 2015;72:64–9. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.12.040
5. Maestre-Miquel C, Regidor E, Cuthill F, Martínez D. Desigualdades en la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo libre en población adulta española según su nivel de educación. Diferencias entre 2002 y 2012. Rev Esp Salud Pública. 2015;89(3):259–69. https://doi.org/10.4321/S1135-57272015000300004
6. Menezes, A.S.; dos-Santos-Silva, R.J.; Tribess, S.; Romo-Perez, V. y Virtuoso-Júnior J. Inactividad física y factores asociados en personas mayores en Brasil. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. 2015;15:773–84. https://doi.org/10.15366/rimcafd2015.60.010
7. Marques A, Sarmento H, Martins J, Saboga Nunes L. Prevalence of physical activity in European adults - Compliance with the World Health Organization's physical activity guidelines. Prev Med (Baltim). 2015;81:333–8. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.09.018
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Hábitos de vida. Informe Anual del Sistema Nacional 2016 [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 17]. Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anual_SNS_2016_completo.pdf
9. García Calvente M del M, Jiménez Rodrigo ML, Martínez Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. 2010 [cited 2018 Jul 11]. Available from: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2575/3/Garcia_GuiaIncorporarPerspectiva.pdf
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre la salud de la mujer [Internet]. 2009 [cited 2018 Jul 11]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/women/es/
11. Borrell C, Malmusi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: Evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria. 2010;24(SUPPL. 1):101–8. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.05.005

12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [Internet]. 2015. Available from: http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
13. Lera-López F, Garrues Irisarri MA, Ollo López A, Sánchez Iriso E, Cabasés Hita JM, Sánchez Santos JM. Actividad física y salud autopercibida en personas mayores de 50 años. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. 2017;17(67):559–71. https://doi.org/10.15366/rimcafd2017.67.011
14. García Calvente M del M, del Rio Lozano M, Marcos Marcos J. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes [Internet]. Escuela An. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2015. Available from: http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/bitstream/123456789/132/1/RCIEM113.pdf
15. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz Lazcano L, Benavides FG. Desigualdades de género en salud laboral en España. Gaceta Sanitaria. 2012;26(4):343–51. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.025
16. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Artículo 27. 2007. p. 289–350.
17. Artazcoz Lazcano L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria. 2018 Oct;32:92–7. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006
18. López Munera RC, Santos e Campos MA, Navarro Martínez AV, Arévalo Arévalo JM, García Pinillos F, Latorre Román PÁ. Determinantes sociodemográficos y nivel de actividad física en la población de la provincia de Jaén mayor de 18 años. Retos. 2016;2041(29):13–6.
19. Gelb K, Pederson A, Greaves L. How have health promotion frameworks considered gender? Health Promot Int. 2012;27(4):445–52. https://doi.org/10.1093/heapro/dar087
20. Organización Mundial de la Salud (OMS.) Género y Salud. Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud [Internet]. 2011 [cited 2017 Nov 9]. Available from: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1&ua=1
21. Sen G, Östlin P, George A. Unequal , Unfair , Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. [Internet]. World Health Organization on Social Determinants of Health. 2007. https://doi.org/10.1080/17441690801900795
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud [Internet]. OMS. 2004. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia NAOS

para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad [Internet]. 2005 [cited 2018 Jul 12]. Available from: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm

24. Consejería de Sanidad. Región de Murcia. Programa ACTIVA para la promoción de la Actividad Física Saludable [Internet]. [cited 2018 Apr 22]. Available from: https://www.activamurcia.com/
25. IPAQ group. International Physical Activity Questionnaire [Internet]. [cited 2017 Dec 15]. Available from: https://sites.google.com/site/theipaq/
26. Guirao-Goris JA, Cabrero-García J, Moreno Pina JP, Muñoz-Mendoza CL. Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la actividad física en los adultos mayores y ancianos. Gaceta Sanitaria. 2009;23(4):334.e1-334.e17. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.03.002
27. Alley SJ, Schoeppe S, Rebar AL, Hayman M, Vandelanotte C. Age differences in physical activity intentions and implementation intention preferences. J Behav Med. 2017. https://doi.org/10.1007/s10865-017-9899-y
28. Urbanos-Garrido R. Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. Presupuesto y gasto público. 2011;64:117–30.
29. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación [Internet]. 2019. Available from: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E._Cronicidad_Final.pdf
30. Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2016;30:25–30. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012
31. Euroepan Institute for Gender Iquality. Health Indicators [Internet]. 2015. 2014 [cited 2018 Jul 11]. Available from: http://eige.europa.eu/
32. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. World Health Organization. 2010. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1
33. Lera-López F, Garrues Irisarri MA, Suárez Fernández MJ. The correlates of physical activity among the population aged 50-70 years. Retos [Internet]. 2017;31:181–7. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sph&AN=122035086&site=ehost-live
34. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Encuesta Habitos deportivos en España 2015 [Internet]. 2015. Available from: http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/deporte/ehd/Encuesta_de_Habitos_Deportivos_2015.pdf
35. Nuviala A, Grao-Cruces A, Teva-Villén MR, Pérez-Ordás R, Blanco-Luengo D. Validez de constructo de la escala motivos de abandono de

centros deportivos. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. 2016;16(61):1–15. https://doi.org/10.15366/rimcafd2016.61.001

36. Manrique JC. La Actividad Físico-Depotiva Franquista como intento socializador de la juventud y la mujer. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. 2018;18(70):303–29. https://doi.org/10.15366/rimcafd2018.70.007
37. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Actitudes y Prácticas Deportivas de las Mujeres en España (1990-2005) [Internet]. 2006. 258 p. Available from: http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/92practdeportivas.pdf
38. Martín M, Moscoso D, Pedrajas N. Diferencias de género en las motivaciones para practicar actividades físico-deportivas en la vejez. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte [Internet]. 2013;13:121–9. Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/12274/59776_8.pdf?sequence=1
39. Costello EPTP, Kafchinski MDPTATC, Vrazel JPMA, Sullivan PE. Motivators, Barriers, and Beliefs Regarding Physical Activity in an Older Adult Population. J Geriatr Phys Ther. 2011;34(3):138–47. https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e31820e0e71
40. López-Benavente Y, Arnau-Sánchez J, Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela MB, Serrano-Noguera A, Medina-Abellán MD. Dificultades y motivaciones para el ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Un estudio cualitativo. Rev Lat Am Enfermagem. 2018 Jul 16;26:10. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2392.2989
41. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España 2019. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22; 2019. Available from: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf

Referencias totales / Total references: 41 (100%)
Referencias propias de la revista / Journal's own references: 5 (12,2%)