

PROGRAMA DE RUTAS SALUDABLES DE LAS ISLAS BALEARES



Govern de les
Illes Balears
Conselleria de Salut

PROGRAMA DE RUTAS SALUDABLES DE LAS ISLAS BALEARES





**Govern de les
Illes Balears**
Conselleria de Salut

Edita

Servei de Promoció de la Salut
Direcció General de Salut Pública
Conselleria de Salut. Govern de les Illes Balears

Autoria Programa Rutas saludables

Trinidad Planas Juan. Coordinadora del Programa. Servei de Promoció de la Direcció General de Salut Pública
Elena Cabeza Irigoyen. Cap de Servei de Promoció de la Salut Direcció General de Salut Pública
Susana Munuera Arjona. Coordinadora de la Comissió Autònoma de Salut Comunitària. Oficina de Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient. Servei de Salut de les Illes Balears
Francina Mas Parera. Tècnica en estadística Servei Promoció de la Salut DGSP
Marta Fuster Truyol. Geogràfa IDISBA- Servei Promoció de la Salut DGSP

Mallorca:

Elena Garcia Salom. Subdirectora de enfermeria de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
M. Clara Vidal Thomàs. Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca

Menorca:

Margarita Cases Sanchis. Coordinadora de Equipos de Enfermeria d'AP
Clara Simó Pons. Enfermera del Servei de Vigilància, vacunes i Promoció de la Salut. DGSP Menorca

Ibiza y Formentera:

Ana M^a Jiménez López. Subdirectora de Enfermeria de Atención Primaria
Neus Torres Marí. Direcció de Enfermeria
Estela Terrer Hernández. Enfermera Responsable de Rutes Saludables. Centre de Salut Es Viver
Aurora Casqueiro Barreiro. Servei de vigilància en Salut Pública i Prevenció de la malaltia. DGSP Eivissa i Formentera

Revisión del Programa Rutas Saludables

Rocío Capristo. Tècnica de Promoció de la Salut AECC
Andreu Estela Mantolàn. Mèdic de Família Servei de salut Menorca
M. Llúcia Moreno Sancho. Enfermera AP Coordinació Programa Pacient Actiu IB
Margalida Tomás Manresa. Fisioterapeuta. CS Camp Redò. Gerència Atenció Primària de Mallorca

Diseño gráfico

Verbigrafia

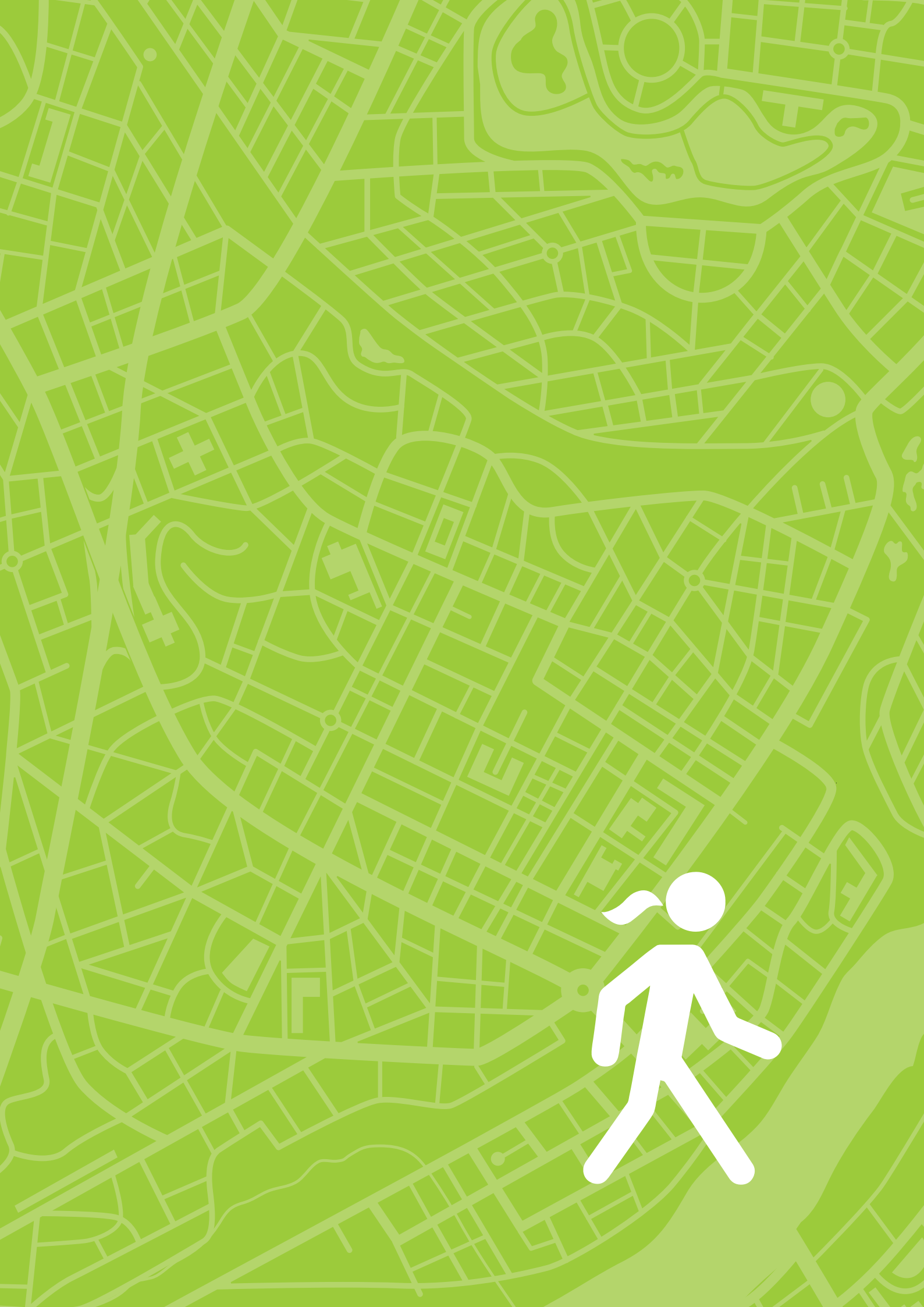
Primera edición

Noviembre de 2025

ISBN: 978-84-09-79487-4

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	9
A QUIÉN VA DIRIGIDO	9
POBLACIÓN DIANA	9
PROCEDIMIENTO	11
A. Diseño y creación de una ruta	12
Fase 0. Punto de partida: solicitud de participación en el Programa de Rutas Saludables	12
Fase 1. Creación del grupo motor	12
Fase 2. Diseño y validación de la ruta	14
Fase 3. Análisis y aprobación de la ruta	15
B. Puesta en práctica de la actividad	17
Fase 4. Establecer un plan y actuar	17
4.1 Incorporación de la ruta al mapa de activos Localiza Salud	17
4.2 Edición del material	17
4.3 Difusión de la ruta	17
4.4 Recomendación de la ruta saludable como un activo en salud	18
4.5 Prescripción social de la ruta saludable como un activo en salud	18
4.6 Grupos de caminantes	19
4.7 Actividades complementarias	21
C. Evaluación	22
Fase 5. Evaluación	22
¿Por qué evaluar?	22
¿Cómo evaluar?	22
GLOSARIO	27
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	34
Anexo 1. Lista de comprobación de las fases de implantación de la ruta	34
Anexo 2. Ficha de composición del grupo motor	36
Anexo 3. Acta de la reunión	37
Anexo 4. Cuestionario de percepción de caminabilidad del entorno urbano (QpeCEU)	38
Anexo 5. Ejemplo: tramos de una ruta para su evaluación con el cuestionario de percepción de caminabilidad	39
Anexo 6. Ejemplo: resultados de adecuación de una ruta	39
Anexo 7. Ejemplo: fragmento del informe sobre las áreas de mejora	40
Anexo 8. Díptico de una ruta saludable	40
Anexo 9. Panel de una ruta saludable	41
Anexo 10. Web de Rutas Saludables	42
Anexo 11. Cartel unificado de la ruta	42
Anexo 12. Cuestionarios para evaluar la actividad física (IPAQ) y la calidad de vida (EQ-5D-5L)	43
Anexo 13. Lista de códigos	45
Anexo 14. Encuesta de satisfacción (por parte de los grupos de caminantes)	48
Anexo 15. Hoja de recogida de datos. Inicio de temporada	49
Anexo 16. Hoja de recogida de datos. Final de temporada	50
Anexo 17. Hoja de incidencias	51



INTRODUCCIÓN

Caminar es una de las formas de actividad física más beneficiosas para la salud¹. Diversos estudios han demostrado los efectos positivos en la prevención de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, respiratorias, diabetes y algún tipo de cáncer²⁻⁴. Además, contribuye a mantener el peso corporal, a reducir el sobrepeso y la obesidad, a conservar o mejorar la fuerza muscular y a incrementar la movilidad⁵. También se ha evidenciado que caminar puede ayudar a prevenir enfermedades óseas como la osteoporosis o la osteoartritis, así como a paliar problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y la demencia⁶⁻⁷.

Una alimentación inadecuada y la falta de actividad física son dos de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (ENT), responsables del 47 % de la carga de morbilidad y del 60 % de la mortalidad a escala mundial⁸. Estos factores no solo limitan las oportunidades de disfrutar de una buena salud, sino que también generan un impacto significativo en la calidad de vida de la población.

Aunque son conocidos los beneficios de andar, la tendencia actual es hacia un estilo de vida cada vez más sedentario. Según la Encuesta de salud en España de 2023, el 25,4 % de las personas mayores de 15 años en las Illes Balears se declararon sedentarias, y un 46,6 % afirmaron no realizar ningún tipo de actividad física durante el tiempo de ocio. Además, el 31,4 % pasaban la jornada sentadas, mientras que el 24,4 % estaban de pie, pero sin hacer grandes desplazamientos⁹. Paralelamente, el 51,8 % de la población adulta de las Balears sufre exceso de peso, y de esta un 14,5 % presenta obesidad, una situación que empeora con la edad y entre las clases sociales más desfavorecidas.

Andar es la actividad física más habitual entre los adultos y a menudo la primera opción escogida por los adultos cuando se recomienda hacer ejercicio¹⁰⁻¹¹. Es una práctica accesible, económica y adaptable a diferentes horarios y condiciones físicas, pues no requiere una equipación especial ni instalaciones específicas. Con unas recomendaciones básicas y un entorno urbano adecuado, la mayor parte de la población puede incorporar esta actividad a su rutina diaria.

A principios del siglo surgió el concepto de *accesibilidad para caminantes* o *caminabilidad* (*walkability*), que hace referencia al grado en que el entorno urbano favorece el hábito de caminar¹². Factores como la funcionalidad (diseño de las calles, intersecciones, aceras, etc.), la seguridad, la estética y la presencia de destinos atractivos influyen directamente en la práctica de caminar^{13,14}.

Los barrios más accesibles para el peatón o caminables, ya sea por ocio o por desplazamientos, se asocian con niveles más altos de actividad física, mayor capital social, menos sobrepeso, menos casos de depresión y menor consumo de alcohol¹⁵. De hecho, se ha observado que las personas que viven en zonas con alta accesibilidad para el peatón tienen 2,4 veces más probabilidades de cumplir la recomendación de

hacer más de treinta minutos de actividad física diaria¹⁶. También se ha establecido una relación directa entre las características del entorno urbano y problemas de salud como la obesidad¹³⁻¹⁷.

Ante esta evidencia, mejorar el entorno urbano para facilitar la actividad física da lugar a una estrategia clave para promover la salud.

Con esta finalidad, la Consejería de Salud, en el marco de la Estrategia de Alimentación Saludable y Vida Activa (ALVAC), y en colaboración con el Servicio de Salud de las Illes Balears, puso en marcha en 2012 el programa Rutas Saludables alrededor de los centros de salud¹⁸. Este programa, desarrollado como un proceso de acción comunitaria, proponía la creación de rutas adaptadas a la vida cotidiana de los residentes del barrio. El Protocolo de implantación de rutas saludables¹⁸ detallaba los pasos que debían seguir los profesionales sanitarios y otros agentes implicados para diseñar estas rutas.

Actualmente, tanto la Organización Mundial de la Salud¹⁹⁻²⁰ como el Ministerio de Sanidad²¹⁻²² y las estrategias autonómicas de promoción de la salud²³⁻²⁵ reconocen la importancia de implementar políticas efectivas y basadas en la evidencia. Estas políticas tienen que incluir la promoción de la marcha y la implicación activa de actores no gubernamentales y de la comunidad para garantizar la relevancia y sostenibilidad de los programas, con un enfoque de equidad que priorice a las personas menos activas, incluidas aquellas con discapacidades, las personas mayores y los jóvenes.

Con esta perspectiva, y con la finalidad de llegar a mucha más gente de la zona básica de salud, barrio o municipio, se ha considerado necesario revisar y actualizar el protocolo original para reforzar el enfoque comunitario y de equidad del programa. Para llevarlo a cabo, se organizó una jornada de trabajo con la participación de profesionales sanitarios y no sanitarios, entidades, técnicos municipales y ciudadanía. Durante esta sesión, se revisaron y evaluaron todas las etapas del proceso (diseño, implementación, evaluación, coordinación, etc.). Como resultado de este trabajo colaborativo, se presenta ahora una versión actualizada del protocolo.



OBJETIVOS

En el ámbito individual

- Mejorar la salud física y el bienestar emocional de las personas.
- Promover la actividad física y el envejecimiento activo.
- Combatir la soledad no deseada.

En el ámbito comunitario

- Crear comunidad, crear red.
- Promover la participación activa de la comunidad.
- Promover la socialización y la cohesión local.

A QUIÉN VA DIRIGIDO

Este programa va dirigido a los profesionales de los centros de salud (CS) o unidades básicas (UBS), técnicos de los ayuntamientos y de entidades que trabajan conjuntamente para diseñar e implementar una ruta alrededor de un centro sanitario (centro de salud o unidad básica de su barrio o municipio).

POBLACIÓN DIANA

Toda la población de la zona básica de salud (ZBS), del barrio o municipio, de cualquier edad. No se dirige solo a los vecinos y vecinas del barrio, sino también a cualquier persona que quiera caminar al menos treinta minutos siguiendo la recomendación de la OMS, y prioritariamente:

- Personas sedentarias.
- Personas con factores de riesgo cardiovascular o patologías crónicas: cardiovasculares, diabetes, sobrepeso u obesidad, artrosis, osteoporosis, EPOC, patología oncológica, etc. Que no tengan ningún impedimento para practicar la actividad física.
- Personas con problemas de depresión o ansiedad.
- Personas en situación de dependencia con acompañamiento (voluntarios o monitores, etc.).
- Personas con problemas de soledad no deseada.



PROCEDIMIENTO

Este programa, basado en un proceso de acción comunitaria, tiene como objetivo llegar a toda la población y garantizar una perspectiva de equidad, teniendo en cuenta las diversidades existentes. Por ello, la metodología ha seguido las fases de una acción comunitaria (guía *Acción comunitaria para ganar salud*, del Ministerio de Sanidad). Se trata de un modelo que puede aplicarse de manera flexible y adaptarse a las condiciones de cada comunidad, sus instituciones, organizaciones y personas involucradas.

A nivel comunitario, la participación ciudadana es fundamental. Debe incorporarse en todas las fases del proceso, o en tantas como sea posible, y garantizar que sea representativa de todos los grupos sociales y que responda a sus necesidades específicas.

Para fomentar la cohesión social, el grupo motor (ver fase 1) puede promover actividades complementarias, como caminar en grupo o hacer ejercicio físico, que fomenten la interacción y la creación de vínculos entre los participantes (ver la fase 1). Estas actividades deben coordinarse entre los agentes implicados —organizaciones vecinales, centros de atención primaria, ayuntamientos, asociaciones, etc.— utilizando los recursos más adecuados de cada una de ellas.

El objetivo final es que las entidades y organizaciones trabajen en red para involucrar a las personas del barrio en la toma de decisiones, de modo que conozcan la ruta y la utilicen de forma autónoma, es decir, que el nivel de participación ciudadana crezca progresivamente hasta alcanzar el control comunitario (figura 1).

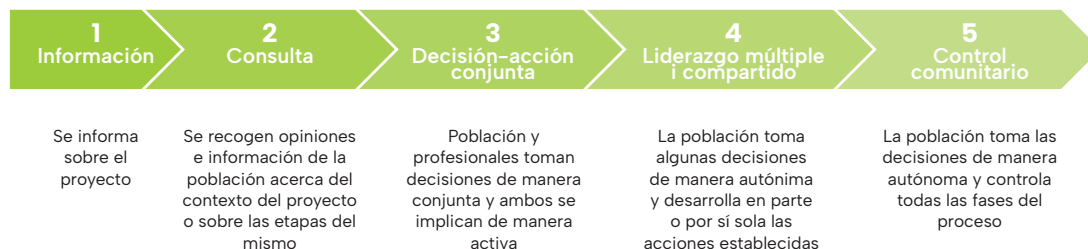


Figura 1. Niveles de participación comunitaria en un programa o proyecto de salud

Fuente: Cassetti V et al. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas (2018)

Este procedimiento se estructura en tres apartados: la primera se refiere al diseño y validación de la ruta (fase 0 a 3); la segunda, a la implementación de la actividad (fase 4), y la tercera, al proceso de evaluación (fase 5). Cada fase (de la 0 a la 5) se basa en el trabajo realizado anteriormente y condiciona las fases posteriores, estableciendo una secuencia lógica y progresiva.

A continuación, se describen las fases, detallando las actividades a llevar a cabo en cada una de ellas. Para facilitar la gestión y el seguimiento del proceso, se ha elaborado una lista de verificación para cada fase de las tareas a efectuar, con el fin de ayudar a la evaluación continua de todo lo que se consigue (anexo 1).

A. Creación d'una ruta

Para crear una ruta, hay que seguir los pasos que se indican a continuación:

FASE 0. PUNTO DE PARTIDA: SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA RUTAS SALUDABLES

Cualquier centro sanitario, ayuntamiento u organización que desee iniciar el proceso de creación de una ruta saludable (es decir, el agente promotor del proyecto) debe solicitarlo a la persona responsable del programa en el Servicio de Promoción de la Salud, a través de la dirección de correo electrónico promociosalut@dgsanita.caib.es, indicando los datos de contacto de la persona que realiza la solicitud (nombre, cargo, institución, teléfono de contacto). Esta información es registrada por el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública (SPS-DGSP).

La persona responsable del programa SPS-DGSP debe ponerse en contacto con el agente promotor y proponerle convocar una reunión. Si la solicitud ha sido realizada por un ayuntamiento o una entidad, también debe ponerse en contacto con la persona responsable del centro de salud o UBS correspondiente. Asimismo, se enviará copia a la gerencia correspondiente. En Mallorca, gapm.uprogrames@ibsalut.es; en Menorca, dir.ap.menorca@ssib.es; en Eivissa i Formentera, direccioap@asef.es.

FASE 1. CREACIÓN DEL GRUPO MOTOR

El agente promotor de la ruta, con el apoyo del responsable del programa del SPS-DGSP, se encarga de hacer una búsqueda activa de los miembros que constituirán el grupo motor. Debe participar al menos un profesional del centro de salud o UBS, un miembro del equipo directivo o un miembro de la comisión de salud comunitaria del centro de salud, otros profesionales, otros profesionales de entidades, del ayuntamiento (personal del departamento de infraestructuras, movilidad, urbanismo o similares), colectivos, personas clave y ciudadanos que puedan estar interesados en el programa. Lo ideal sería utilizar las estructuras o espacios de participación existentes en la ZBS, barrio o municipio. Se les convocará a una reunión con la persona responsable del programa de rutas SPS-DGSP.

En esta reunión, el responsable del programa SPS-DGSP hará una presentación en la cual se tratará:

- La dimensión del sedentarismo en las Illes Balears.
- Los beneficios para la salud de adoptar el hábito de caminar.
- La filosofía de un entorno saludable desde la perspectiva de fomentar un entorno óptimo para disfrutar de una buena salud.
- El Programa de Rutas Saludables.
- Las características de una ruta saludable.
- La colaboración de las entidades, el ayuntamiento, la Administración y la comunidad en la formación y participación en el programa.
- El interés en implementar una ruta.

Es importante que en esta reunión se establezca el grupo motor intersectorial, junto con el rol de cada miembro del grupo (coordinador, secretario, responsable del grupo de caminantes, etc.). Habrá que completar una ficha en la que se debe registrar el nombre, la entidad, el cargo, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico de cada miembro (anexo 2). Toda esta información quedará reflejada en el acta de la reunión (ver el anexo 3).

Figura 2: Composición del grupo motor



Este grupo motor se encargará de coordinar todas las fases del proyecto y tendrá las funciones que se describen a continuación:

- La redacción y custodia de las actas de todas las reuniones.
- El diseño de la ruta.
- La validación y aprobación de la ruta y la difusión de los resultados de la validación.
- La incorporación y actualización de la ruta en el mapa de activos.
- La colaboración en la elaboración de material para promocionar la ruta.
- La organización de un acto inaugural, si se considera oportuno.
- La planificación y la coordinación de los grupos de caminantes de octubre a mayo, u otro periodo decidido por el grupo motor, y otras actividades complementarias según la función de cada entidad.
- Recogida de incidencias de la ruta, seguimiento a lo largo del tiempo y propuestas de mejora.
- La evaluación de las actividades efectuadas; el impacto en la salud y el bienestar de las personas.

FASE 2. DEFINICIÓN Y EXPLORACIÓN DEL TERRENO

Diseño de la ruta

En esta fase, el grupo motor debe debatir conjuntamente cuáles podrían ser las mejores rutas para caminar y los posibles trazados.

A la hora de diseñar la ruta, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

1. Distancia: Debe haber al menos una ruta de aproximadamente 3 km alrededor del centro sanitario, que es la distancia aproximada necesaria para cumplir con las recomendaciones sanitarias. A menudo, los barrios ya cuentan con rutas preestablecidas por tradición, que los residentes suelen seguir en función de sus posibilidades.

2. Características del recorrido: lo ideal es que la ruta tenga el entorno adecuado para caminar y evitar caídas (aceras anchas, zonas de descanso, sombra, poco tráfico, etc.).

En las reuniones, los miembros del grupo casi habitualmente comentan la ruta que siguen actualmente o han seguido en el pasado; en algunos casos, sus relatos no siempre coinciden. Por lo tanto, pueden surgir diferentes posibilidades, que deben ponerse en común para diseñar la ruta más adecuada para las personas que potencialmente la utilizarán, normalmente personas mayores sin factores de riesgo que les impidan seguir las recomendaciones de hacer media hora de actividad física diaria en un trazado accesible y de baja dificultad. Todas las actividades y acuerdos realizados en esta fase quedarán reflejados en el acta de la reunión.

Posteriormente, la persona responsable del programa SPS-DGSP medirá la distancia de las rutas propuestas para determinar si cumplen con las recomendaciones y trazará la ruta que se va a evaluar en un mapa.

Validación de la ruta

Una vez definida la ruta, el grupo motor la recorrerá para evaluar sus condiciones de caminabilidad. En esta fase, es muy importante llevar a cabo la validación conjuntamente con los técnicos del ayuntamiento para identificar barreras arquitectónicas, aceras irregulares, dificultades de acceso, etc.

Cada miembro del grupo completará un cuestionario validado sobre la percepción del entorno y la percepción de la caminabilidad en el entorno urbano (QPeCEU)¹⁹. Este cuestionario consta de 23 preguntas divididas en cuatro secciones y recoge información sobre: a) las instalaciones peatonales, b) las infraestructuras del entorno, c) la seguridad, i d) la opinión general (ver anexo 4).

En una distancia de tres kilómetros puede darse la circunstancia de que la ruta elegida sea muy heterogénea desde el punto de vista urbanístico y medioambiental, lo que dificulta obtener una evaluación válida y adecuada de toda la ruta. Para evitar este posible sesgo, la responsable del programa del SPS-DGSP dividirá la ruta en tramos lo más homogéneos posible (anexo 5), y las preguntas del cuestionario de percepción deberán completarse para cada tramo establecido.

Es posible que una zona básica o municipio valide más de una ruta. En ese caso, se efectuará una validación para cada ruta y se diseñará el mapa definitivo con todas las rutas propuestas.

A largo plazo, se podría considerar la posibilidad de conectar algunas de las rutas ya establecidas para las personas que deseen caminar más de tres kilómetros.

Todas las actividades y acuerdos alcanzados en este punto quedarán registrados en el acta de la reunión.

FASE 3. ANÁLISIS Y APROBACIÓN

Análisis

El equipo del SPS-DGSP introducirá toda la información recopilada en los cuestionarios por tramos. Esto permitirá analizar la idoneidad de cada tramo de la ruta e identificar aquellos que no cumplen los criterios mínimos de adecuación establecidos.

El análisis se basa en cuantificar las respuestas recopiladas de las personas que han evaluado la ruta, basándose en la puntuación de las respuestas a cada una de las preguntas. De esta manera, las respuestas se pueden ordenar y, por lo tanto, transformar en números ordinales. El criterio de puntuación consiste en otorgar una puntuación más alta a las respuestas más favorables para caminar y fijar la media de todas las respuestas posibles en 0,5, con un límite superior de 1 y un límite inferior de 0.

La puntuación final de cada pregunta se obtiene a partir de la media de las respuestas de cada evaluador. Una vez obtenida la puntuación de cada pregunta, se obtiene la puntuación final de cada tramo a partir de la media de las puntuaciones de las preguntas. Por último, se obtiene la puntuación global de la ruta a partir de la media de las puntuaciones para cada uno de los tramos.

Además de evaluar la puntuación media de cada pregunta, tramo y ruta, también se evalúa el grado de acuerdo entre los evaluadores, basándose en su porcentaje de acuerdo y desacuerdo. Un alto porcentaje de desacuerdos hace que la puntuación media resultante sea menos válida, mientras que un alto porcentaje de acuerdo permite obtener resultados sólidos.

Elaboración del informe sobre la caminabilidad y la accesibilidad

A partir de los resultados obtenidos, la responsable del programa del SPS-DGSP deberá redactar un informe sobre la idoneidad, la caminabilidad y la accesibilidad (anexo 6). Este informe también especificará cualquier aspecto que sea susceptible de mejorar (limpieza, pasos de peatones, iluminación, etc.) (ver anexo 7). Una vez hecho esto, el informe final se enviará al grupo motor y al departamento de infraestructuras o movilidad del ayuntamiento correspondiente mediante un registro de entrada para su información. Del mismo modo, el grupo motor comunicará estos resultados a los usuarios y entidades que hayan participado en cualquier momento del proceso.

En este informe se solicita al grupo motor que facilite la información requerida: localizar en el mapa de rutas los recursos del barrio que se vayan a representar (punto de partida, centro sanitario, paradas de autobús, bancos públicos, parques y jardines, y otros activos considerados beneficiosos para la salud) y qué elementos hacen que el barrio sea atractivo para animar a caminar y realizar actividad física. También se solicitará una breve información sobre las características y descripción de la zona por la que discurrirán las rutas acordadas (alrededor de doce líneas). Esta puede incluir el tipo de población que vive allí, los recursos disponibles, las características urbanísticas, la topografía y los barrios (en su caso).

Consenso y aprobación de la ruta

Si la ruta cumple los requisitos mínimos para cada tramo, quedará aprobada.

Si el análisis revela que hay tramos que no son adecuados para caminar, se deberán definir otros alternativos. Por este motivo, el grupo motor volverá a reunirse y encontrará nuevos tramos que conecten con los que hayan resultado satisfactorios. A continuación, estos nuevos tramos propuestos volverán a evaluarse mediante el cuestionario de percepción. Todas las actividades y acuerdos alcanzados sobre este punto final quedarán reflejados en el acta de la reunión.

Este punto se puede repetir tantas veces como sea preciso, hasta llegar a obtener todos los tramos aptos para caminar.



B. Poner en práctica la actividad

FASE 4. ESTABLECER UN PLAN. ACTUAR

4.1. Incorporación de la ruta al mapa de activos

Un miembro del grupo motor incluirá la ruta saludable creada en el mapa de activos en la web del Ministerio de Sanidad «Localiza Salud». Así, la ruta queda registrada como un activo en salud.

4.2. Edición del material de difusión

Una vez diseñada la ruta, se iniciará el proceso de elaboración y edición del material de difusión (paneles, dípticos, etc.). La responsable del programa del SPS-DGSP coordinará la edición de los materiales, que permitirán visualizar el trazado de la ruta e incluirá la siguiente información:

1) Características de la ruta: tiempo estimado de recorrido, gasto calórico, nivel de dificultad, etc.

2) Información de la zona (aportada por el grupo motor): recursos del barrio representado en el mapa (punto de partida, centro sanitario, paradas de bus, bancos, parques, jardines, etc.) y elementos que hacen atractiva la zona para caminar.

3) Información para el usuario: consejos sobre los beneficios de la actividad física y recomendaciones de seguridad (anexo 8).

El panel se ubicará en un lugar visible del centro sanitario (anexo 9) y tanto el panel como el díptico incluirán un código QR que redirija a la web.

Se podrán elaborar otros materiales promocionales (camisetas, gorras y mochilas, etc.). Las entidades interesadas en editar material con logotipos o imágenes lo solicitarán a la responsable del programa del SPS-DGSP.

4.3 Difusión de la ruta

Para dar a conocer la ruta saludable y fomentar su uso, se recomienda organizar un acto inaugural promovido por el grupo motor. Este acontecimiento contará con la participación de la ciudadanía, del centro sanitario, de las entidades locales y del ayuntamiento, reforzando así el compromiso colectivo con la promoción de la salud.

Es fundamental animar especialmente a las personas que más lo necesiten (sedentarismo, soledad, etc.) a unirse a la iniciativa.

El díptico de la ruta estará accesible desde la Historia Clínica Electrónica (HCE) para poderlo ofrecer a las personas atendidas.

La ruta también se publicará en los siguientes sitios web:

- EinaSalut (anexo 10): contiene la misma información de los dípticos y paneles, una descripción breve de la zona y datos sobre el grupo motor (el grupo motor aportará dicha información al Servicio de Promoción de la Salud: promociosalut@dgsanita.caib.es).

- IDEIB: Instituto de Datos Espaciales de las Illes Balears.
- Servicio de Salud de las Illes Balears.
- Sitios web de los ayuntamientos.

Cada entidad, centro sanitario o ayuntamiento hará difusión a través de sus canales habituales (redes sociales, correos, SMS, etc.), utilizando un cartel unificado (anexo 11). También se podrá hacer difusión a farmacias, centros educativos, locales de jóvenes, instalaciones deportivas, lugares de culto, servicios sociales, centros de personas mayores, ferias locales y días mundiales relacionados con la actividad física.

En el centro de salud o unidad básica se podrá utilizar un video promocional en las salas de espera y se recomienda hacer difusión a través del programa Pacient Actiu de las Illes Balears.

4.4. Recomendación de la ruta saludable como un activo en salud

La entidad, ayuntamiento o centro sanitario promotor de la ruta convocará una reunión informativa para presentar la iniciativa a sus equipos. En ella se expondrán los materiales disponibles, el cronograma de los grupos de caminantes (si está creado), la metodología de captación, etc.

Posteriormente, los profesionales podrán recomendar la ruta individualmente o facilitar la inscripción a los grupos de caminantes (ver punto 4.6).

4.5. Prescripción social de la ruta (solo por los profesionales de la zona básica de salud)

En los centros de salud se podrá promover el uso de la ruta mediante la prescripción social. Es un mecanismo formal con el que los profesionales de la salud pueden abordar las necesidades de las personas de una forma más integral y ayudarlas a llevar una vida más activa. Esta prescripción se hará a través de la Historia Clínica Electrónica (HCE). La ruta se prescribirá habitualmente de septiembre–octubre a mayo–junio, con una frecuencia mínima de dos días por semana y sesiones de sesenta minutos.

La prescripción se podrá hacer:

- En las consultas individuales (nivel 1 de orientación comunitaria).
- En los talleres grupales de educación para la salud (nivel 2 de orientación comunitaria).

Para evaluar el impacto de la actividad prescrita en la salud y calidad de vida de la persona, se hará una valoración inicial, cuando se haga la prescripción social, y una valoración final, citando a la persona al cabo de nueve meses. Para hacerlo, se utilizarán los cuestionarios IPAQ y EuroQol 5D–5L (disponibles en la HCE).

En resumen, la función principal de los profesionales sanitarios es promover la actividad física mediante la prescripción de la ruta y evaluar el impacto **en la salud de la persona**. Además, en el grupo motor participará algún profesional del centro de salud o UBS (preferentemente miembro del equipo directivo o de la comisión de salud comunitaria) (ver fase 1).

4.6. Grupos de caminantes

Para fomentar el uso de la ruta y favorecer la cohesión social, se podrán organizar grupos de caminantes.

El grupo motor será el encargado de **planificar y coordinar** los grupos. Sus funciones incluyen la elaboración de un cronograma, la definición de horarios, la captación de los participantes, la gestión de la dinamización de los grupos y la evaluación, entre otros. Se designará a una persona del grupo motor como responsable de los grupos de caminantes. En la planificación, habrá que tener presente que el objetivo es incrementar el número de personas que caminan y promover una participación ciudadana creciente hasta lograr el control comunitario (ver figura 1).

Duración de la temporada: Se recomienda que la actividad tenga una duración de ocho o nueve meses, se inicie entre septiembre y octubre y finalice entre mayo y junio del año siguiente.

Frecuencia y horario: El escenario ideal es que los grupos caminen un mínimo de dos veces por semana, en horario por la mañana o por la tarde.

Duración de cada sesión: Cada caminata deberá tener una duración aproximada de sesenta minutos, ampliable si se añaden actividades complementarias (ver apartado 4.7).

Captación de participantes: La captación se llevará a cabo mediante la recomendación activa del grupo motor, así como de las instituciones, entidades, farmacias, asociaciones y otros agentes del barrio o municipio, utilizando los canales de información disponibles.

En el centro sanitario, se podrá hacer la captación en las unidades administrativas, las consultas, visitas domiciliarias, talleres de educación para la salud grupal y otras actividades comunitarias que se organicen en los centros de salud.

Es importante tener en cuenta la población diana y sus necesidades, y promover la equidad. Por eso, se recomienda incluir personas de diferentes colectivos y entidades del barrio, así como fomentar la participación de personas con diversidad funcional y personas migradas. También se puede promover la interacción generacional, integrando personas mayores y niños en un mismo grupo, para reforzar la cohesión social y los vínculos comunitarios. Se recomienda que los grupos estén formados por unas quince o veinte personas.

Dinamización y liderazgo de los grupos: Al inicio y al final de la temporada, el responsable del grupo motor se reunirá con el grupo de caminantes participantes en la primera y en la última caminata.

En la primera salida se consensuará quién dinamizará el grupo. Se recomienda avanzar hacia un modelo de control comunitario (ver figura 1) y promover que asuman esta tarea monitores de ocio, voluntarios, pacientes activos formadores u otras personas vinculadas a la comunidad.

La persona dinamizadora conocerá bien la ruta y motivará y cohesionará al grupo. Se coordinará con el responsable del grupo motor para comunicarle dudas o incidencias.

En el centro sanitario, se puede hacer la captación en las unidades administrativas, las consultas, visitas domiciliarias, talleres de educación para la salud grupal y otras actividades comunitarias que se organicen en los centros de salud.

Recogida de datos

Datos de los grupos: El responsable del grupo motor recogerá el número de grupos creados y el de participantes en cada grupo, al inicio y al final de temporada (anexos 15 y 16). Lo enviará a la persona responsable del programa del SPS-DGSP.

Datos de los participantes: Para evaluar el impacto en salud y la calidad de vida, los participantes cumplimentarán un cuestionario de actividad física (IPAQ) y un cuestionario de calidad de vida (EQ-5D-5L) al inicio y al final de la temporada, a través de la plataforma EinaSalut (anexo 12). El responsable del grupo motor facilitará el enlace a los participantes, que cumplimentarán los cuestionarios con su dispositivo móvil. Si algún participante no dispone de este, se le ofrecerá la versión en papel.

Cada cuestionario tiene un campo «Clave de estudio», en el que hay que introducir un código proporcionado por el responsable del grupo motor (anexo 13). El responsable del grupo motor recogerá los cuestionarios en papel y los enviará a la persona responsable del programa del SPS-DGSP.

Encuesta de satisfacción: El último día de la temporada, cada participante cumplimentará una encuesta de satisfacción en papel (anexo 14). El responsable del grupo motor las recogerá y hará llegar a la responsable del programa del SPS-DGSP.

La información sobre los datos de los participantes se recogerá en la primera salida. Ha de constar el responsable del grupo motor, la persona dinamizadora, el número de participantes y los cuestionarios realizados (anexo 15). En la última salida se añadirán los resultados de la encuesta de satisfacción (anexo 16).

Al final de la temporada, el grupo motor comprobará el estado de la ruta para identificar posibles alteraciones (pavimento, etc.) y rellenará una hoja de incidencias (anexo 17) que se enviará a la responsable del programa del SPS-DGSP para que lo remita al ayuntamiento correspondiente y haga su seguimiento, en su caso.

Como resumen, el grupo motor nombrará un responsable de los grupos de caminantes que participe en la primera y en la última salida. En la primera salida, el grupo consensuará quién será la persona dinamizadora. A continuación, la tabla 1 resume el rol y las funciones de cada uno.

Una vez finalizada la temporada, la persona responsable del programa de rutas saludables del SPS-DGSP elaborará un informe con los datos recogidos y lo enviará al grupo motor para que haga difusión entre los profesionales, instituciones, asociaciones, ciudadanía y participantes en los grupos. Esta información servirá para planificar la siguiente temporada.

Tabla 1. Rol y funciones de las personas con responsabilidades en los grupos de caminantes de las rutas

	Coordinadora del programa de rutas de la SPS-DGSP	Responsable de los grupos de caminantes del grupo motor	Dinamitzadora del grupo de caminantes
Perfil	Persona asignada en el SPS-DGSP	Persona asignada por el grupo motor de entre sus miembros (institución, asociación, entidad, usuarias, etc.)	Persona acordada entre el responsable del grupo motor y el grupo de caminantes (preferentemente: monitor de ocio, paciente activo formador u otra persona vinculada a la comunidad).
Participación en las salidas		En la primera y en la última salida (inicio y final de temporada).	Todas las salidas de la temporada.
Funciones	<p>Recibe la información sobre los datos del grupo y las encuestas de satisfacción.</p> <p>Analiza los resultados de los cuestionarios de actividad física y calidad de vida recogidos en EinaSalut.</p> <p>Recibe la hoja de incidencias de la ruta y la remite al ayuntamiento.</p> <p>Elabora un informe anual sobre la participación e impacto de los grupos de caminantes y lo difunde al grupo motor.</p>	<p>Acuerda quién será la persona dinamizadora.</p> <p>Recoge los datos de participación.</p> <p>Da su apoyo en la recogida de los cuestionarios.</p> <p>Asigna un código al grupo para clave de estudio (ver la recogida de datos, punto 4.6 y anexo 13).</p> <p>Distribuye las encuestas de satisfacción.</p> <p>Transmite las incidencias a la persona responsable del SPS-DGSP.</p>	<p>Motiva y cohesiona al grupo de caminantes.</p> <p>Comunica incidencias a la persona responsable de los grupos de caminantes del grupo motor.</p>

4.7. Actividades complementarias

El grupo motor podrá coordinar y hacer el seguimiento de posibles actividades complementarias que se organicen de manera paralela a las rutas.

Es necesario consensuar el tipo y el cronograma de las actividades y la forma de hacer la difusión y la captación de los participantes, teniendo en cuenta la equidad y los ejes de desigualdad. También se establecerá qué rol ha de tener cada entidad (captación, liderazgo, dinamización, evaluación, etc.) en cada actividad complementaria, de forma que los integrantes del grupo se coordinen aportando los recursos más adecuados. Aun así, hay que tener en cuenta que el objetivo es que el nivel de participación ciudadana escale progresivamente hasta el control comunitario.

En las actas de las reuniones del grupo motor quedará constancia de los acuerdos respecto a las actividades complementarias.

C. Evaluación

FASE 5. EVALUACIÓN

¿Por qué evaluar?

- Para conocer la aceptación, satisfacción y uso de las rutas diseñadas por y con la ciudadanía y establecer mejoras cuando sea pertinente.
- Para conocer el impacto en la salud y el bienestar de la población para justificar la necesidad de mantenerlas.
- Para identificar áreas de mejora y diseñar e implementar los cambios necesarios.
- Para reforzar la acción comunitaria y el tejido social de la comunidad.
- Para impulsar los objetivos de la Estrategia de Promoción de la Salud y la Estrategia de Salud Comunitaria.

Cómo evaluar

La evaluación se llevará a cabo teniendo en cuenta los criterios descritos a continuación:

- **Adecuación:** se corresponde con las áreas y estrategias del Sistema Nacional de Salud (Ministerio) y la Estrategia de Salud de la UE.
- **Pertinencia:** sus objetivos se corresponden con las necesidades y características de la población a la que se dirige.
- **Evaluabilidad:** se evalúa de acuerdo con los objetivos planteados.
- **Evidencia:** se basa en el mejor conocimiento científico disponible.
- **Efectividad:** obtiene resultados positivos en condiciones reales.
- **Posibilidad de transferencia (factibilidad):** puede servir como modelo de aplicación en otros y varios contextos.
- **Eficiencia:** consigue los objetivos marcados optimizando los recursos existentes.
- **Sostenibilidad:** se mantiene con los recursos disponibles y se adapta a las exigencias sociales, económicas y medioambientales del contexto en el que se desarrolla.
- **Equidad:** incorpora objetivos específicos de disminución de desigualdades en salud.
- **Participación:** incluye mecanismos de participación de la ciudadanía o involucra a las personas implicadas.
- **Intersectorialidad:** promueve las relaciones con sectores diferentes al sanitario.
- **Aspectos éticos:** respeto por los derechos de las personas y consideración de los principios éticos.

1.Una lista de comprobación de evaluación continua. En cada fase de la acción comunitaria existe una lista de comprobación que se irá completando de tal manera que, a medida que se sucedan las fases, se disponga de una idea de mejora, es decir, como un método de evaluación continuada (ver anexo 1).

2.Indicadores de estructura, proceso y resultados definidos a continuación. Para cada indicador se define el método y el responsable de la evaluación.

Indicadores de estructura

Indicador:	Método	Responsable
Infraestructura		
Porcentaje de CS o UBS que disponen al menos de una ruta saludable: número de CS y UBS con ruta / número de CS o UBS *100 por tipos de centro y año	Registro documental	SPS-DGSP
Participación		
Porcentaje de rutas que tienen un grupo motor: número de rutas que tienen un grupo motor / número de rutas * 100 y año	Registro documental	SPS-DGSP
Participantes en los grupos motores y porcentaje según perfiles: participación sectorial (sector sanitario, entidades, ayuntamientos, sector educativo) y no sectorial (ciudadanía) por municipio, ZBS, isla	Registro de composición de grupos motores	SPS-DGSP

Indicadores de proceso:

Indicador:	Método	Responsable
Planificación y coordinación:		
Porcentaje de actas extendidas: número de actas extendidas / número de reuniones *100	Revisión documental	Grupo motor
Porcentaje de informes de adecuación emitidos: número de informes de adecuación de la ruta emitidos / número de rutas nuevas *100	Revisión documental	SPS-DGSP
Estat de les rutes:		
Porcentaje de recomendaciones de infraestructuras implementadas: número de recomendaciones de infraestructuras del entorno llevadas a cabo por parte del ayuntamiento / número de recomendaciones propuestas *100 (por municipio)	Revisión documental del informe de adecuación de la ruta	SPS-DGSP
Porcentaje de incidencias: número de incidencias registradas / número de rutas *100	Revisión documental de las incidencias	SPS-DGSP
Porcentaje de incidencias resueltas: número de incidencias resueltas / número de incidencias notificadas	Revisión documental de las incidencias	Persona dinamizadora y grupo motor SPS-DGSP

Comunicación y difusión		
Nombre i tipus de material distribuït per any i per ruta	Registro de material distribuido	SPS-DGSP
Nombre de visites a rutes saludables en webs: EinaSalut, Ib-Salut, ajuntaments i any	Google Analytics	SPS-DGSP e instituciones
Participación		
Número de prescripciones sociales efectuadas por sexo, edad, centro de salud y año	e-SIAP	Subdirecciones gerencias
Porcentaje de grupos de caminantes liderados por la comunidad ¹ : número de grupos de caminantes dinamizados por la comunidad / número de grupos de caminantes *100	Acta de la primera reunión. Hoja de la primera y la última salida (anexo)	Grupo motor

1. Se refiere a que no está liderado por una institución, por lo que se considera que se ha escalado hasta el control comunitario en el nivel de participación (ver figura 1, página 4).

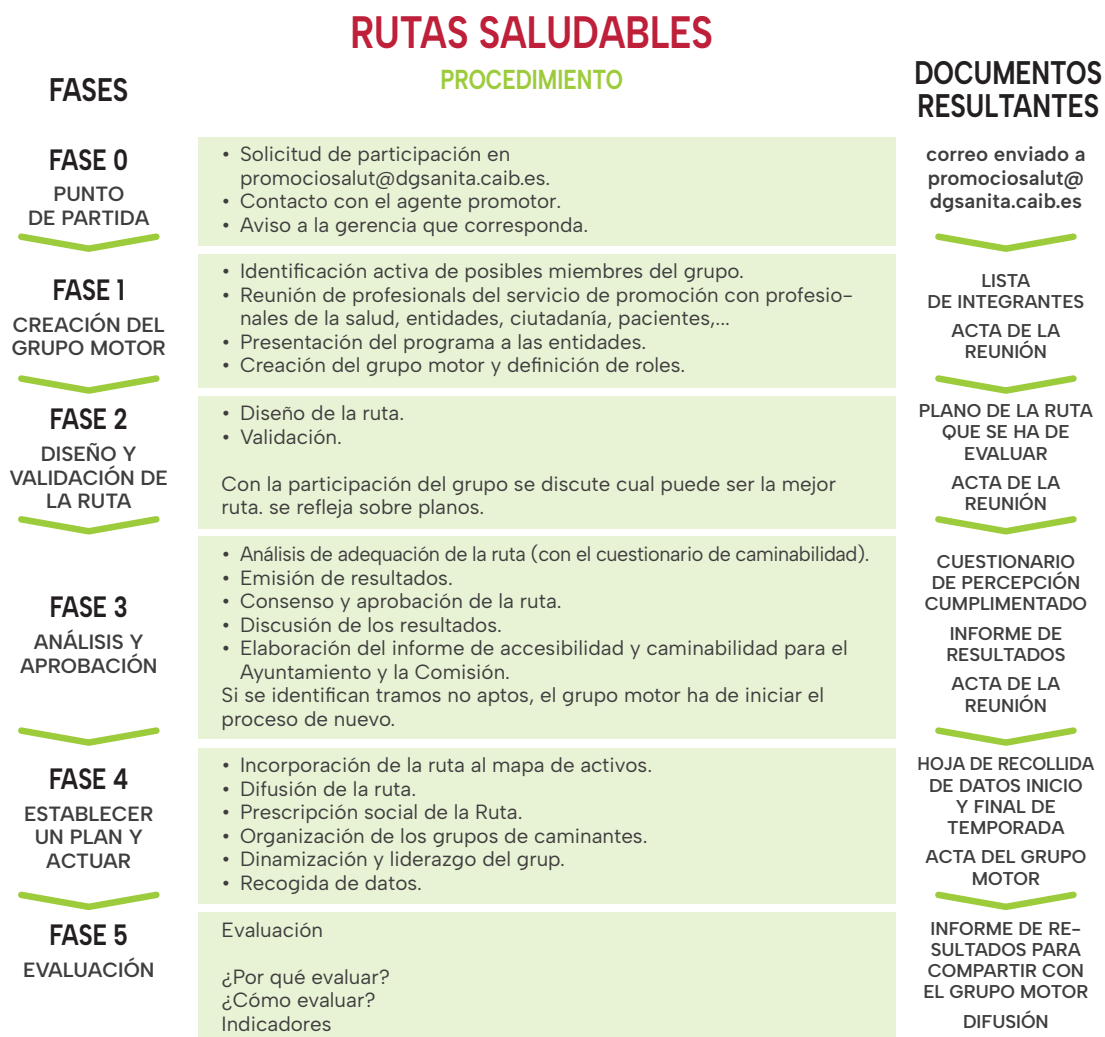
Indicadores de resultados:

Indicador:	Método	Responsable
Participación:		
Número de grupos de caminantes (por centro sanitario, municipio, isla) Número de participantes global y por grupo de caminantes (por sexo, grupos de edad, municipio, isla, etc.)	Acta de la primera reunión	SPS-DGSP
Satisfacción:		
Porcentaje de participantes que valoran positivamente la actividad: número de participantes que valoran positivamente la actividad / número de participantes que han rellenado la encuesta de satisfacción *100 (por sexo, grupos de edad, etc.)	Encuesta de satisfacción	SPS-DGSP
Porcentaje de participantes que recomendaría esta actividad: número de participantes que recomendaría la actividad / número de participantes que han rellenado la encuesta de satisfacción *100 (por sexo, grupos de edad, etc.)	Encuesta de satisfacción	SPS-DGSP
Impacto en salud:		
Porcentaje de participantes que han aumentado el nivel de actividad física al final de la temporada: número de participantes que han aumentado el nivel de AF / número de participantes que han rellenado el cuestionario IPAQ *100 (global y por sexo, isla, grupos, etc.)	Cuestionario IPAQ pre/post: EinaSalut	SPS-DGSP
Grado de mejora de la percepción de la calidad de vida de los participantes: número de participantes que han mejorado su percepción de calidad de vida / número de participantes que han rellenado el cuestionario EQ-5D-5L (global y por sexo, isla, grupos, etc.).	Cuestionario EQ-5D-5L pre/post: EinaSalut	SPS-DGSP

Sostenibilidad y continuidad		
Porcentaje de rutas que tienen grupos de caminantes: número de rutas con grupos de caminantes / número de rutas existentes *100 por año, isla	Revisión documental de las actas	Grupo motor
Porcentaje de centros sanitarios promotores de la salud con incorporación de la ruta en el plan de acción: número de centros sanitarios promotores de la salud que han incorporado esta actividad en sus planes de acción / número de centros sanitarios promotores de la salud *100 por año, isla	Revisión documental	Responsable de programa Procesa
Porcentaje de municipios saludables con la incorporación de la ruta en el plan de acción: número de municipios saludables que han incorporado esta actividad en sus planes de acción / número de municipios saludables *100 por año, isla	Revisión documental	Responsable de programa de municipios saludables

A continuación, se presenta una infografía (figura 3) como resumen de todas las fases del procedimiento y de los documentos a elaborar en cada una de las fases.

Figura 3. Procedimiento de las rutas saludables





GLOSARIO

(incluye abreviaturas)

Agente promotor: persona o entidad que impulsa el desarrollo de una ruta alrededor de un centro sanitario en una ZBS, barrio o municipio.

Control comunitario: máximo nivel de participación en la toma de decisiones de un proceso participativo o comunitario.

EALVAC: Estrategia de Alimentación y Vida Activa, promovida por la Dirección General de Salud Pública de las Illes Balears con el objetivo de disminuir la prevalencia de la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas y mejorar la calidad de vida y el bienestar de la ciudadanía de las Illes Balears.

ENT: enfermedad no transmisible. Son aquellas enfermedades que no se transmiten de persona a persona y que tienen una evolución lenta y de larga duración. Son causadas por una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. Las principales son: enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y trastornos metabólicos como la obesidad.

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enfermedad crónica de los pulmones que se caracteriza por una obstrucción no reversible del flujo aéreo, que provoca una dificultad progresiva para respirar y genera limitaciones importantes a quien la sufre.

EQ-5D-5L: instrumento estandarizado para recoger el estado de salud actual autodeclarado por una persona adulta. Incluye cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión. Para cada dimensión se determina el nivel de gravedad: sin problemas, leves, moderados, graves y extremos. Además, incorpora una escala visual analógica (EVA) que permite a la persona valorar de manera subjetiva la percepción global sobre su salud, situándola en un rango numérico que va del peor al mejor estado imaginable.

Este instrumento es muy útil para la planificación urbana saludable, pues permite hacer diagnósticos y propuestas de mejora para fomentar la movilidad activa y, por lo tanto, la salud de la población.

Grupo motor: conjunto de personas con el objetivo de liderar y coordinar la implementación de una ruta saludable en su ZBS, barrio o municipio. Tienen que representar diferentes sectores de la sociedad. Pueden participar en nombre de una entidad o asociación o a título individual.

IDEIB: Infraestructura de Datos Espaciales de las Illes Balears. Instituto Cartográfico y Geográfico de las Illes Balears.

IPAQ: acrónimo de International Physical Activity Questionnaire (Cuestionario Internacional de Actividad Física).

Es un instrumento estandarizado y validado internacionalmente que se utiliza para medir el nivel de actividad física de las personas adultas (en-

tre 15 y 69 años), tanto en el ámbito de la investigación como en la práctica clínica y de salud pública. El objetivo del IPAQ es evaluar la cantidad e intensidad de actividad física realizada durante la última semana.

- La amplitud y continuidad de las aceras.
- La conexión entre barrios y servicios.
- La presencia de sombras, bancos y espacios verdes.
- La seguridad viaria y la señalización.
- La variedad de usos (vivienda, comercio, servicios).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Persona coordinadora del Programa de Rutas Saludables: profesional del Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública (SPS-DGSP) encargada de coordinar el Programa de Rutas Saludables y apoyar a los grupos motores.

Persona dinamizadora de un grupo de caminantes: persona escogida por los participantes de un grupo de caminantes para liderarlos. Tiene que conocer bien la ruta y ser capaz de cohesionar y motivar el grupo. Esta tarea tiene que ser asumida preferentemente por monitores de ocio, voluntarios, pacientes activos formadores u otras personas vinculadas a la comunidad.

Persona responsable de los grupos de caminantes: miembro del grupo motor escogido para coordinar los grupos de caminantes.

QPeCEU: acrónimo de Cuestionario de Percepción de Caminabilidad del Entorno Urbano. Instrumento validado y desarrollado por la Dirección General de Salud Pública de las Illes Balears para evaluar la caminabilidad de los entornos urbanos. Su nombre proviene de las iniciales de las dimensiones que analiza. Sirve para identificar si un entorno urbano favorece o dificulta el hecho de andar, teniendo en cuenta aspectos como:

SPS-DGSP: Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública de las Illes Balears.

UBS: unidad básica de salud, estructura funcional y territorial desde la que se presta la asistencia sanitaria de atención primaria, mediante un centro de salud de referencia y otros dispositivos asistenciales asociados. Cada UBS está vinculada a un centro de salud, que actúa como nodo central para la coordinación y derivación de servicios.

ZBS: zona básica de salud, circunscripción funcional del sector sanitario, en la que se presta la asistencia sanitaria de atención primaria a través de un centro de salud y de unidades básicas de salud que tienen el centro de salud como centro de referencia.



BIBLIOGRAFÍA

1. WESTENHÖFER J, NOURI E, RESCHKE ML, SEEBACH F, BUCHCIK J. *Walkability and urban built environments—a systematic review of health impact assessments (HIA)*. BMC Public Health. 2023 Mar 17;23(1):518. doi: 10.1186/s12889-023-15394-4. PMID: 36932349; PMCID: PMC10024446. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36932349/>
2. KYU HH, BACHMAN VF, ALEXANDER LT, MUMFORD JE, AFSHIN A, ESTEP K. *Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. BMJ. 2016;354:i3857. <https://doi.org/10.1136/bmj.i3857>.
3. GRAY SR, BAKER G, WRIGHT A, FITZSIMONS CF, MUTRIE N, NIMMO MA. *The effect of a 12 week walking intervention on markers of insulin resistance and systemic inflammation*. Prev Med. 2009 Jan;48(1):39-44. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.10.013. Epub 2008 Oct 29. PMID: 19010347. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19010347/>
4. ZHENG H, ORSINI N, AMIN J, WOLK A, NGUYEN VT, EHRLICH F. *Quantifying the dose-response of walking in reducing coronary heart disease risk: meta-analysis*. Eur J Epidemiol 2009;24 (4):181-92.
5. SHOFAN Y, KEDAR O, BRANSKI D, BERRY E, WILSCHANSKI M. *A school-based program of physical activity may prevent obesity*. Eur J Clin Nutr 2011. 65(6):768-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/ejcn.2011.25>
6. WILLIAMS DM, MATTHEWS CE, RUTT C, NAPOLITANO MA, MARCUS BH. *Interventions to increase walking behavior*. Med Sci Sports Exerc 2008 Jul;40(7 Suppl.):S567-S573.
7. SIEVERDES JC, RAY BM, SUI X, LEE DC, HAND GA, BARUTH M. *Association between leisure time physical activity and depressive symptoms in men*. Med Sci Sports Exerc. 2012;44(2):260-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31822e00a6>
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Ginebra (Suïssa), 2003 [acces 26 nov. 2013]. Disponible a: www.who.int/whr/2002/en/index.html.
9. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Resultados detallados de la Encuesta de Salud de España 2023*. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=12056&capsel=12057>
10. LEE IM, BUCHNER DM. *The importance of walking to public health*. Med Sci Sports Exerc 2008; 40(7 Suppl.):S512-S518. Disponible en: <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31817c65d0>
11. WILLIAMS DM, MATTHEWS CE, RUTT C, NAPOLITANO MA, MARCUS BH. *Interventions to increase walking behavior*. Med Sci Sports Exerc. 2008; 40(7 Suppl.):S567-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31817c7006>

12. STEPHEN A. *Walkability Scoping Paper*. New Zealand; 2005 Mar.
13. SAELENS BE, SALLIS JF, FRANK LD. *Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures*. *Ann Behav Med* 2003; 25 (2):80-91.
14. SAELENS BE, HANDY SL. *Built environment correlates of walking: a review*. *Med Sci Sports Exerc*. 2008 Jul; 40 (7 Suppl):S550-66.
15. RENALDS A, SMITH TH, HALE PJ. A systematic review of built environment and health. *Fam Community Health*. 2010 Jan-Mar; 33(1):68-78. doi: 10.1097/FCH.0b013e3181c4e2e5. PMID: 20010006. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20010006/>
16. FRANK LD, SCHMID TL, SALLIS JF, CHAPMAN J, SAELENS BE. *Linking objectively measured physical activity with objectively measured urban form: findings from SMARTRAQ*. *Am J Prev Med* 2005; 28(2 Suppl 2):117-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.11.001>
17. SAELENS BE, SALLIS JF, BLACK JB, CHEN D. *Neighborhood-based differences in physical activity: an environment scale evaluation*. *Am J Public Health* 2003 Sep; 93(9):1552-8.
18. GOVERN DE LES ILLES BALEARS. *Protocol d'implantació Rutes saludables 2014*. Disponible a: <https://docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/18220/protocol-implantacio-rutes-saludables-ca.pdf?sequence=1>
19. ARTIGUES G, MATEO S, RAMOS M, CABEZA E. *Validation of the Urban Walkability Perception Questionnaire (UWPQ) in the Balearic Islands*. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 11;17(18):6631. doi: 10.3390/ijerph17186631.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization. 2018. Disponible a: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?sequence=1>
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on physical activity 2022*. WHO Press, World Health Organization. 2022. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059153>
22. MINISTERIO DE SANIDAD. *Hacia Rutas Saludables. Guía para el diseño, implementación y evaluación de un Plan de Ruta(s) Saludable(s)*. 2019. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/rutasSaludables.htm>
23. MINISTERIO DE SANIDAD. *Actividad física para la salud y reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población*. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid. 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/actividadFisica/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf
24. CABEZA E., RAMOS M.J., MARCH S., NÚÑEZ C, VIDAL C, FONT M.A., MORENO L., CÁCERES,Y., MIGUÉLEZ A. *Estratègia Social de Promoció de la Salut de les Illes Balears 2016–26*. Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears, 2019.

25. ELENA PÉREZ BEATRIZ MORENO ISABEL MARTÍN ET AL. *Pla de promoció de l'activitat física i prescripció d'exercici físic de les Illes balears Pla B@les*. Direcció General d'Esports. Conselleria d'Afers Socials i Esports, 2022.
26. SERVERA GORNALS M, MUNUERA ARJONA S, VIDAL THOMAS MC, CABEZA IRIGOYEN E. *Plan estratégico de atención primaria del Servicio de Salud de las Islas Baleares 2022-2026: salud comunitaria*. Palma: Consejería de Salud y Consumo, 2023.



ANEXOS

Anexo 1. Lista de comprobación de las fases para la creación e implantación de la ruta

FASE 0: PUNTO DE PARTIDA

¿Quién? Persona responsable del programa del Servicio de Promoción de la Salud	SÍ	NO
¿Ha quedado registrada la solicitud de participación?		
¿Se ha contactado con la responsable del CS o UBS que corresponda?		
¿Se ha contactado con la gerencia del área?		

FASE 1. CREACIÓN DEL GRUPO MOTOR

¿Quién? El agente promotor de la ruta, con el apoyo de la persona responsable del programa del SPS-DGSP	SÍ	NO
¿Se promueve la vinculación con otros proyectos afines del territorio?		
¿Se ha hecho una búsqueda activa de entidades, ONG, profesionales de los CS, técnicos del ayuntamiento, ciudadanía?		
¿Se ha contactado con los espacios de participación comunitarios existentes (mesas, comisiones, consejos, etc.) para integrar o coordinar la acción comunitaria?		
¿Se ha convocado a una reunión de coordinación?		
¿Se ha constituido el grupo motor con los sectores implicados? (anexo 2)		
¿Se han distribuido las tareas entre los componentes del grupo motor?		
¿Se ha redactado el acta de la reunión? (anexo 3)		

FASE 2. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA RUTA

¿Quién? Grupo motor	SÍ	NO
¿Se valoran recorridos factibles para cumplir las recomendaciones de actividad física (distancia, características del recorrido, etc.)?		
¿Se tienen en cuenta las preferencias y las necesidades de la ciudadanía?		
¿Se valida la ruta propuesta sobre el terreno con el mayor número de personas posible?		
¿Se ha redactado y enviado el acta de la reunión?		

FASE 3. ANÁLISIS Y APROBACIÓN

¿Quién? La responsable del programa del SPS-DGSP / Grupo motor	SÍ	NO
¿Se ha elaborado el informe de adecuación de la ruta validada?		
¿Se ha enviado el informe al ayuntamiento y al grupo motor?		
¿Se ha comprobado el estado de la ruta por parte del grupo motor?		
¿Se ha enviado la hoja de incidencias, en caso necesario, al ayuntamiento?		
¿Se ha comprobado si se han hecho las mejoras propuestas al ayuntamiento?		

FASE 4. ESTABLECER UN PLAN Y ACTUAR

¿Quién? Grupo motor	SÍ	NO
¿Se ha introducido la ruta en Localiza Salud?		
¿Se ha hecho difusión de la ruta?		
¿Se ha hecho una planificación y coordinación de los grupos de caminantes?		
¿Se ha identificado a la persona dinamizadora del grupo de caminantes?		

FASE 5. EVALUACIÓN

¿Quién? Persona responsable del programa del SPS, DGSP, grupo motor / persona dinamizadora de la ruta	SÍ	NO
¿Se ha recogido la información para la evaluación de estructura?		
¿Se ha recogido la información para la evaluación de proceso?		
¿Se ha recogido la información para la evaluación de resultados?		
¿El análisis de los datos tiene en cuenta los ejes de desigualdad?		
¿Se ha elaborado el informe anual del programa?		
¿Se han identificado grupos de población vulnerables que no participan y se proponen medidas para incluirlos?		
¿Se han hecho modificaciones en función del informe final, si corresponde?		

Anexo 3. Acta de reunión

FASE 0: PUNTO DE PARTIDA

Modelo de acta para los grupos motores de rutas saludables

CENTRO DE SALUD/
ENTIDAD/ AYUNTAMIENTO

IDENTIFICACIÓN DE LA SESIÓN:

NÚM.:

FECHA:

HORARIO:

LUGAR DE LA REUNIÓN:

ASISTENTES

AUSENTES

ORDEN DEL DÍA

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

ACUERDOS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

FECHA DE LA PRÓXIMA REUNIÓN:

Anexo 4. Cuestionario de percepción de caminabilidad del entorno urbano (QPeCEU)



CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN RUTA SALUDABLE



NOMBRE Y APELLIDOS

ENTIDAD REPRESENTANTE.....

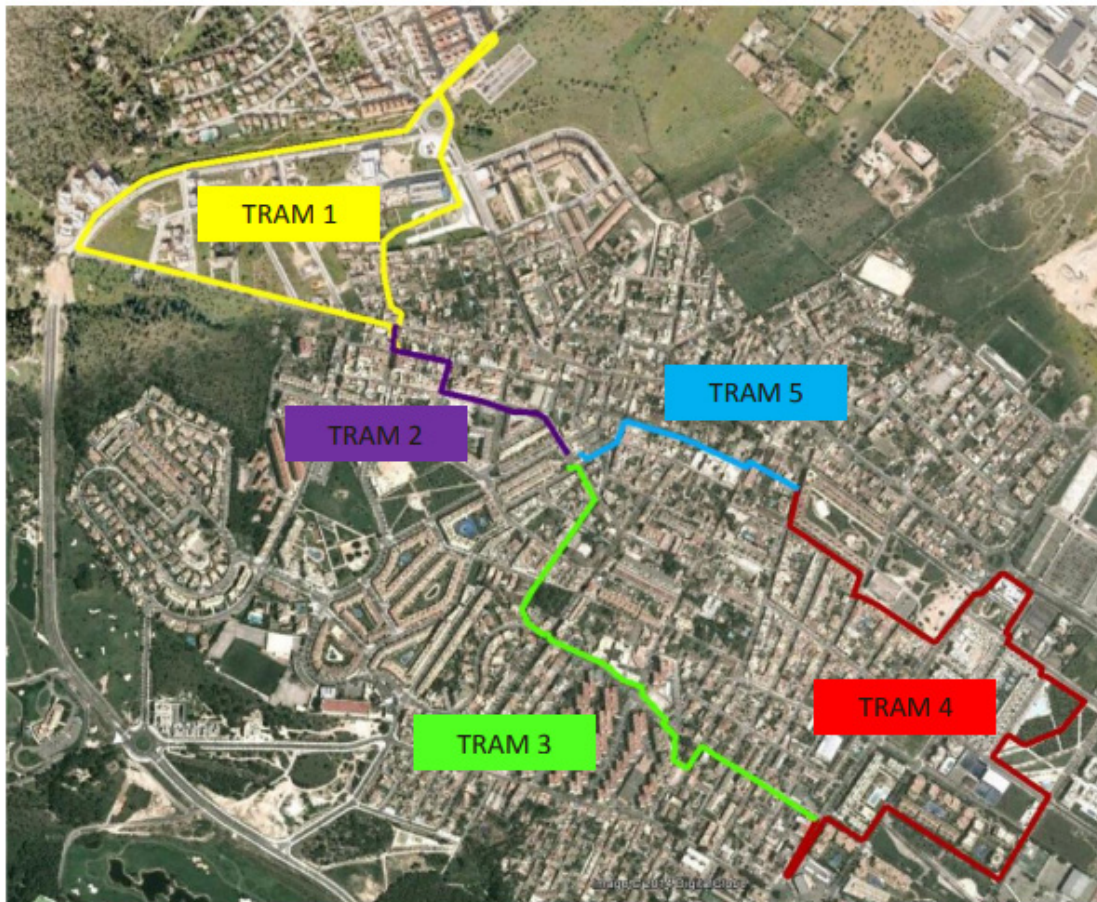
CENTRO DE SALUD.....FECHA.....

- A. INSTALACIONES PARA CAMINANTES
- B. INFRAESTRUCTURA DEL ENTORNO
- C. SEGURIDAD
- D. OPINIÓN GENERAL DEL TRAMO

Enlace [Cuestionario](#)

[Cuestionario.](#)

Anexo 5. Ejemplo: tramos de una ruta para su evaluación con el cuestionario de percepción de caminabilidad



Anexo 6. Ejemplo: resultados de la adecuación de la ruta

Puntuación media y concordancia por tramo de la ruta

Tramo	Puntuación
Tramo 1	0,72
Tramo 2	0,76
Tramo 3	0,86
Tramo 4	0,43
Tramo 5	0,74
TOTAL	0,70

*Se considera una puntuación aceptable cuando el valor es $\geq 0,56$.

De acuerdo con los resultados del análisis, la ruta diseñada tiene una media de puntuación notablemente alta (0,70).

Anexo 7. Ejemplo: fragmento del informe sobre las áreas de mejora

En esta tabla se aprecian los puntos que hay que mejorar según el cuestionario de percepción de la Comisión de Rutes Saludables. Los ítems que aparecen son los que han tenido peor calificación en cuanto a los criterios de caminabilidad.

Comentarios	Tramo 1	Tramo 2	Tramo 3	Tramo 4	Tramo 5
Las condiciones de mantenimiento del suelo no son adecuadas para caminar sin problemas				X	
La acera no es suficientemente amplia para poder caminar cómodamente				X	
La acera tiene muchas obstrucciones				X	
Las aceras no están suficientemente rebajadas en los cruces				X	X
Densidad de tránsito excesiva	X	X	X	X	
Pocos elementos que estimulen a caminar		X		X	X
Poca seguridad de noche				X	X

Anexo 8. Díptico de una ruta saludable



RUTAS SALUDABLES

Ajuntament de Manacor

CONSELLERIA DE SALUT I BENVENIRADA

CONSELLERIA DE SALUT I BENVENIRADA



Ruta 45 Manacor

ca es



SEGURETAT

- Utilitzau calçats, calces i roba transpirable adeients amb la temperatura ambiental.
- Beveu aigua o qualitat boguda isotònica temperada abans de la sessió esportiva, durant i després d'haver-la acabada.
- Seguiu una dieta saludable, ajustada a les vostres necessitats energètiques i variada quant als aliments.
- No feu aqueta acrítica a les hores de més calor (12-18 hores), si la feis, duïu capell, ús de sol i utilitzeu crema solar.
- Si us maneja o sentiu un dolor al pit, interrompeu la pràctica i consulteu un professional de la salut.
- Després d'una lesió practiqueu in situ repos, compressió i elevació del membre.
- Teniu en compte les normes de seguretat de l'activitat realitzada, i sobretot les interseccions i els senyals de trànsit.

BENEFICIS DE LA VIDA ACTIVA

FISIOLÒGICS: Disminueix el risc de patir malalties cardiovasculars (hipertensió arterial, dislipèmies, diabetis, etc.) i cerebrovasculars; ajuda a controlar el pes i manté o incrementa la força muscular; millora la mobilitat articular i prevé o retarda l'inici de l'osteooporosi.

Millora la resistència física.

Millora la coordinació, l'equilibri i la flexibilitat.

PSICOLÒGICS: Millora el benestar, l'humor, les emocions i l'autestima. Disminueix i/o millora els símptomes de l'estrès, l'ansietat o la depressió.

SOCIALS: Fomenta les relacions socials i atoveix la integració en la societat. Incrementa el rendiment a la feina o a l'escola.

SEGURETAT

- Utilitzeu calçats, calces i roba transpirable adequats a la temperatura ambiental.
- Bebeu aigua o alguna beguda isotònica temperada abans, durant i després de haver finalitzat la sessió esportiva.
- Seguiu una dieta saludable, ajustada a les necessitats energètiques i variada en quant als aliments.
- No realitzeu l'activitat en les hores de més calor (12-18 hores) i, en su cas, lleueu sombrero, gafes de sol i utilitzeu crema solar.
- Si se maneja o siente dolor en el pecho, interrumpe la práctica y consulte a un profesional de la salud.
- Acta una lesió practique in situ repos, compressió i elevació del membre.
- Atenda las normas de seguridad de la actividad realizada, y sobre todo las intersecciones y señales de tráfico.

BENEFICIS DE LA VIDA ACTIVA

FISIOLÒGICS: Disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, dislipemias, diabetes, etc.) y cerebrovasculares; ayuda a controlar el peso y mantiene o incrementa la fuerza muscular; mejora la movilidad articular y previene o retrasa el inicio de la osteoporosis.

Mejora la resistencia física.

Mejora la coordinación, el equilibrio y la flexibilidad.

PSICOLÓGICOS: Mejora el bienestar, el humor, las emociones, la autoestima. Disminuye y/o mejora los síntomas del estrés, la ansiedad o la depresión.

SOCIALES: Fomenta las relaciones sociales y favorece la integración en la sociedad. Incrementa el rendimiento en el trabajo o en el colegio.

ca es



Anexo 10. Web Rutas Saludables

<https://einasalut.caib.es/web/ciudadania-activa/rutas-saludables-en-las-islas-baleares>

ES CA Contáctanos

EINA salut per a tothom

inicio ¿cómo estás? quiero estar mejor comparte tu experiencia

quiero estar mejor > quiero moverme más > rutas saludables > rutas saludables en las islas bale...

RUTAS SALUDABLES EN LAS ILLES BALEARS

En nuestro buscador encontrarás todas las rutas implantadas hasta el momento y se ampliará a medida que se vayan incorporando otras nuevas al proyecto. Puedes buscar la ruta por isla, centro de salud o unidad básica de salud. Las fichas de cada ruta incluyen información específica y los mapas disponibles para su descarga en pdf.

RUTAS SALUDABLES

Islas Municipios Centros de salud Unidades básicas de salud

Seleccione isla Seleccione municipio Seleccione centro de salud Seleccione unidad

Filtrar Limpiar filtros

Anexo 11. Cartel unificado de la ruta

RUTAS SALUDABLES

EINA salut per a tothom

¿Te unes a la ruta saludable de tu barrio?

QR Code

C.S Escuela Graduada

FECHA: HORARIO:

Abierto y gratuito para todo el mundo

¡Te esperamos!

Anexo 12. Cuestionarios para evaluar la actividad física (IPAQ) y la calidad de vida EQ-5D-5L

CÁLCULO DE LA INTENSIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA (METS)

IPAQ

* Indica campos obligatorios

Sexo (según indicado en el DNI) * **Edad *** **Código Postal ***

Hombre
 Mujer

Correo electrónico

Si introduces tu dirección de correo, te mandaremos tu evolución respecto a este cuestionario.

Clave estudio (sólo si procede)

¿CÓMO ESTOY DE CALIDAD DE VIDA?

CALIDAD DE VIDA

EQ-5D-5L

* Indica campos obligatorios

Sexo (según indicado en el DNI) * **Edad *** **Código postal ***

Hombre
 Mujer

Correo electrónico

Si introduces tu dirección de correo, te mandaremos tu evolución respecto a este cuestionario.

Clave estudio (sólo si procede)

Debajo de cada enunciado, marque **UNA** casilla, la que mejor describe su salud **HOY**.

MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar
 Tengo problemas leves para caminar
 Tengo problemas moderados para caminar
 Tengo problemas graves para caminar
 No puedo caminar

AUTO-CUIDADO

- No tengo problemas para lavarme o vestirme
 Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
 Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
 Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
 No puedo lavarme o vestirme

ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
 Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
 Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
 Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
 No puedo realizar mis actividades cotidianas

DOLOR / MALESTAR

- No tengo dolor ni malestar
 Tengo dolor o malestar leve
 Tengo dolor o malestar moderado
 Tengo dolor o malestar fuerte
 Tengo dolor o malestar extremo

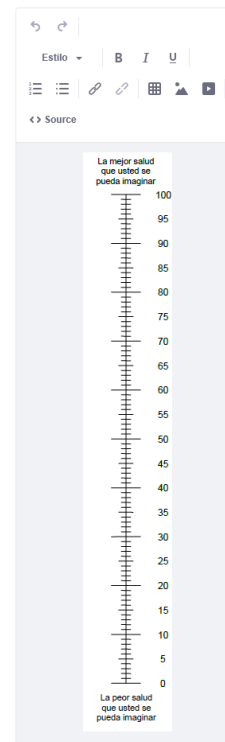
ANSIEDAD / DEPRESIÓN

- No estoy ansioso ni deprimido
 Estoy levemente ansioso o deprimido
 Estoy moderadamente ansioso o deprimido
 Estoy muy ansioso o deprimido
 Estoy extremadamente ansioso o deprimido

Ahora, nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.

En la casilla que encontrará a continuación escriba el número que mejor represente su estado actual, la escala que aparece a su derecha le puede ayudar a determinar cuál es.

- 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.



SU SALUD HOY

Mínimo 0 - Máximo 100

Anexo 13. Lista de códigos

ÁREA O SECTOR	AYUNTAMIENTO	RUTA (R) NÚMERO (N.) RN. (R1, R2...)	NOMBRE	GRUPO (G) NÚMERO (N.) GN. (G1, G2...)	CODIGO DE ESTUDIO: RN./NOMBRE/GN. GN.: a medida que se establezcan los grupos de caminantes adjudicada núm. consecutivos: 1,2,3...
PONENT	PALMA	4	Son Rutllan		R4SonRutllanG_
	PALMA	6	Valldargent		R6ValldargentG_
	PALMA	7	Son Serra-La Vileta		R7SonSerraG_
	PALMA	8	Santa Catalina		R8SantaCatalinaG_
	PALMA	12	Pere Garau		R12PereGarauG_
	PALMA	15	S'Escorxador		R15SescorxadorG_
	PALMA	18	Arquitecte Bennassar		R18ArquitecteBennasarG_
	PALMA	19	Sant Agustí		R19SantAgustiG_
	PALMA	21	Son Sardina		R21SonSardinaG_
	PALMA	22	Son Pisà		R22SonPisaG_
	PALMA	23	Camp Redó		R23CampRedoG_
	PALMA	35	Casa del Mar		R35CasadelMarG_
	PALMA	39	Sa Indioteria		R39SaIndioteriaG_
	PALMA	40	Son Cladera		R40SonCladeraG_
	PALMA	43	El Terreno		R43ElTerrenoG_
	ANDRATX	69	Andratx		R69AndratxG_
	CALVIÀ	27	Son Ferrer		R27SonFerrerG_
	CALVIÀ	50	Santa Ponça		R50SantaPonçaG_
	CALVIÀ	63	Palma Nova		R63PalmanovaG_
	ESPORLES	10	Esporles		R10EsporlesG_
ESTELLENCES	65	Estellencs		R65EstellencsG_	
VALDEMOSSA	60	Valldemossa		R60ValldemossaG_	

MIGJORN	PALMA	1	Escola Graduada		R1EscolaGraduadaG_
	PALMA	5	Son Gotleu		R5SonGotleuG_
	PALMA	11	Emili Darder/ Polígon de Llevant		R11EmiliDarderG_
	PALMA	13	Coll d'en Rabassa		R13CollDenRabassaG_
	PALMA	16	Platja de Palma can Pastilla		R16CanPastillaG_
	PALMA	24	Rafal Nou		R24RafalNouG_
	PALMA	54	Son Ferriol		R54SonFerriolG_
	PALMA	66	S'Arenal		R66ArenalG_
	PALMA	67	Es Pillarí		R67EsPilaríG_
	ALGAIDA	41	Algaida		R41AlgaidaG_
	BINISALEM	70	Binissalem		R70BinissalemG_
	CONSELL	64	Consell		R64ConsellG_
	LLUCMAJOR	26	Trencadors (Arenal de Llucmajor)		R26TrencadorsG_
	LLUCMAJOR	44	Llucmajor		R44LlucmajorG_
	MARRATXÍ	46	Pont d'Inca (Martí Serra)		R46PontdIncaG_
	MARRATXÍ	55	Muntanya		R55MuntanyaG_
	MARRATXÍ	59	Pòrtol		R59PortolG_
	MARRATXÍ	72	Pla de na Tesa		R73PladenaTesaG_
	SANTA EUGÈNIA	53	Santa Eugènia		R53SantaEugeniaG_
	SANTA MARIA	20	Santa Maria		R20SantaMariaG_
PALMANYOLA	74	Palmanyola		R74PalmanyolaG_	
SÓLLER	51	Sóller		R51SollerG_	
ÀREA O SECTOR	AYUNTAMIENTO	RUTA (R) NÚMERO (N.) RN (R1, R2...)	NOMBRE	GRUPO (G) NÚMERO (N.) GN. (G1, G2...)	CODIGO DE ESTUDIO: RN/NOM/GN
TRAMUNTANA	INCA	25	Es Blanquer		R25EsBlanquerG_
	INCA	52	So na Monda		R52SonaMondaG_
	LLOSETA	38	Lloseta		R38LlosetaG_
	LLUBÍ	49	Llubí		R49LlubiG_
	MURO	28	Muro		R28MuroG_
	SELVA	71	Selva		R71SelvaG_
	POLLENÇA	14	Pollença		R14PollensaG_
	SA POBLA	29	Sa Pobla		R29SaPoblaG_

LLEVANT	ALCÚDIA	32	Alcúdia		R32AlcudiaG_
	ALCÚDIA	33	Es Barcarès		R33EsBarcaresG_
	ALCÚDIA	34	Port d'Alcúdia		R34PortAlcudiaG_
	ARTÀ	56	Nuredunna		R56NuredunnaG_
	COLÒNIA DE SANT PERE	75	Colònia de Sant Pere		R75ColoniadesantpereG_
	CAPDEPERA	58	Cala Rajada		R58CalaRajadaG_
	FELANITX	31	Felanitx		R31FelanitxG_
	MANACOR (PORTO CRISTO)	37	Manacor		R37ManacorG_
	MANACOR	45	Porto Cristo		R45PortoCristoG_
	SANTANY	30	Cala d'Or		R30CaladorG_
	PETRA	47	Petra		R47PetraG_
	MONTUÏRI	73	Montuïri		R73MontuiriG_
SON SERVERA	36	Son Servera		R36SonServeraG_	
MENORCA	MAÓ	2	Verge del Toro		R2VergedelToroG_
	MAÓ	3	Dalt Sant Joan		R3DaltSantJoanG_
	CIUTADELLA	17	Canal Salat		R17CanalSalatG_
	FERRERIES	57	Ferrerries		R57FerrerriesG_
	ALAIOR	58	Es Banyer		R58EsBanyerG_
EIVISSA FORMENTERA	EIVISSA	9	Vila		R9VilaG_
	EIVISSA	61	Es Viver		R61EsViverG_
	SANTA EULÀRIA DES RIU	62	Santa Eulària		R62SantaEulàriaG_
	FORMENTERA	68	Formentera		R68FormenteraG_

Anexo 14. Encuesta de satisfacción (grupo de caminantes)

Encuesta individual de satisfacción por los grupos de caminantes

Centro sanitario/ Entidad/ Ayuntamiento

Edad:

Sexo:

Lugar de nacimiento:

¿Recomendaría esta actividad? SI/NO

¿Tiene intención de volver a participar en esta actividad? SI/NO

Si la respuesta es NO: ¿por qué? Marque una de las opciones

- Está lejos de casa
- Por un problema de salud
- Por cuidar a otra persona
- La actividad no me gusta
- El horario no me iba bien
- He empezado a trabajar
- Otra: especifica _____

¿Cómo se siente después de participar en esta actividad? Marque con una X la respuesta:

- Mejor o mucho mejor que antes de participar _____
- Peor o mucho peor que antes de participar _____

Satisfacción de la actividad: Marque de 1(menos) a 10 (mucho) si está satisfecha con esta actividad:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grado de satisfacción general										
El/la monitor/a (si ha participado)										
El recorrido										
La Frecuencia										
La duración										

¿Quieres hacer algún comentario?

Anexo 15: Hoja de recogida de datos. Inicio de temporada

RUTAS SALUDABLES: INICIO DE LA TEMPORADA HOJA RECOGIDA DE DATOS:

CENTRO DE SALUD / UB:

FECHA DE LA PRIMERA SALIDA:

PERSONA RESPONSABLE DE LOS GRUPOS DE CAMINANTES (nombre, teléfono o correo):

PERSONA DINAMIZADORA* DEL GRUPO DE CAMINANTES Y CONTACTO (nombre, teléfono o correo):

DÍA DE LA SEMANA Y HORA DE SALIDA:

¿CUANTAS PERSONAS FORMAN EL GRUPO?:

¿CUANTAS PERSONAS HAN CUMPLIMENTADO EL CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA?:

¿CUANTAS PERSONAS HAN CUMPLIMENTADO EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA?:

***Persona dinamizadora de un grupo de caminantes.** Persona escogida por los participantes de un grupo de caminantes para liderar-los. Tiene que conocer bien la ruta y ser capaz de cohesionar y motivar al grupo.

Anexo 16: I de recogida de datos. Final de Temporada

RUTAS SALUDABLES: FINAL DE TEMPORADA HOJA RECOGIDA DE DATOS:

CENTRO DE SALUD / UB:

FECHA DE LA ÚLTIMA SALIDA:

PERSONA RESPONSABLE DE LOS GRUPOS DE CAMINANTES (nombre, teléfono o correo):

PERSONA DINAMIZADORA* DEL GRUPO DE CAMINANTES I CONTACTE (nombre, teléfono o correo):

DÍA DE LA SEMANA Y HORA DE SALIDA:

¿CUÁNTAS PERSONAS FORMAN EL GRUPO?:

¿CUANTAS PERSONAS HAN CUMPLIMENTADO EL CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA?:

¿CUANTAS PERSONAS HAN CUMPLIMENTADO EL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA?

¿CUANTAS PERSONAS HAN CUMPLIMENTADO LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN?

***Persona dinamizadora de un grupo de caminantes.** Persona escogida por los participantes de un grupo de caminantes para liderarlos. Tiene que conocer bien la ruta y ser capaz de cohesionar y motivar al grupo. Esta tarea preferentemente tiene que ser asumida por monitores de ocio, voluntarios, pacientes activos formadores/as u otras personas vinculadas a la comunidad.

Anexo 17. Hoja de incidencias identificadas en la ruta

(este documento se enviará al final de la temporada a:
promociosalut@dgsanita.caib.es)

HOJA DE INCIDENCIAS IDENTIFICADAS EN LA RUTA:

CENTRO DE SALUD / UB:

¿ALGUNA INCIDENCIA?: SI / NO

SI HA HABIDO ALGUNA:

FECHA:

PERSONA DE CONTACTO (nombre, teléfono, correo) :

LUGAR (DIRECCIÓN) NOMBRE DE LA CALLE, N°:

TIPO DE INCIDENCIA DETECTADA: marca con una cruz

- Barreras Arquitectónicas
- Daños en el pavimento
- Limpieza deficiente
- Cambios en la señalización
- Zonas inseguras o mal iluminadas
- Otros: (especificar)

GRAVEDAD:

- Baja
- Media
- Elevada

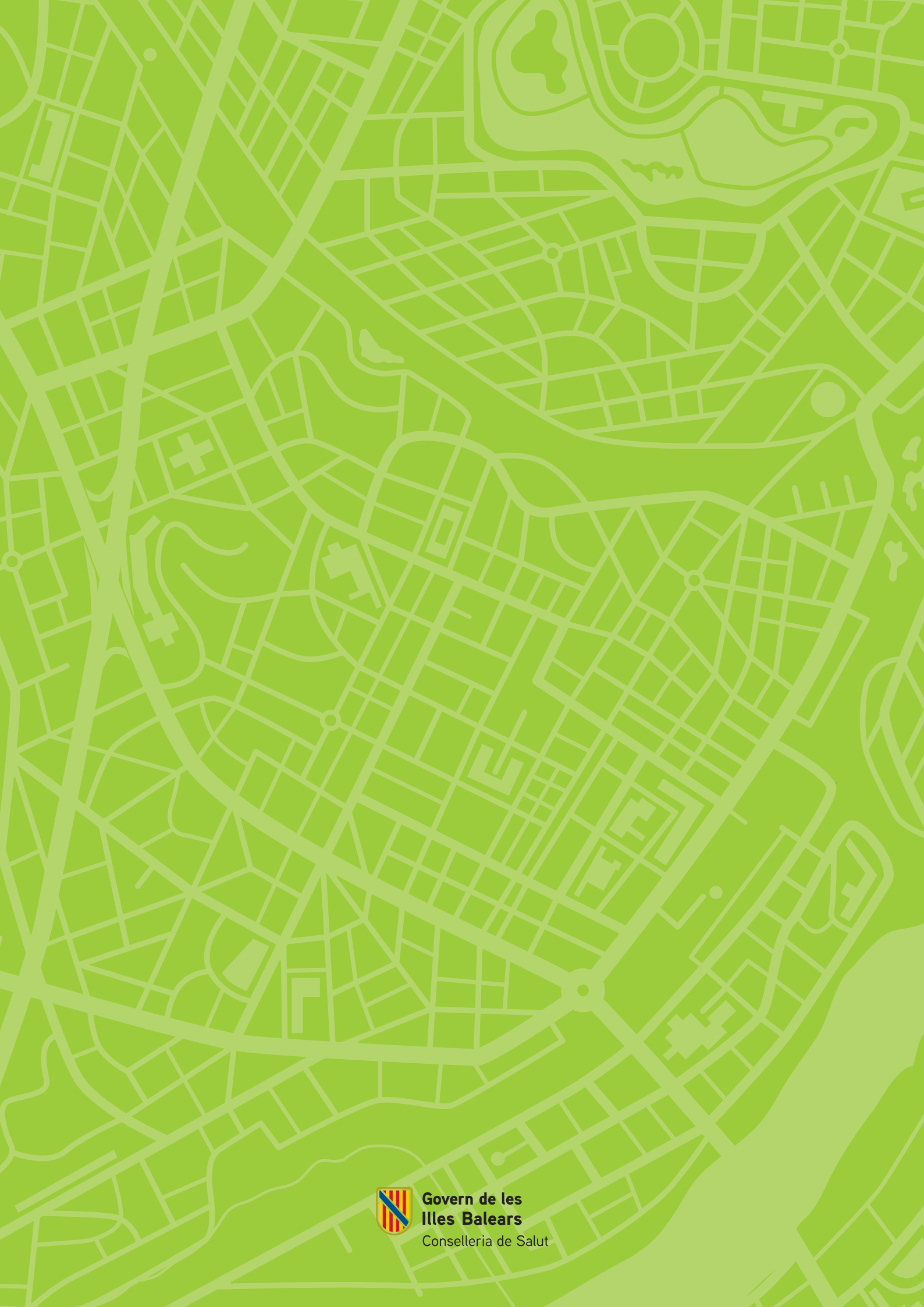
ACCIONES:

- Se ha cambiado el recorrido
- Se ha suspendido la ruta
- Otros (especificar)

ESTADO: (cumplimentar por la responsable del programa)

- Pendiente
- Resuelto: (fecha)

OBSERVACIONES:



**Govern de les
Illes Balears**
Conselleria de Salut