



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Facultad de Enfermería y Podología

PROGRAMA DE DOCTORADO DE ENFERMERÍA CLÍNICA Y COMUNITARIA

TESIS DOCTORAL POR COMPENDIO DE ARTÍCULOS

Entornos de Vida: una herramienta participativa para evaluar entornos con enfoque de equidad

Ana María Ocaña Ortiz

DIRECTORES DE TESIS:

Dr. Vicente Gea Caballero (Universidad internacional de Valencia)

Dr. Joan Josep Paredes i Carbonell (Universidad de Valencia)

Valencia, diciembre de 2023

"La utopía está en el horizonte. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se desplaza diez pasos más allá. Por mucho que camine, nunca la alcanzaré. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar."

El libro de los abrazos. E. Galeano

A mi familia.

A Étienne por ser cimiento de esta tesis y de la vida.

A mis amigas y amigos, por sostener, más allá, y sin saber.

*A los vecinos y vecinas que siguen creyendo que otros
barrios son posibles.*

Agradecimientos

Dudé mucho en incluir aquí la palabra pandemia, con todo lo que nos ha hecho sufrir. Sin embargo, he de reconocer que esta experiencia global, individual y colectiva, nos ha dado la oportunidad de contar con otras miradas posibles de los lugares que habitamos. A partir de este antes-y-después y en el proceso de elaboración de esta tesis, he adquirido nuevas gafas con las que mirar los barrios y he constatado la importancia de las políticas locales para mejorar nuestras vidas y las de nuestras vecinas y vecinos.

El camino hasta aquí no habría sido posible sin los conocimientos, inquietudes, reflexiones, ilusión, espacios y experiencias que muchas personas han compartido conmigo y que son parte de esta tesis. Les agradezco especialmente a Blanca y Jen sus contribuciones en los tan controvertidos aspectos idiomáticos, a Rosana y Elena de la OVACS por confiar en mí y hacer que este proyecto fuera posible, a Patricia por su inestimable ayuda y entusiasmo a pesar de las horas y de los kilómetros, a Christina, John y Kat por su generosidad, y al grupo JAHEE por estar a la vez, tan lejos y tan cerca.

Agradezco enormemente a los municipios de XarxaSalut, y de forma muy especial a Denia y Yátova, por apoyar y favorecer los procesos comunitarios, y a sus mesas de salud por enriquecer y dar sentido a este proyecto.

Gracias a FISABIO y al Consejo General de Enfermería por apoyar la investigación enfermera y contribuir a la financiación de esta investigación.

Y, finalmente, el agradecimiento más especial a los (mis) directores de tesis, Joan y Vicente (Vicente y Joan), por vuestra clarividencia y generosidad, por estar siempre dispuestos a guiar y a enriquecer, por apoyar en los momentos difíciles y celebrar los logros. Gracias Joan por inspirar. Gracias Vicente por aterrizar. Ha sido un verdadero privilegio haberos tenido cerca.

REFERENCIAS DE LAS PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS

Este documento es una tesis doctoral por compendio de cuatro artículos científicos publicados en revistas científicas indexadas, siendo la doctoranda la primera autora en todos ellos. Las publicaciones correspondientes se recogen en los [apéndices del A al D](#).

Artículo 1

Título: Evaluación participativa del territorio con enfoque de equidad: adaptación y validación de la Place Standard al contexto español.

Autoría (P.O. Firma): Ocaña Ortiz A, Paredes-Carbonell JJ, Peiró Pérez R, Pérez Sanz E, Gea-Caballero V.

Cita: Ocaña Ortiz A, Paredes-Carbonell JJ, Peiró Pérez R, Pérez Sanz E, Gea Caballero V. Evaluación participativa del territorio con enfoque de equidad: adaptación y validación de la Place Standard al contexto español. Gac Sanit. 2022;36(4):360–7. DOI: 10.1016/j.gaceta.2021.03.006

Revista/editorial: Gaceta Sanitaria

Índices de impacto de la publicación: Journal Citation Reports (JCR), Social Sciences Citation Index (SCCI) 2022 cuarto cuartil, categoría “Public, Environmental and Occupational Health”, factor de impacto de 1,9.

Véase la publicación en el [apéndice A](#).

Artículo 2 (en revisión)

Título: Health equity in urban and rural settings: implementation of the Place Standard Tool in Spain

Autoría: Ocaña A, Gea-Caballero V, Juárez-Vela R, Peiró R, Pérez-Sanz E, Santolalla-Arnedo I, Sufrate-Sorzano T, Garrote-Cámara ME, Paredes-Carbonell JJ.

Cita: Artículo actualmente en revisión

Revista/editorial: Frontiers in Public Health

Índices de impacto de la publicación: Journal Citation Reports (JCR), Social Sciences Citation Index (SCCI) 2022, primer cuartil. Categoría “Public, Environmental & Occupational Health”, factor de impacto de 5,2.

Véase la publicación en el [apéndice B](#).

Artículo 3

Título: Properties of the Spanish Version of the Place Standard Tool

Autoría (P.O. Firma): Ocaña A, Gea-Caballero V, Peiró R, Juárez-Vela R, Pérez-Sanz E, Corchón S, Paredes-Carbonell JJ

Cita: Ocaña A, Gea-Caballero V, Peiró R, Juárez-Vela R, Pérez-Sanz E, Corchón S, et al. Properties of the Spanish version of the Place Standard Tool. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(15):9395. DOI: 10.3390/ijerph19159395

Revista/editorial: International Journal of Environmental Research and Public Health

Índices de impacto de la publicación: Journal Citation Reports (JCR), 2021 segundo cuartil, categoría “Public, Environmental and Occupational Health”, factor de impacto de 4,614.

Véase la publicación en el [apéndice C](#).

Artículo 4

Título: Herramienta Entornos de Vida: innovación en el análisis participativo de salud con enfoque de equidad

Autoría: Ocaña Ortiz A, Peiró R, Gea-Caballero V, Pérez-Sanz E, Paredes-Carbonell JJ

Cita: Ocaña Ortiz A, Peiró R, Gea-Caballero V, Pérez-Sanz E, Paredes-Carbonell JJ. Herramienta Entornos de Vida: innovación en el análisis participativo de salud con enfoque de equidad. Gac Sanit. 2023;(37):102245. DOI: 10.1016/j.gaceta.2022.102245.

Revista/editorial: Gaceta Sanitaria

Índices de impacto de la publicación: Journal Citation Reports (JCR), Social Sciences Citation Index (SCCI) 2022 cuarto cuartil, categoría “Public, Environmental and Occupational Health”, factor de impacto de 1,9.

Véase la publicación en el [apéndice D](#).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Las características de los barrios, pueblos y ciudades tienen la capacidad de influir en la salud y el bienestar de quienes viven en ellos. Sus contextos físicos, sociales y económicos actúan condicionados por los determinantes sociales de la salud. La distribución desigual de estos factores ejerce su impacto en función de los ejes de desigualdad potenciando o restringiendo los comportamientos y elecciones de las personas que viven en estos entornos en relación con su salud y bienestar. La evidencia actual apunta a que estos factores estructurales operan a través de mecanismos directos que se interrelacionan y ejercen sinergias en su impacto sobre la salud. Este impacto ha sido analizado tanto en relación con su efecto sobre los comportamientos saludables como sobre las enfermedades crónicas y la exposición a factores de riesgo relacionados. Los gobiernos municipales son de vital importancia en el abordaje de los determinantes sociales de la salud a nivel local, dado que, y a pesar de sus limitaciones para incidir sobre los determinantes estructurales, son instituciones capaces de favorecer acciones y procesos administrativos, legislativos y de planificación que impacten positivamente en las condiciones de vida de quienes habitan sus municipios. Para desarrollar acciones de salud a nivel local se requiere un enfoque de salud y equidad en todas las políticas, más allá del ámbito sanitario, que promueva la participación de la población en las actuaciones dirigidas a mejorar su bienestar. En los últimos años, se han desarrollado múltiples marcos conceptuales, guías y herramientas para evaluar entornos con objeto de favorecer la participación de la ciudadanía en la transformación de sus barrios y municipios. En este contexto, la Place Standard Tool, herramienta desarrollada en Escocia y diseñada para evaluar entornos con enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, destaca por ser un instrumento capaz de promover conversaciones estructuradas en torno a un territorio definido, facilitar el conocimiento en profundidad sobre cómo afecta ese lugar a las personas que viven en él y promover acciones conectadas con los intereses de la comunidad dirigidas a mejorar los barrios y municipios.

OBJETIVO:

Este trabajo tuvo por objeto traducir, adaptar culturalmente y validar la herramienta Place Standard Tool al español, así como desarrollar el proceso metodológico de aplicación de la herramienta en el entorno local.

METODOLOGÍA:

La traducción, adaptación transcultural y validación de contenido de la Place Standard Tool al español se realizó mediante un estudio transversal de adaptación cultural y de validación elaborado en tres etapas: traducción y adaptación cultural, consolidación por un comité multidisciplinario, y validación de contenido a través de la técnica de consenso Delphi. El pilotaje de la herramienta se desarrolló mediante un enfoque mixto convergente-paralelo con integración de datos en una tabla de visualización conjunta, realizado en dos municipios de la Comunidad Valenciana entre 2019 y 2020. Participaron personas mayores de 18 años que vivieran o trabajaran en los municipios en el momento del estudio, mediante grupos de discusión, entrevistas semiestructuradas y cuestionarios autoadministrados. El estudio

exploratorio de las propiedades psicométricas incluyó un análisis factorial y la evaluación de la consistencia interna.

RESULTADOS:

El proceso de traducción, adaptación y validación resultó en una herramienta denominada *Entornos de Vida* (EdV) compuesta por 14 temas y 99 ítems. Su testeo en entornos rural y urbano mediante una muestra heterogénea de grupos de población proporcionó resultados que respaldan la idea de que la herramienta EdV permite obtener mayor comprensión de la percepción del impacto del entorno físico, social y económico del contexto evaluado, y de cómo dicho impacto se manifiesta en los diferentes grupos sociales que componen la comunidad. Los hallazgos revelaron diferencias significativas en la percepción de los entornos entre los residentes de los municipios urbano y rural, destacando una valoración general más favorable del municipio rural. De manera global, el *Transporte público*, *Trabajo* y *Economía local* fueron las áreas peor evaluadas por todos los grupos sociales y contextos, siendo *la Identidad y Pertenencia* la dimensión mejor valorada. Desde una perspectiva psicométrica, EdV demostró su confiabilidad y sólida consistencia interna, reforzando la validez del constructo de la herramienta como una escala unidimensional. Su utilización en contextos reales mostró su versatilidad tanto en la identificación de déficits como de fortalezas y potencialidades del territorio evaluado y evidenció que la demarcación administrativa puede dejar a partes de la comunidad fuera del proceso de evaluación. Asimismo, se observó que la alineación del proceso de implementación de EdV con las estrategias locales existentes, facilita las acciones o procesos comunitarios en curso.

CONCLUSIÓN:

Esta tesis culmina con la puesta a disposición de la herramienta Entornos de Vida, específicamente diseñada para evaluar entornos desde la perspectiva de Determinantes Sociales de la Salud y equidad en España, y de una guía metodológica para facilitar su implementación en el entorno local. Traducido, adaptado y validado al español, EdV se presenta como un instrumento versátil que facilita análisis participativos de la situación de salud en territorios definidos, destacando su capacidad para capturar la experiencia del impacto del entorno en la salud y bienestar de comunidades. La herramienta introduce una estructura y metodología que facilita el análisis en términos de determinantes sociales y la identificación de cómo el lugar de residencia influye en la salud. Su implementación proporciona una base sólida para el desarrollo de acciones locales priorizadas, intersectoriales y participativas destinadas a abordar las desigualdades en salud, lo que la posiciona como un instrumento susceptible de ser incorporado en las estrategias de Promoción de la Salud a niveles estatal, autonómico y municipal.

ÍNDICES

AGRADECIMIENTOS	4
REFERENCIAS DE LAS PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS	5
RESUMEN	7
ÍNDICES	9
ÍNDICE DE TABLAS	11
ÍNDICE DE FIGURAS	12
LISTA DE SIGLAS	13
1 INTRODUCCIÓN	14
1.1. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	14
1.2. EL ENTORNO LOCAL	17
1.3. RELACIÓN ENTRE ENTORNO Y SALUD	18
1.4. ENTORNOS SALUDABLES CON PERSPECTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	20
1.5. SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS	20
1.6. LA ACCIÓN LOCAL EN SALUD	22
1.7. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	24
1.8. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE ENTORNOS	25
2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	28
3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
4 METODOLOGÍA	30
4.1. METODOLOGÍA DE LA TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN	30
4.2. METODOLOGÍA DEL PILOTAJE HERRAMIENTA	31
4.3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	36
4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
5 RESULTADOS	37
5.1. RESULTADOS DE LA TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN	37
5.2. RESULTADOS DEL PILOTAJE DE LA HERRAMIENTA	40
5.3. RESULTADOS DEL EXPLORATORIO DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	52
5.4. EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA	52
6 DISCUSIÓN	59
6.1. SÍNTESIS DE LA DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	59
6.2. FORTALEZAS Y LIMITACIONES	65
6.3. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	66
7 CONCLUSIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÉNDICES	84

APÉNDICE A: ARTÍCULO 1.....	85
APÉNDICE B: ARTÍCULO 2.....	94
APÉNDICE C: ARTÍCULO 3.....	132
APÉNDICE D: ARTÍCULO 4	143
APÉNDICE E: PONENCIAS RELACIONADAS	148
APÉNDICE F: BECAS Y PREMIOS	150
APÉNDICE G. GLOSARIO	151
ANEXOS	156
ANEXO A: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN	157
ANEXO B: INFORMACIÓN DEL PROYECTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	158
ANEXO C: PLACE STANDARD TOOL.....	160
ANEXO D: HERRAMIENTA ENTORNOS DE VIDA.....	181

Índice de tablas

- Tabla 1. Compendio de herramientas para evaluación de entornos.
- Tabla 2. Descripción de los municipios a estudio.
- Tabla 3. Dimensiones y preguntas principales de la herramienta Entornos de Vida.
- Tabla 4. Dificultades y resolución de las equivalencias analizadas.
- Tabla 5. Categorías temáticas del análisis de contenido de las aportaciones del panel de personas expertas.
- Tabla 6. Grado de consenso y disenso por categorías de evaluación.
- Tabla 7. Participantes por método de participación y entorno.
- Tabla 8. Medianas por grupo sociodemográfico y entorno evaluado.
- Tabla 9. *Joint display* de resultados cuantitativos y cualitativos por dimensión evaluada.
- Tabla 10. Proceso metodológico para la utilización de la herramienta Entornos de Vida.

Índice de figuras

- Figura 1. Principales determinantes de la salud. Adaptado de Dahlgren y Whithead.
- Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.
- Figura 3. El modelo de Diderichsen: la base social de las desigualdades en salud.
- Figura 4. Determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano.
- Figura 5. Enfoque de desarrollo de la Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS.
- Figura 6. Tipologías de intersectorialidad.
- Figura 7. Diagrama en tela de araña para registrar las puntuaciones por dominio evaluado.
- Figura 8. Fases del proceso de traducción, adaptación cultural y validación de la herramienta Place Standard Tool al español.
- Figura 9. Esquema del diseño del estudio mixto.
- Figura 10. Municipios de la Comunitat Valenciana (España) estudiados. El municipio A) es el contexto rural y el B) el contexto urbano.
- Figura 11. Diagrama en tela de araña para el registro de la evaluación con Entornos de Vida.
- Figura 12. Puntuaciones globales por entorno.

Lista de siglas

COSLA	Colaboración de Autoridades Locales y Subnacionales de la OMS
CRDSS-E	Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España
CSAT	Citizen Science Appraisal Tool
EdV	Entornos de Vida
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
FISABIO	Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana
GPW-13	The Thirteenth General Programme of Work 2019-2023 of WHO's strategy.
IQR	Rango Intercuartílico
JAHEE	Joint Action Health Equity Europe
KMO	Kaiser Meyer Olkin
NHS	National Health Service
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPT	Online Participatory Tools
PST	Place Standard Tool
RECS	Red Española de Ciudades Saludables
RELAS	Red Local de Acción en Salud
URBAN- HEART	Health Equity Assessment and Response Tool

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Los Determinantes Sociales de la Salud

Why treat people and send them back to the conditions that made them sick? (¿Por qué tratamos a las personas y las enviamos de vuelta a las condiciones de vida y trabajo que las enfermaron?). Esta pregunta planteada por Marmot¹ en 2015 hace referencia a la necesidad de abordar e influir positivamente en los factores que determinan la salud de las personas y que se relacionan con el entorno físico, social y económico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Determinantes Sociales de la Salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluyendo los sistemas de salud y fuerzas que influyen sobre las condiciones de vida cotidiana”². La desigual, injusta y potencial evitabilidad en la distribución de estos factores entre grupos de población definidos por aspectos económicos, sociales, demográficos o geográficos produce desigualdades en salud³.

El principal modelo de referencia de los Determinantes de la Salud es el modelo multicapa de Dahlgren y Whitehead⁴ (figura 1) en el que se ilustran los factores que influyen la salud y el bienestar y proporciona una estructura para considerar la respuesta intersectorial en el abordaje de estos condicionantes. En este planteamiento, los comportamientos de las personas se ven determinados por sus redes sociales y entorno comunitario, y éstos a su vez, por sus condiciones de vida y de trabajo y por el sistema socioeconómico, cultural y factores ambientales.

Figura 1: Principales determinantes de la salud. Adaptado de Dahlgren y Whithead⁴.



Este modelo conceptualiza los principales determinantes de la salud relacionados con toda la población, pero no explica el mecanismo mediante el cual producen las desigualdades sociales en salud⁴.

En 2008 se constituye en España la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (CRDSS-E) con el objetivo de analizar la situación de las desigualdades a nivel nacional

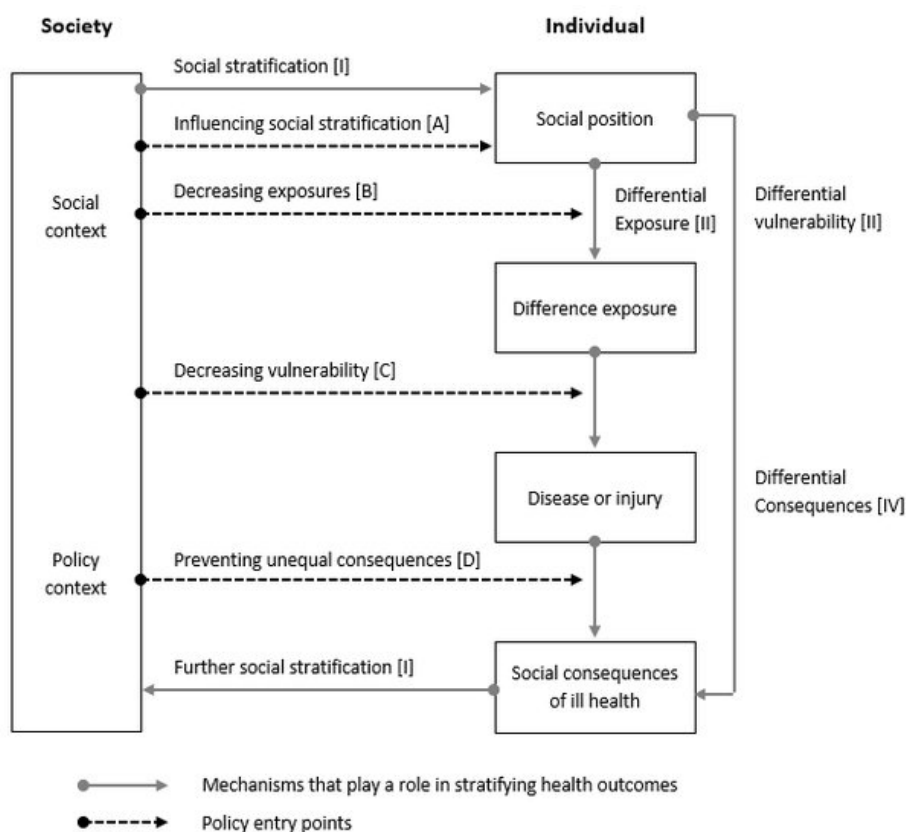
y elaborar propuestas de intervención para su abordaje. Esta comisión desarrolló un análisis exhaustivo de la situación española y la propuesta de políticas e intervenciones específicas para reducir las desigualdades en el contexto español⁵. El marco conceptual adaptado por la CRDSS-E de modelos existentes (figura 2), organiza los factores determinantes de las desigualdades, en estructurales e intermedios. Los determinantes estructurales comprenden el contexto socioeconómico y político, cultura y valores, así como la distribución del poder y los recursos en función de los ejes de desigualdad. Estos ejes, como la clase social, género, edad o etnia, establecen jerarquías sociales que repercuten en las oportunidades de tener buena salud y en la exposición a los determinantes intermedios. Estos últimos incluyen los recursos materiales y su influencia en los procesos psicosociales y en las conductas individuales relacionadas con la salud, donde los servicios sanitarios tienen un papel modulador de las desigualdades, pudiendo incrementar o reducir su efecto dependiendo del grado de enfoque de equidad en favor de los grupos sociales menos favorecidos⁵.

Figura 2: Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud⁵.



Para aumentar la comprensión sobre las causas fundamentales de las desigualdades en un territorio es clave enfocarse en las vías y mecanismos mediante los cuales los determinantes sociales generan gradientes sociales en la salud. En este sentido, la herramienta conceptual de Diderichsen et al.⁶ explora las vías de actuación de los determinantes a través de las cuales el contexto social y la posición se vinculan con los resultados de salud y las consecuencias sociales de la enfermedad. Identifican cuatro mecanismos causales clave: el poder y los recursos diferenciales, la exposición diferencial, la vulnerabilidad diferencial y las consecuencias diferenciales de la enfermedad (figura 3).

Figura 3: El modelo de Diderichsen: La base social de las desigualdades en salud⁷



La *estratificación social* produce diferencias en la exposición a condiciones perjudiciales para la salud (II) y en la *vulnerabilidad diferencial* (III), así como en las *consecuencias diferenciales* (IV) de la enfermedad para los grupos más y menos privilegiados. Las *consecuencias sociales* se refieren al impacto que un evento de salud específico puede tener en una persona o en las circunstancias socioeconómicas de la familia. Comprender qué mecanismos están actuando y en qué contextos específicos, facilita llevar a cabo las estrategias más apropiadas para abordar las desigualdades resultantes.

Existe una correlación directa entre la posición socioeconómica y la salud, donde las comunidades más desfavorecidas enfrentan peores resultados de salud en comparación con aquellas más acomodadas. Esta relación directa, denominada *gradiente social de salud*, implica que las acciones orientadas a reducir las desigualdades no deben centrarse únicamente en los grupos en situación más vulnerable sino aplicar el *universalismo proporcional*, es decir, acciones universales a una escala e intensidad proporcional al nivel de desventaja social. Por tanto, dado que las desigualdades en salud son resultado de las desigualdades sociales, se requieren actuaciones transversales a los determinantes sociales de la salud y en todo su *gradiente social*⁸.

El abordaje de las desigualdades en salud implica adoptar un enfoque de *Equidad en Salud*⁹, que permita dotar a todas las personas de la capacidad para alcanzar su máximo potencial de salud sin verse afectadas por su posición social u otras circunstancias condicionadas por factores sociales. El enfoque de *Equidad en Salud* supone asignar recursos de acuerdo con las necesidades individuales y garantizar resultados de salud equitativos para todos los grupos sociales. Se vincula intrínsecamente con los Derechos Humanos y la Justicia Social, en cuanto a que la *Equidad en Salud* no se limita a la esfera de la salud en sí misma, sino a su abordaje en un enfoque de imparcialidad y justicia en los acuerdos sociales y a la distribución económica,

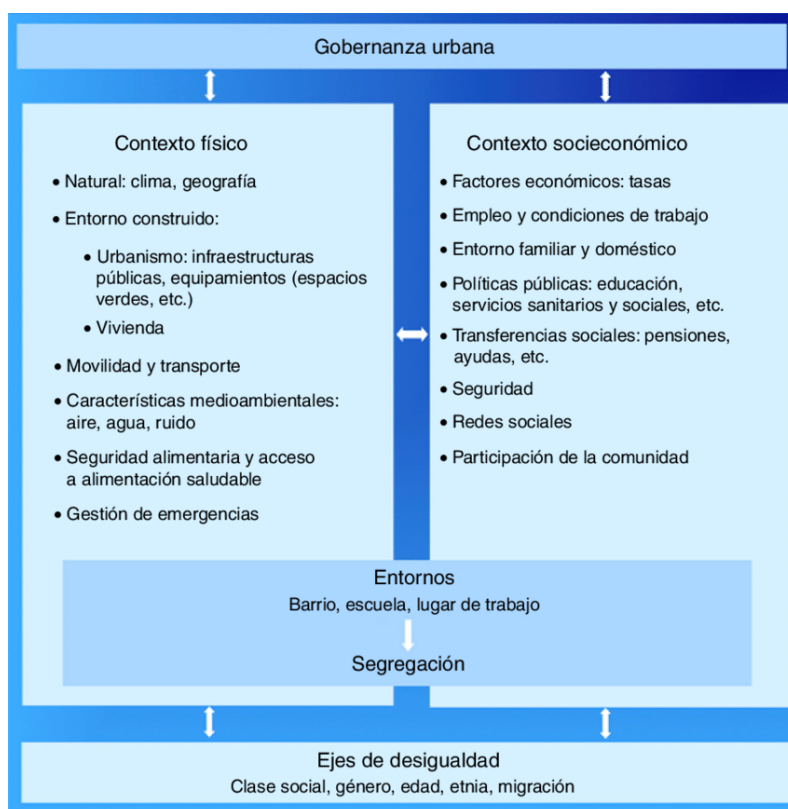
prestando especial atención al papel de la salud en la vida y libertad humana. La Equidad en Salud trasciende la simple distribución de servicios de salud, sino que implica la responsabilidad de abordar los determinantes sociales para satisfacer los derechos ciudadanos y alcanzar el más alto nivel de salud posible.

1.2. El entorno local

La creación de entornos favorables de salud enfoca la acción en la construcción o mejora de los contextos de las personas, es decir, aquellas condiciones en las que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y que son las responsables de las desigualdades en salud⁸. La Organización Mundial de la Salud identifica el ámbito local como el entorno idóneo para reducir estas desigualdades debido a su capacidad para incidir directamente sobre los determinantes sociales que las generan^{10,11}.

Borrell et al.¹² en su marco conceptual de determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano identifican los principales determinantes y otros aspectos en los que los gobiernos municipales y las comunidades pueden actuar. En este modelo, la salud en los entornos urbanos está determinada por los contextos físico y socioeconómico, la gobernanza y los ejes de desigualdad (figura 4).

Figura 4: Determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano¹².



La gobernanza urbana hace referencia a que el poder existe tanto dentro como fuera de las instituciones, esto es, un sistema en el que el gobierno local junto al resto de agentes de la comunidad, sanitarios y no sanitarios, desarrollan procesos comunitarios que responden a sus necesidades de salud. En un sistema de gobernanza local en salud los ejes centrales son la intersectorialidad y la participación de la ciudadanía¹³. El entorno físico se refiere al contexto

natural y al entorno construido, es decir, a la planificación de infraestructuras y uso de los espacios públicos, los equipamientos, como zonas verdes o espacios para la actividad física, la vivienda, la movilidad, el transporte, cuestiones medioambientales, como el ruido o la polución, y el acceso a la alimentación saludable. El entorno socioeconómico incluye aspectos sociales y factores económicos como el empleo y condiciones de trabajo, entorno familiar y doméstico, políticas públicas (de educación, salud, servicios sociales...), seguridad, redes sociales y participación comunitaria. Los entornos son allí donde se crean o se solucionan los problemas relacionados con la salud. Son los barrios, escuelas y lugares de trabajo, las zonas de encuentro y de actividades comunitarias. Pero los entornos también son los espacios donde se articulan los ejes de desigualdad que modulan el impacto desigual de los determinantes sociales de la salud. La buena gobernanza para la salud sería aquella orientada al abordaje de las causas de desigualdades urbanas, mediante la acción intersectorial sobre los entornos físico, social y económico¹².

1.3. Relación entre Entorno y Salud

Los barrios o espacios residenciales son contextos potencialmente relevantes porque poseen características físicas y sociales que afectan de manera plausible la salud de quienes viven en ellos y contribuyen en la producción de desigualdades en la salud. Estos entornos dificultan o favorecen comportamientos relacionados con la salud mediante mecanismos generadores de estrés o con efecto amortiguador, como el apoyo y las conexiones sociales¹⁴.

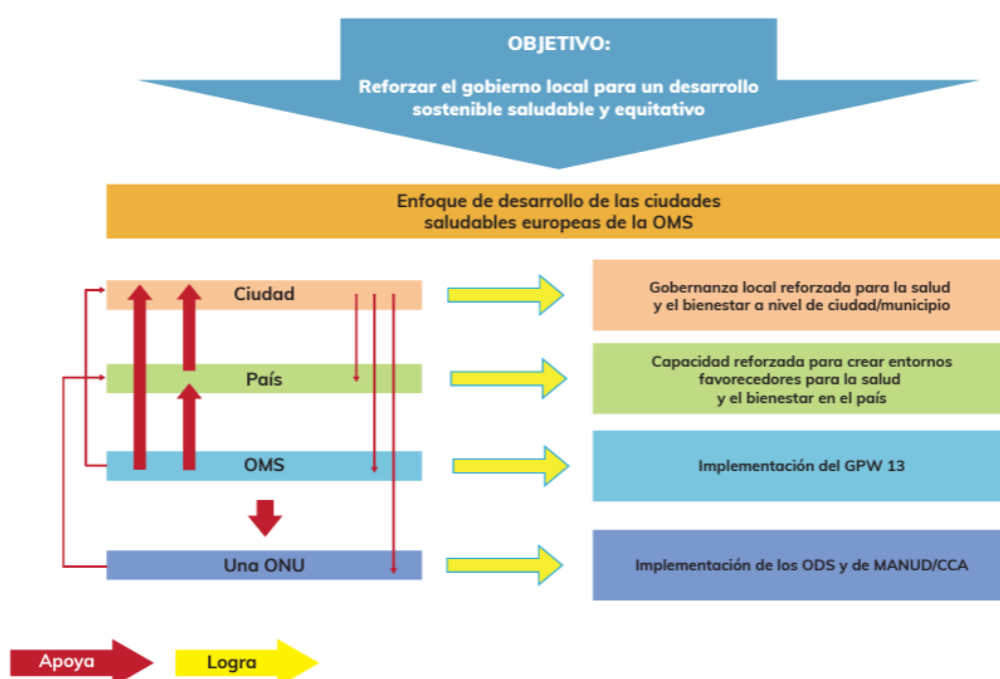
En el análisis del efecto de las características del entorno sobre la salud, numerosos estudios analizan su impacto sobre los comportamientos saludables^{14,15-29}, mientras que otros exploran su relación con las enfermedades crónicas y la exposición a factores de riesgo relacionados^{14,23,24,31,39-48}. Por ejemplo, es conocida la relación de la presencia de espacios verdes en el entorno con la salud mental y la mortalidad por todas las causas, o la caminabilidad del barrio con mayor nivel de actividad física, mayor capital social, menor riesgo cardiovascular, sobrepeso, depresión y abuso de alcohol^{14-19,22,25-28,30,31,35-37,40,41}. Existe cada vez más evidencia que contribuye a la comprensión de cómo los determinantes estructurales operan a través de mecanismos directos, como la actividad física, el estrés, la seguridad, la privación material, la interacción social, el entorno natural o el cambio climático⁴⁹⁻⁵¹, y de cómo estos mecanismos se interrelacionan y ejercen sinergias en su impacto sobre la salud⁵⁰.

Por otra parte, la correlación entre el entorno y la salud exige un estudio exhaustivo entre los contextos urbanos y rurales sobre la producción diferencial de las desigualdades en salud basadas en el territorio como eje de desigualdad. La literatura actual subraya que las dificultades presentes en los entornos rurales relacionadas con el acceso al transporte público, la vivienda, los servicios básicos y las actividades que fomentan el contacto social^{20,30,35,50,52-57}, requieren una consideración más detallada del territorio como un factor explícito en el análisis del impacto de los entornos en la salud.

El proyecto de *Ciudades Saludables* de la OMS⁵⁸ es la manifestación más importante de la aplicación del enfoque de *entornos* como estrategia de actuación sobre la salud en el entorno local. El proyecto nace en Europa en 1986 y se organiza en redes nacionales y redes de ciudades, estando activas en nuestro contexto la Red Europea de Ciudades Saludables y la Red Española de Ciudades Saludables⁵⁹ (RECS). El proyecto se ha extendido por el territorio nacional liderado por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y por el Ministerio de Sanidad, y ha ido incorporando el compromiso de fortalecer y priorizar acciones de salud, enfocadas en la

equidad y la justicia social, enmarcadas en los Determinantes Sociales de la Salud. Las actuaciones sobre los entornos se realizan mediante la implementación de planes de salud basados en la acción intersectorial, equidad, y empoderamiento y participación de la ciudadanía⁶⁰. En septiembre de 2023 se encontraban adheridas a la RECS 507 municipios del territorio español⁵⁹. Las actividades de las *Ciudades Saludables* se han organizado en varias fases con diferentes prioridades, donde cada ciudad adherida se comprometía a aportar datos e información relacionados con el tema priorizado. Actualmente está en desarrollo la Fase VII (2019-2024) cuyo objetivo es la alineación de la Estrategia de Ciudades Saludables con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, Salud 2020 y con el Programa General de Trabajo de la OMS, promoviendo la importancia de los gobiernos locales en la mejora de la salud y bienestar, con especial atención en las actuaciones relacionadas con el cambio climático, la polución ambiental y la pérdida de biodiversidad⁶¹ (figura 5).

Figura 5: Enfoque de desarrollo de la Red Europea de Ciudades Saludables de la OM⁶¹



Las recomendaciones para el abordaje de las desigualdades sociales en salud incluyen el fomento del acceso a entornos cotidianos generadores de salud (barrios, pueblos y viviendas), priorizando las áreas más desfavorecidas. Esto requiere la implementación de acciones de promoción de la salud basadas en la creación de entornos favorecedores de comportamientos saludables y en la participación de las comunidades en situaciones más vulnerables³. La orientación participativa de este enfoque implica capacitar a las personas para influir en sus condiciones de vida y entornos, es decir, promover la salud no solo mejorando los comportamientos saludables independientemente de la clase social, el origen o el nivel educativo, sino fortaleciendo los factores de resiliencia de las comunidades y reduciendo los riesgos ambientales.

1.4. Entornos saludables con perspectiva de Promoción de la Salud

El enfoque de equidad está implícita y explícitamente incluido en el marco de la Promoción de la Salud, reconocido en la Carta de Ottawa⁶² como requisito básico para la salud: "Las condiciones básicas y requisitos para la salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, los ingresos, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora en la salud está inevitablemente vinculada a estas condiciones básicas". Con la adopción de la Carta de Ottawa, se reconoce al entorno su potencialidad en favorecer la salud y se enfatiza en el apoyo a las comunidades y municipios como eje central de la Promoción de la Salud para fortalecer su autonomía en el control de los determinantes de su propia salud.

La estrategia de incorporar la perspectiva de salud en los entornos cotidianos se vio reforzada por la Declaración de Sundsvall⁶³ en la III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1991), donde se destacó la necesidad de ir más allá de adoptar un abordaje individual de la salud, integrando modelos que actuaran sobre los entornos físicos, económicos y sociales. Se enfatizó en la participación de la comunidad y en llamar a la acción para la creación de entornos de apoyo que fomentaran el bienestar de las personas. Este enfoque, reafirmado en la Declaración de Yakarta de 1997⁶⁴, se desarrolló rápidamente bajo el liderazgo de la OMS, que promovió múltiples programas internacionales orientados a la potencialidad de los entornos como elemento favorecedor de la salud, más allá de la clásica alineación patogénica basada en el modelo de déficits⁶⁵. De forma más reciente, en la Declaración de Shanghai de 2016⁶⁶, se describe un nuevo contexto mundial en el que las ciudades y comunidades son entornos esenciales para la salud, en los que, para incidir positivamente en ellos, debe priorizarse la buena gobernanza, la acción local en salud y el empoderamiento de las personas.

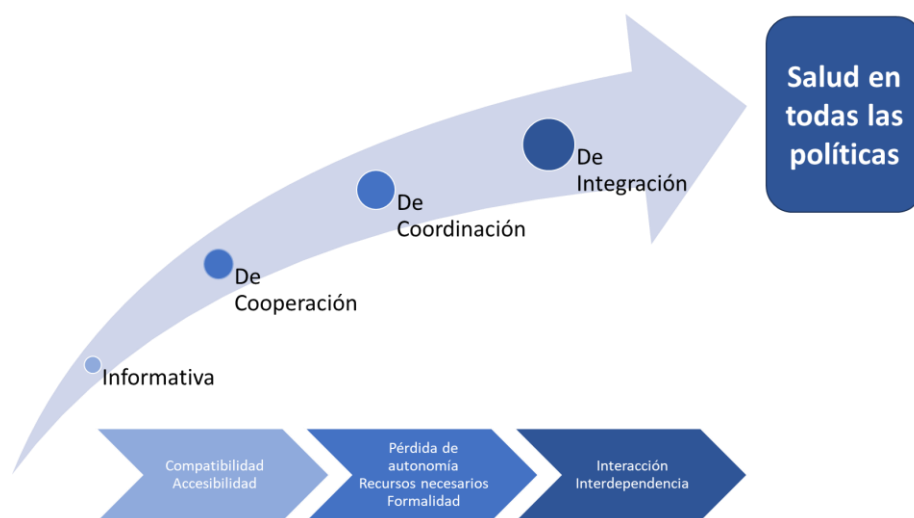
El enfoque de entornos utiliza una amplia gama de estrategias dirigidas a los determinantes a nivel individual, como la alfabetización en salud, actitudes o comportamientos, y al entorno de vida (contexto físico, social y económico). El enfoque en este último es especialmente relevante para las desigualdades en salud, dado que las personas socialmente desfavorecidas se ven más afectadas por condiciones de vida desfavorables¹. Estas estrategias tienen un doble enfoque, las denominadas "aguas arriba" o *upstream*, que abordan las condiciones de vida e influyen en los comportamientos de salud y en las elecciones individuales, y las "aguas abajo" o *downstream* dirigidas a reducir las consecuencias de las desigualdades en salud^{9,67}. En este sentido, los entornos son considerados no solo como vías de acceso al colectivo poblacional objeto de las actuaciones (promoción de la salud en los entornos), sino como agentes promotores de la salud en sí mismos (entornos promotores de salud), donde el contexto municipal actúa en ambos enfoques desde el ámbito político y legislativo local, su planificación y desarrollo urbano y rural^{68,69}.

1.5. Salud en Todas las Políticas

Para lograr una Equidad en Salud efectiva, se requiere la implicación de los sectores que desarrollan políticas con impacto en la salud como urbanismo y planificación del territorio, transporte, movilidad activa, trabajo, bienestar social, educación, vivienda o economía y hacienda. El sector de la salud asume el liderazgo compartido en el abordaje intersectorial de los determinantes sociales mediante abogacía y sensibilización para la actuación conjunta en cambios dirigidos a reducir las desigualdades en salud. Para ello, se requiere potenciar la acción intersectorial mediante acuerdos institucionales específicos que favorezcan objetivos y acciones definidas conjuntamente entre sectores y desarrollar mecanismos de cooperación entre niveles,

específicamente a nivel local. Es necesaria una visión compartida y una agenda común en un contexto de colaboración intersectorial, definida por la OMS⁷⁰ como la *“relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario”*. La colaboración intersectorial implica niveles variables de interacción y dependencia entre sectores con el objetivo de optimizar recursos y abordar de forma eficaz los determinantes sociales de la salud. Estos niveles son el informativo, de cooperación, coordinación, integración y “Salud en Todas las Políticas”⁷¹ (figura 6).

Figura 6: Tipologías de intersectorialidad⁷¹



En el *enfoque informativo* se presentan los resultados de un análisis o problema a otros sectores mediante una relación unidireccional, acompañados de recomendaciones por parte del sector salud, siendo este enfoque el primer paso para construir un lenguaje común, comprender las lógicas y prioridades de cada sector, e identificar puntos en común para el desarrollo de acciones conjuntas. En la *cooperación*, los sectores interactúan para lograr mayor eficiencia en acciones de interés mutuo, optimizando recursos y estableciendo formalidad en la relación, favoreciendo la ejecución e implementación de políticas, pero no de su formulación. La *coordinación intersectorial* se caracteriza por un enfoque de trabajo conjunto que opera horizontalmente y en red. Este proceso implica la necesidad de ajustar las políticas de cada sector para lograr una mayor eficiencia y efectividad, siendo esencial contar con una financiación común. Este enfoque busca crear sinergias entre sectores, aunque conlleva un incremento en la dependencia entre ellos y, por ende, resulta en una pérdida de autonomía para cada sector involucrado. El *enfoque de integración* implica un trabajo conjunto para definir políticas o programas únicos que involucren a múltiples sectores, permitiendo la autonomía de los sectores implicados al pactar formulación, diseño y financiación basados en un objetivo social común. Finalmente, la estrategia de *Salud en Todas las Políticas* es una iniciativa gubernamental que busca mejorar la salud a través de acciones gestionadas principalmente por sectores distintos al de salud. Este enfoque, complementario a la integración, aborda determinantes sociales como puente entre políticas y resultados en salud, priorizando la reducción de desigualdades en salud. En la Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas⁷² se planteó que esta estrategia logra resultados más efectivos cuando existe un gobierno conjunto con un mandato claro,

procesos sistemáticos que incluyan las interacciones entre sectores, mediación entre intereses, rendición de cuentas, transparencia, participación y compromiso de las partes interesadas ajenas al sector público a promover iniciativas intersectoriales que promuevan alianzas y confianza.

1.6. La acción local en salud

Los gobiernos municipales actúan donde las personas viven, trabajan y se relacionan, teniendo capacidad de impacto de forma continuada, directa e indirectamente sobre los determinantes sociales mediante acciones locales en salud⁷³. La *Acción Local en Salud* se basa en la importancia de la administración local en promover entornos favorecedores de la salud que promueva elecciones saludables a partir de su liderazgo y trabajo intersectorial. El elemento clave para establecer entornos de vida saludables en el ámbito municipal radica en la disposición para dar prioridad a la salud en la agenda política local y fomentar una conciencia amplia acerca de las condiciones multifactoriales que afectan la salud. La importancia y la interdependencia de cuestiones vinculadas con la salud y el bienestar de las comunidades urbanas requiere generar conciencia en sectores más allá del sanitario, instando al reconocimiento de su responsabilidad compartida para mitigar las desigualdades en salud⁷⁴. Existen diferentes factores que facilitan las acciones locales en salud, como contar con mecanismos de coordinación en los que estén representados los sectores involucrados, contar con financiación finalista para el desarrollo e implementación de acciones, la existencia de un mandato claro que legitime las acciones, la obligatoriedad para todos los sectores de elaborar informes de salud y bienestar e incentivar el trabajo conjunto de carácter intersectorial⁷⁵.

El grupo de trabajo sobre Colaboración de Autoridades Locales y Subnacionales de la OMS (COSLA)⁷⁶, tras el estudio de prácticas y modelos de gobernanza promotores de acciones locales en salud, identifica las siguientes bases de las prácticas efectivas a nivel local:

- 1) Desarrollar y compartir una visión coherente y factible de políticas medioambientales y de salud saludables y sostenibles.
- 2) Elaborar un marco legislativo que respalde la visión compartida y proporcionar los recursos necesarios para su implementación.
- 3) Fomentar la comunicación y colaboración intersectorial para el abordaje de la salud y el medioambiente.
- 4) Apoyar la participación de las comunidades.
- 5) Reforzar los factores facilitadores de las políticas de salud y sostenibilidad.
- 6) Evaluar y monitorizar las intervenciones locales.

De acuerdo con esto, y para alcanzar los objetivos de la Fase VII de la Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS (2019-2024)⁶¹, se incluyen estrategias dirigidas a abordar las desigualdades en salud en las ciudades mejorando la gobernanza en salud, empoderando y promoviendo la participación de la ciudadanía, diseñando núcleos urbanos con enfoque de equidad, innovando en políticas y buenas prácticas en salud, garantizando la coherencia entre políticas a nivel local y promoviendo la salud y el bienestar mediante la administración municipal. Para apoyar el desarrollo de esta fase de Ciudades Saludables, la OMS publica en 2020 un Compendio de Herramientas, Recursos y Redes⁷⁷, donde se incluyen aquellas iniciativas, herramientas y recursos más relevantes desarrolladas en Europa, así como recursos complementarios elaborados en otras redes internacionales, para la creación de entornos saludables. Este compendio facilita alcanzar el compromiso de asegurar el desarrollo y la

planificación urbanística centrados en las personas, garantizar que la opción más saludable sea la más económica, fácil y accesible, crear lugares que fomenten la salud y el bienestar en todas las etapas de la vida, impulsar la buena gobernanza en salud y la participación comunitaria, así como favorecer la resiliencia comunitaria.

Algunas regiones europeas tienen una larga trayectoria en el abordaje de las desigualdades poniendo el contexto (“place”) en el centro de las políticas y acciones⁷⁸. En Escocia, a través del “Place Principle” se respaldan inversiones lideradas por las comunidades y la revitalización de centros urbanos, mediante actuaciones centradas en los barrios y municipios que benefician a todas las personas que los habitan⁷⁹. En Reino Unido, liderado por el Sistema Nacional de Salud (NHS), se desarrolla la estrategia integral “Putting Health into Place” con el objetivo de planificar, diseñar, construir y gestionar espacios y lugares que promuevan la buena salud, mejoren el acceso a los recursos y minimicen los problemas de salud, con el fin de impactar positivamente en la reducción de desigualdades en salud^{80,81}. A nivel mundial, el programa ONU-HABITAT⁸² promueve ciudades y comunidades inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles, cuyos objetivos en su fase actual (2020-2023) son los de reducir las desigualdades espaciales y la pobreza entre las zonas rurales y urbanas, fortalecer la acción climática, mejorar el medio urbano y prevenir futuras crisis urbanas.

En España, en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud⁸³, se pone en marcha una estrategia nacional para desarrollar a nivel local un marco común de trabajo a fin de promover la salud en las ciudades, pueblos y barrios. Esta estrategia se enmarca en el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud y se fundamenta en la participación social, la salud en todas las políticas y el enfoque de equidad. El objetivo es la coordinación entre administraciones, la integración de la equidad en las acciones municipales, la participación social y el seguimiento, monitorización y evaluación de las acciones destinadas a promover la salud y el bienestar en el contexto local.

Como ejemplos autonómicos, desde 2008 se desarrolla la Red Local de Acción en Salud⁸⁴ (RELAS), proyecto de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en cuyo marco son los gobiernos municipales los que lideran y coordinan actuaciones intersectoriales para promover la salud en el ámbito local. A través de distintas fases se elabora el Plan Local de Salud, como herramienta de planificación de las acciones locales, orientado a dar respuesta a los problemas y necesidades específicas del municipio. Asimismo, en la Comunitat Valenciana se encuentra la XarxaSalut⁸⁵, una red de municipios o mancomunidades de municipios con el compromiso de desarrollar acciones de promoción de la salud en el marco del Plan de Salud autonómico vigente. Las acciones de promoción de la salud se desarrollan desde una perspectiva intersectorial, participativa y de equidad, y se llevan a cabo siguiendo las etapas de: i) adhesión a la estrategia, ii) creación del grupo promotor, iii) análisis de situación de salud y mapa de activos, iv) diseño e implementación de acciones priorizadas; y v) evaluación. La estrategia subvenciona la implementación de acciones y el acompañamiento técnico para el desarrollo de las fases y cuenta con guías de apoyo.

A nivel municipal destaca el programa *Barcelona Salut als Barris*⁸⁶, surgido de la Ley de Barrios de Cataluña, la cual fue diseñada para mejorar las condiciones de vida en los barrios más desfavorecidos a través de intervenciones en planificación urbana. El programa está implementado en la actualidad en 26 barrios de la ciudad y su objetivo es reducir las desigualdades en salud entre barrios mediante actuaciones comunitarias basadas en la promoción de la salud y la salud comunitaria. De forma paralela, se implementa en Barcelona la

herramienta de la OMS Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban-HEART)⁸⁷, con el fin de evidenciar las desigualdades en salud urbana y facilitar la priorización, orientación y monitoreo de las actuaciones en los barrios. Actualmente esta herramienta comprende 64 indicadores de salud y de sus determinantes sociales de 73 barrios de la ciudad y está disponible en línea en la aplicación *InfoBarris*⁸⁸.

1.7. Participación comunitaria

Abordar las desigualdades sociales en el entorno local supone un desafío, donde actuar sobre los contextos físicos, sociales y económicos requiere una perspectiva intersectorial, participativa y con enfoque de equidad⁸⁹. Para incidir sobre estos factores es necesaria la implicación tanto de los decisores políticos como de la comunidad. La literatura reciente⁹⁰⁻⁹⁵ destaca la importancia de la participación de la población en el proceso de toma de decisiones en el diseño, planificación, implementación y evaluación de políticas y acciones relacionadas con la transformación de los barrios y municipios. La participación supone una visión más profunda y holística de los entornos, integra el conocimiento y los valores de la comunidad en los procesos, construye consensos y favorece espacios de empoderamiento y capacitación que producen abordajes más saludables, justos y equitativos^{23,93}.

En el ámbito de la salud, la participación comunitaria ya es recogida en la Declaración de Alma-Ata de la OMS⁹⁶ y en la Carta de Ottawa⁶², en 1978 y 1986 respectivamente. La Participación Comunitaria se define, en la adaptación española de la guía NICE de Participación Comunitaria⁹³, como “el proceso de involucrar a las comunidades en la toma de decisiones, y/o planificación, diseño, coordinación o implementación de servicios, usando métodos de colaboración y/o empoderamiento”. Es un eje central en la Promoción de la Salud y puede ser considerada como *medio*, para mejorar la salud y el bienestar, o como *fin*, para capacitar a las personas, favorecer la cohesión social y que puedan involucrarse y actuar para mejorar las condiciones de su entorno,^{92,95,97}.

La legislación española establece que corresponde a los poderes públicos facilitar la participación en todos los aspectos políticos, económicos, culturales y sociales y establece que la participación en salud es un derecho de la ciudadanía. En la Ley General de Sanidad 14/1986 y en la Ley de Salud de la Comunitat Valenciana 10/2014 se recoge la participación efectiva de la ciudadanía en el ámbito autonómico y en el contexto local, donde este derecho se materializa a través de las estructuras de participación de los Consejos de Salud de Zona Básica y las Mesas Intersectoriales⁹⁸. En la estrategia valenciana de XarxaSalut los espacios de participación comunitaria son los ejes centrales en el desarrollo de actuaciones de promoción de la salud⁸⁵.

Existen diferentes grados de participación comunitaria⁹⁹ que van desde informar sobre el proyecto o acción a desarrollar, hasta el control comunitario, en el que la población es autónoma en la toma de decisiones. Cuando ésta se da en un grado en el que se considera que la comunidad está involucrada, o bien en clave de *decisión-acción conjunta*, la población toma parte activa y es protagonista de los procesos comunitarios en todas sus fases, desde el análisis de la situación de partida, hasta el diseño, ejecución y evaluación de las acciones derivadas. Es fundamental no incorporar a la comunidad como mero informante y sujeto pasivo de los procesos sino facilitar que sea la comunidad misma la que se apropie, co-diseñe y autogestione las acciones comunitarias^{95,100}.

La necesidad de comprender la influencia del entorno en las salud y bienestar de la población ha favorecido la generación de numerosos marcos conceptuales, guías y herramientas^{77,90,91,101-104} que facilitan la participación de la comunidad en la transformación de sus barrios y municipios.

1.8. Herramientas de evaluación de entornos

El auge en los últimos años de las herramientas de evaluación de los entornos ha facilitado elaborar políticas, proyectos o acciones locales destinadas a mejorar los barrios y municipios. El desarrollo de estos instrumentos se ha vinculado principalmente a la evaluación de aspectos físicos de los espacios, a como estos favorecen comportamientos saludables, como la realización de actividad física o el contacto social, o reducen factores de riesgo^{28,31,77,90,101,103,104}. En la revisión realizada por Nickelson et al.¹⁰³, se identificaron 31 instrumentos dirigidos a evaluar el entorno físico de los barrios a partir de 20 dimensiones principales y 291 subdominios, donde los temas más analizados fueron el tráfico, seguridad, uso del suelo y problemas del entorno construido. Posteriormente, Hofland et al.¹⁰¹ actualizan la revisión de instrumentos, incluyendo nuevas herramientas, el tipo de metodología empleada y el grado de participación de la población en la evaluación. Hallaron 68 instrumentos de los cuales, 13 incluían algún tipo de participación ciudadana y únicamente en 2 casos la comunidad participaba en la definición del problema, recopilación de datos, análisis e interpretación de los resultados. En esta revisión se identificaron 22 dominios y más de 150 subdominios, incluyendo el entorno económico y el social.

Con el desarrollo del enfoque de Ciencia Ciudadana⁹¹ y las *Smart Cities*⁹² se enfatiza en el potencial de la tecnología para la participación en línea, que permite a las personas residentes de un contexto definido involucrarse en mejorar su barrio o municipio. Sin embargo, la efectividad en procesos de planificación urbana del uso de Herramientas Participativas en línea (OPTs, por sus siglas en inglés) está condicionada a la alfabetización tecnológica de la ciudadanía, los recursos organizativos y las características de la herramienta seleccionada. Por otra parte, el uso de estas herramientas favorece la participación masiva, pudiendo contribuir a un uso instrumental de la participación. La elección de OPTs para la evaluación de entornos requiere capacidad organizativa, capacitación de la comunidad, planificación del grado de participación y contar con una herramienta adecuada para el objetivo de evaluación⁹². En este contexto, se diseñó la Herramienta de Evaluación de Ciencia Ciudadana⁹⁰ (CSAT por sus siglas en inglés) para evaluar la calidad de la Ciencia Ciudadana y el grado de enfoque participativo. Este instrumento se elaboró a partir de la revisión de la relación entre las características urbanas de los barrios y el envejecimiento saludable, utilizando estudios de Ciencia Ciudadana como base. La participación fue clasificada como contributiva (para la gente), colaborativa (con la gente) o co-productiva (por la gente), y los dominios identificados fueron la accesibilidad arquitectónica y económica, entorno físico, transporte, aislamiento y exclusión social, apoyo social, barreras para personas migrantes y comunidades multiculturales, y seguridad⁹⁰. Como evolución de la aplicación de las herramientas digitales a la participación y en el marco de la Ciencia Ciudadana, se crean los Observatorios Ciudadanos, definidos como iniciativas y plataformas comunitarias de monitoreo ambiental para la co-creación de acciones locales destinadas a transformar las ciudades en entornos saludables, sostenibles, resilientes e inclusivos^{106,107,108}.

El compendio de herramientas propias y de otras agencias internacionales publicado por la OMS en 2020⁷⁷ para dar soporte a las Ciudades Saludables, incluye instrumentos destinados a evaluar y diseñar barrios y municipios que favorezcan la salud y el bienestar (tabla 1).

Tabla 1. Compendio de herramientas para evaluación de entornos⁷⁷.

Nombre de la herramienta	Características generales
AirQ*	Software para la evaluación del riesgo para la salud de la contaminación del aire.
Checklist of essential features for age-friendly cities*	Lista de verificación de características esenciales de una ciudad amigable con las personas mayores.
CHEST (Clean Household Energy Solutions Toolkit)*	Evaluación del estado actual del uso de energía en los hogares, la contaminación del aire y el impacto en la salud.
Toolkit for creating age-friendly environments in Europe*	Caja de herramientas para diseñar entornos que faciliten el envejecimiento activo y saludable.
GreenUr*	Plugin gratuito y acceso libre de Sistema de Información Geográfica para medir la disponibilidad y accesibilidad de espacios verdes en entornos urbanos.
HEAT (Health Economic Assessment Tool)*	Evaluación económica de la infraestructura y políticas de transporte en relación con el efecto en la salud de caminar e ir en bicicleta.
ITHIM (Integrated Transport and Health Impact Modelling Tool)*	Evaluación del impacto en la salud de escenarios y políticas de transporte, incluyendo cambios en la actividad física, riesgos por inseguridad vial y exposición a la contaminación ambiental.
iSThAT (Integrated Sustainable Transport and Health Assessment Tool)*	Evaluación de los beneficios para la salud y la economía de las medidas de reducción de carbono en el contexto del transporte urbano. Analiza alternativas de mitigación de carbono en el transporte terrestre con fines informativos y educativos.
Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool)*	Procedimiento estandarizado de recopilación de información urbana para planificación de acciones de abordaje de desigualdades en salud.
City Resilience Profiling Tool (UN-Habitat)	Marco de recolección de información para desarrollar entornos resilientes.
Using national and local data to address health inequalities: a step-by-step guide (Public Health England)	Conjunto de herramientas para desarrollar acciones locales de abordaje de las desigualdades en salud. A) Abordaje de desigualdades en salud mediante acción local en salud, B) Apoyo a las comunidades, C) Servicio a la comunidad y D) Integración cívica del servicio.
RIAI Town and Village Toolkit (Royal Institute of the Architects of Ireland)	Evaluación de contextos rurales.
BenMAP (Benefits Mapping and Analysis Program) GAINS (Green gas-Air pollution interactions and Synergies) HAPIT (Household Air Pollution Interventions Tool) I-Tree (Tools for Assessing Forest & Community Trees) SWEET (Solid Waste Emissions Estimation Tool)	Herramientas de código abierto que permiten calcular las emisiones y el impacto de la contaminación del aire.
PST (Place Standard Tool) (Scottish Government, Public Health Scotland, Architecture & Design Scotland and Glasgow City Council)	Herramienta diseñada para evaluar las características físicas, económicas y sociales de un territorio.
The Place Game (Project for Public Spaces)	Herramienta para evaluar espacios públicos a través de metodologías de observación guiadas.
Walkability Assessment for Healthy Ageing (Belfast Healthy Cities)	Evaluación de la <i>caminabilidad</i> del entorno construido para conocer su grado promotor de envejecimiento saludable.
Town Centre Toolkit (Scottish Government)	Caja de herramientas para mejorar centros urbanos en términos de emergencia climática, salud y bienestar, inclusividad, equidad y empoderamiento comunitario.

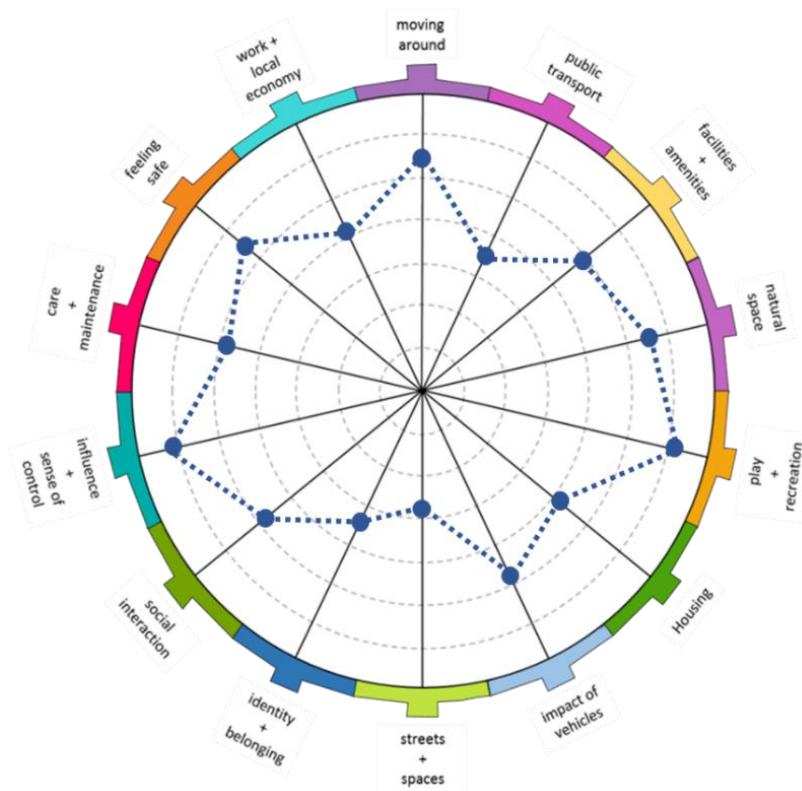
* Herramientas propias de la OMS

Place Standard Tool

En 2015 el gobierno escocés, en su marco legislativo¹⁰⁹ inició la implementación nacional de la herramienta Place Standard (PST)¹¹⁰ ([anexo C](#)) con objeto de abordar los determinantes de las desigualdades en salud a partir de una estrategia combinada de participación comunitaria e intervención en los entornos. Esta herramienta evalúa los aspectos físicos, sociales y económicos del territorio, trasladando la compleja relación entre la salud y los entornos, a un cuestionario capaz de recoger cuantitativa y cualitativamente el significado que éstos tienen para las personas que los habitan, visibilizando la percepción de cómo los determinantes afectan de forma desigual a territorios o colectivos concretos.

La PST está diseñada para promover una conversación estructurada entre la persona entrevistadora y la vecina o vecino, de manera individual o grupal, con el fin de evaluar el territorio y explorar las fortalezas y debilidades que ofrece en la producción de salud y bienestar. La herramienta se estructura en 14 dimensiones conectadas transversalmente. Cada dimensión consta de una pregunta principal, una breve explicación y varias preguntas destinadas a reflexionar con mayor profundidad sobre ella. Para cada dimensión se identifican las ideas clave que la caracterizan y se le otorga una puntuación de entre 1 y 7, donde 1 es la valoración menos favorable y 7 la más favorable. A continuación, se elaboran propuestas dirigidas a mejorar las áreas más deficientes. Al finalizar la evaluación, la puntuación se traslada a un diagrama en tela de araña donde se muestra gráficamente qué dimensiones requieren un abordaje prioritario (figura 7). Las ideas clave, observaciones y propuestas se transcriben en un espacio del cuestionario destinado a este fin. La discusión, los comentarios grupales recogidos durante la evaluación y las reflexiones individuales anotadas, conforman los resultados cualitativos de la herramienta.

Figura 7. Diagrama en tela de araña para registrar las puntuaciones por dominio evaluado¹¹⁰.



2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

A finales de 2018, se pone en marcha la Acción Conjunta de Equidad en Salud (JAHEE) de la Unión Europea, con el propósito general de mejorar la equidad en los resultados de salud en todos los estratos sociales y países participantes, abordando así las persistentes desigualdades en salud. Esta acción, de 36 meses de duración, involucró a 24 países europeos que, organizados en 9 grupos de trabajo, desarrollaron acciones dirigidas a planificar y desarrollar políticas y recomendaciones orientadas a disminuir las desigualdades en salud a nivel europeo, nacional, regional y local, mejorar la monitorización, gobernanza y evaluación de políticas públicas, facilitar el intercambio, aprendizaje, y transferencia de buenas prácticas entre países e implementar acciones con enfoque de equidad¹¹¹. España participó en diversos grupos de trabajo, y la Comunitat Valenciana, mediante la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO), formó parte del Grupo de Trabajo 6 “Entornos Saludables”. El propósito de este grupo era el de identificar estrategias, políticas y modelos de buenas prácticas que mejoraran la comprensión del impacto que ejercen los entornos sobre los comportamientos saludables, factores de riesgo y resiliencia, así como desarrollar pautas para la planificación urbana saludable. En este contexto, surge la oportunidad de implementar la herramienta Place Standard Tool, una herramienta de evaluación de entornos originaria de Escocia capaz de facilitar la identificación de necesidades y oportunidades de mejora en los entornos locales. La elección de la PST se fundamentó en la falta de herramientas específicamente adaptadas al contexto español con orientación participativa, intersectorial y de equidad, diseñadas para evaluar entornos, así como en la oportunidad de poder dotar a la estrategia de acción local en salud XarxaSalut de una herramienta potencialmente utilizable por los espacios de participación en la Etapa III: “Análisis de la situación de salud y sus determinantes en la comunidad local”.

La alineación estratégica del proyecto de traducción, adaptación cultural y validación al contexto español de la PST con la estrategia XarxaSalut, facilitó un sólido respaldo del gobierno local, personal técnico y ciudadano, permitiendo la integración de los objetivos de la investigación con los procesos de acción comunitaria que se estaban llevando a cabo en diversos municipios en el momento de la realización del estudio.

Por otra parte, a pesar de que la PST había sido traducida y utilizada en otros contextos culturales previamente (Países Bajos, Alemania, Turquía, Dinamarca, Lituania, Letonia, Macedonia)¹¹², en ninguno de ellos se había desarrollado hasta el momento un estudio de validación y pilotaje monitorizado.

La imperante necesidad de disponer de una herramienta validada al contexto español ha constituido el objetivo central de esta tesis, orientada a fortalecer la evaluación de entornos en el marco de la acción local en salud. Más allá de proporcionar una herramienta funcional y validada para la evaluación de entornos, el propósito de esta investigación ha sido tratar de contribuir al avance del conocimiento científico en el ámbito de la salud pública y la planificación urbana saludable, promoviendo la equidad, la participación comunitaria y la acción intersectorial para la mejora de la salud y el bienestar de la población.

3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Traducir, adaptar, validar y pilotar la herramienta Place Standard Tool, diseñada para la evaluación participativa de los entornos físicos y socioeconómicos con enfoque de determinantes sociales de la salud.

Objetivos específicos:

- Traducir, adaptar culturalmente y validar la versión española de la herramienta Place Standard (artículo 1).
- Pilotar la versión española de la herramienta en dos municipios de la Comunitat Valenciana (artículo 2).
- Explorar las propiedades psicométricas de la herramienta a partir de su implementación en un municipio de la Comunidad Valenciana (artículo 3).
- Desarrollar el proceso metodológico de aplicación de la herramienta en el entorno local (artículo 4).

4 METODOLOGÍA

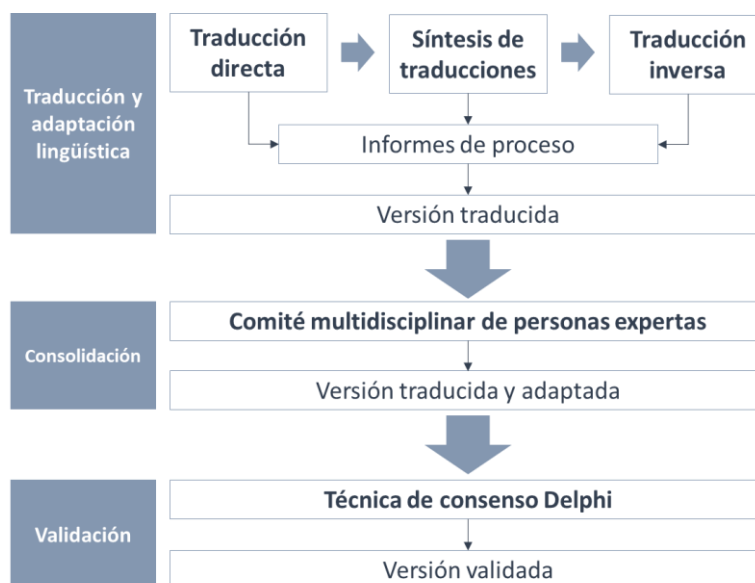
En los [apéndices A, B, C y D](#) se presentan los artículos publicados y aceptados que conforman esta tesis. Para facilitar la comprensión global del desarrollo de la metodología seguida en la investigación, se resumen a continuación los diferentes diseños incluidos en cada una de sus fases.

4.1. Metodología de la traducción, adaptación y validación

Diseño del estudio y procedimiento de traducción, adaptación y validación de contenido

En el artículo 1 del compendio de la tesis ([apéndice A](#)) se recoge el proceso de adaptación y validación de la herramienta Place Standard Tool al contexto español. Se trata de un estudio transversal de adaptación cultural y validación de contenido realizado según las recomendaciones metodológicas internacionales para la adaptación de instrumentos¹¹³⁻¹¹⁵. Se elaboró en tres etapas (figura 8): 1) traducción y adaptación cultural, 2) consolidación por comité multidisciplinar y, 3) validación mediante técnica de consenso Delphi.

Figura 8: Fases del proceso de traducción, adaptación cultural y validación de la herramienta Place Standard Tool al español. Elaboración propia basada en Ramada et al.¹¹³



En primer lugar, se elaboró la versión traducida de la herramienta mediante traducción inglés-español y retrotraducción español-inglés. A continuación, un comité multidisciplinar de personas expertas en lingüística, promoción de la salud y metodologías participativas elaboraron la versión consolidada adaptada al español. Se trataba de asegurar el mayor grado posible de adecuación del lenguaje y de la equivalencia conceptual de esta versión con la herramienta

original. Para ello se realizó un análisis semántico, idiomático, experiencial y conceptual de la versión traducida comparada con la original.

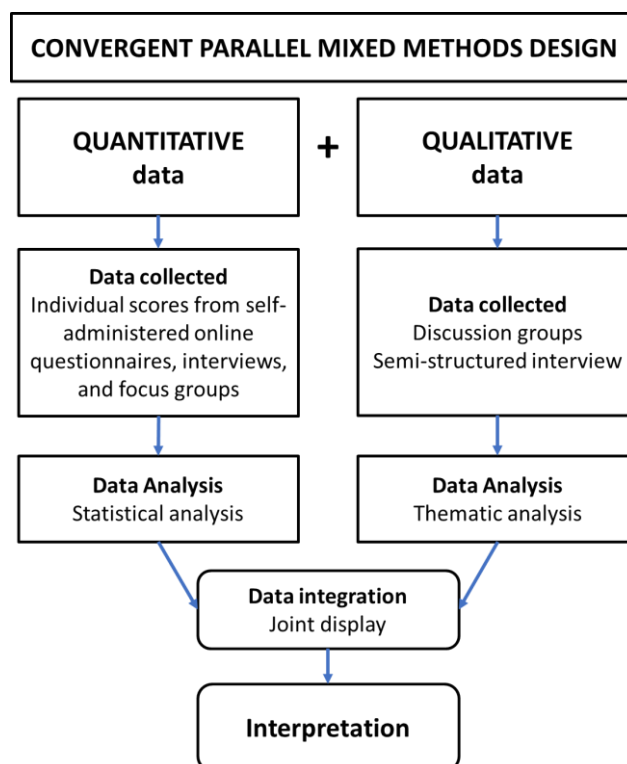
Para evaluar la validez de contenido se empleó el método Delphi mediante un panel de once profesionales de todo el territorio nacional con amplia experiencia laboral y científica en áreas relacionadas con la salud y la equidad. El proceso iterativo se llevó a cabo entre 2019 y 2020 mediante dos consultas y una exposición final de resultados. Cada ítem de la herramienta se evaluó de forma cuantitativa y cualitativa en términos de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. El grado de consenso y/o de disenso se definió en función de la puntuación otorgada a cada ítem. Las observaciones, comentarios y propuestas incluidas en cada ítem que sustentaron los principales argumentos de consenso y disenso entre participantes, constituyeron la información sobre la que se realizó un análisis de contenido, con objeto de modificar, suprimir o adicionar ítems a la herramienta.

4.2. Metodología del pilotaje herramienta

Diseño del estudio

El pilotaje de la versión española de la herramienta PST se realizó entre octubre de 2019 y febrero de 2020 en dos municipios de la Comunitat Valenciana y corresponde al artículo 2 de la tesis ([apéndice B](#)). Se trata de un estudio mixto convergente-paralelo (QUAL+QUAN), en el que se recopilaban y analizaban los datos cuantitativos y cualitativos por separado¹¹⁶, y sus resultados se interpretaron mediante el proceso de integración en una tabla de visualización conjunta o *Joint Display*¹¹⁷ (figura 9).

Figura 9: Esquema del diseño del estudio mixto



Características de los municipios evaluados

El pilotaje de la herramienta se llevó a cabo en Denia (contexto urbano) y Yátova (contexto rural), dos municipios de la Comunitat Valenciana (España) adheridos a la Red de Municipios por la Salud de la Comunitat Valenciana, XarxaSalut (figura 10). Denia es una ciudad costera de la provincia de Alicante con una población de 42.827 habitantes, de la que el 23,7% es de origen extranjero¹¹⁸. Su actividad económica principal es el turismo, destacando el desarrollo urbano de la ciudad vinculado al turismo de tipo residencial. Yátova es un municipio rural ubicado en el interior de la provincia de Valencia. Tiene una población de 2.079 habitantes, de las que más del 25% son personas mayores de 65 años y su actividad económica más importante es el sector servicios (comercio, transporte y hostelería)¹¹⁹ (tabla 2).

Figura 10. Municipios de la Comunitat Valenciana (España) estudiados. El municipio A) es el contexto rural y el B) el contexto urbano.

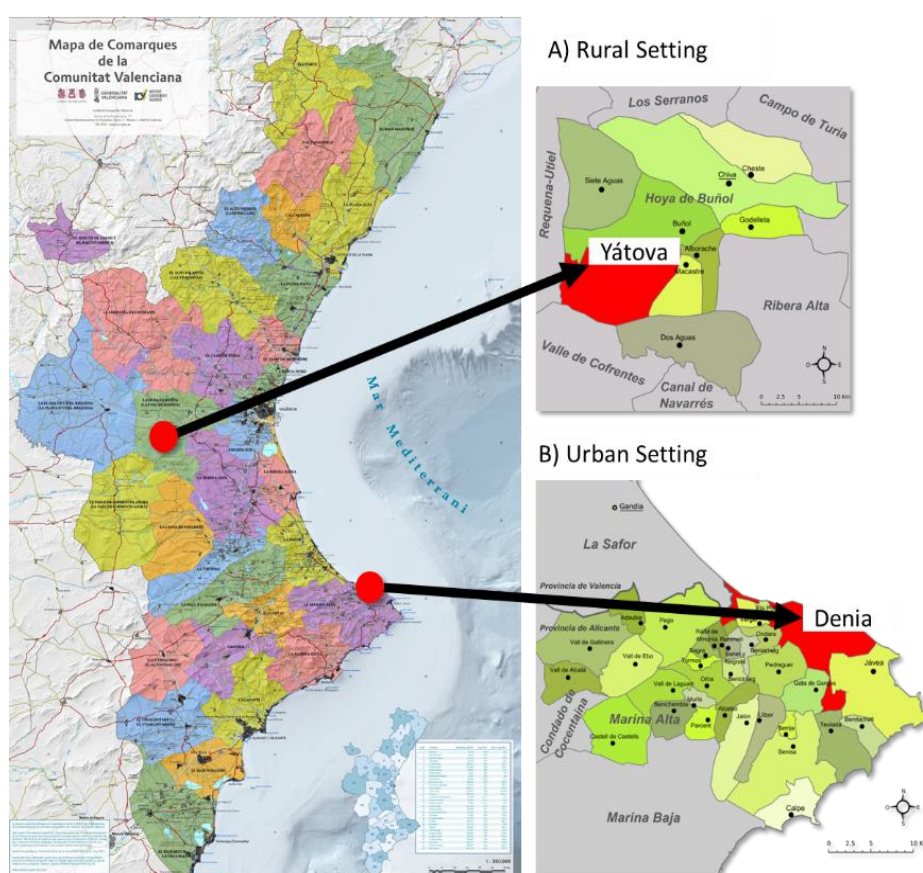


Tabla 2. Descripción de los municipios a estudio¹¹⁸⁻¹²⁰

Características	Entorno urbano	Entorno rural
Superficie (km ²)	66.18	120.24
Densidad de población (hab/km ²)	649.04	17.56
Altitud (m)	16	435
Geografía	Municipio costero	Municipio de interior
Distancia de la capital (km)	100	46
Población total (habitantes)	42,953	2,112
Envejecimiento ¹ (%)	134.3%	195.6%
Población española (%)	77.4	95.7
Población de la UE (%)	8.9	2.0
Población de otros países (%)	13.7	2.3
Renta disponible por declaración (€)	20,214	18,690
Empresas activas por sector de actividad (%)	80.88% Servicios ² 15.60% Construcción 3.42% Industria	77.67% Servicios ² 18.75% Construcción 3.57% Industria
Presupuesto municipal (€)	70.798,427	3.180,009

¹Cálculo envejecimiento: (Pob.>64)/(Pob.<16)×100

²El sector servicios está compuesto por comercio, hostelería y transporte

Criterios de selección de las personas participantes

Las personas participantes debían residir o desarrollar su actividad laboral en el municipio en el momento del estudio, ser mayores de 18 años y haber consentido expresamente su participación. El diseño de la participación se realizó en base a tres premisas: a) incluir el enfoque de equidad en salud, b) contar con la participación de la administración local, la ciudadanía asociada y no asociada y de los recursos profesionales y técnicos que gestionaran servicios en el municipio de estudio, y c) fomentar la participación de la comunidad en general. Para ello, se organizaron tres formas de participación: a) grupos de conversación, b) entrevistas estructuradas a pie de calle y c) cuestionarios autoadministrados en línea. El enfoque de equidad se aplicó mediante un muestreo de los grupos de conversación por conveniencia, con el objetivo de conocer las percepciones en torno a las 14 dimensiones evaluadas, en función de los ejes de desigualdad: edad, género, diversidad funcional, nivel socioeconómico, estatus migratorio y territorio. El diseño de los grupos y su captación se basó en las características demográficas de la población residente y contó con la participación del personal técnico municipal y agentes sociales de ambos municipios. Las personas que participaron mediante entrevistas a pie de calle fueron captadas durante eventos comunitarios con gran afluencia de público. Para favorecer la participación online se habilitó un código QR que remitía al cuestionario en línea. El código se incluyó en el material de difusión del proyecto y se diseminó a través de las redes sociales municipales (Facebook, Twitter, Instagram) y redes de comunicación comunitarias (bando municipal, wasap, puntos informativos en los comercios locales).

Variables y fuentes de información

La evaluación del entorno físico, económico y social de Denia se realizó mediante la versión española de la Place Standard Tool. Esta herramienta está basada en los determinantes sociales

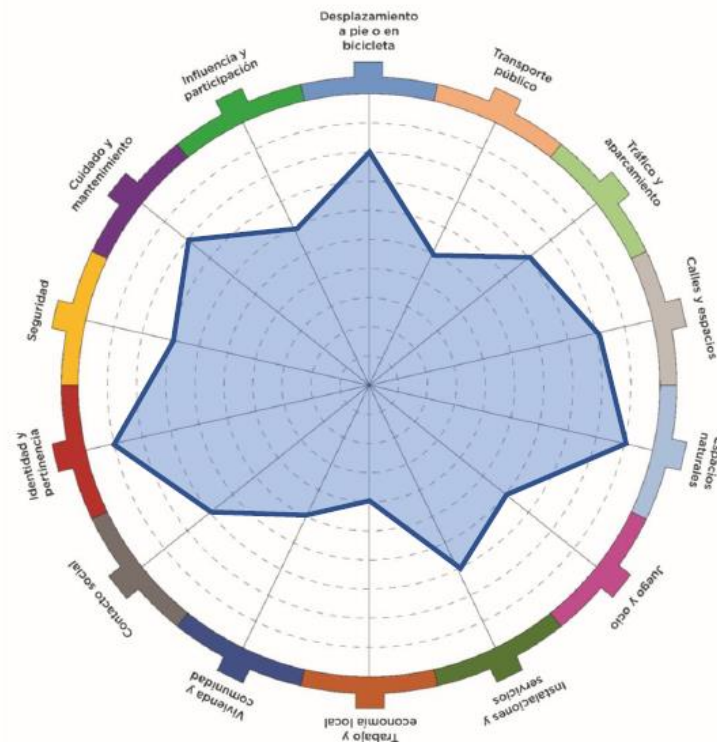
de la salud a nivel urbano y su diseño facilita el análisis participativo de un territorio definido. El instrumento promueve conversatorios estructurados sobre 14 dimensiones conectadas transversalmente con elementos que ejercen impacto sobre la salud y el bienestar (tabla 3). Recoge de manera cuantitativa y cualitativa el significado que las características del lugar tienen para las personas que lo habitan, aportando el cuánto y el cómo éste les afecta de manera desigual. Cada dimensión consta de una breve descripción, una pregunta principal y varias preguntas secundarias para favorecer una reflexión más profunda.

Tabla 3: Dimensiones y preguntas principales de la herramienta Entornos de Vida

Dimensión	Pregunta principal
1 Desplazamiento a pie o en bicicleta	¿Puedes caminar y/o desplazarte en bicicleta (o en otro medio de transporte no motorizado) fácilmente y por trayectos agradables y seguros por tu barrio o municipio?
2 Transporte público	¿El transporte público responde a las necesidades de todas las personas del barrio o municipio?
3 Tráfico y aparcamiento	¿La regulación del tráfico y de las zonas de aparcamiento es adecuada en tu barrio o municipio?
4 Calles y espacios	¿Están los edificios bien cuidados y las calles y espacios públicos abiertos son agradables y fáciles para transitar por ellos?
5 Espacios naturales	¿Puedes disfrutar en tu barrio o municipio de un espacio natural atractivo, seguro y de fácil acceso?
6 Juego y ocio	¿Se pueden realizar actividades de ocio y esparcimiento en tu barrio o municipio?
7 Servicios	¿Los servicios que tiene tu barrio o municipio satisfacen las necesidades de todas las personas?
8 Trabajo y economía local	¿Hay una economía local activa en el municipio que favorezca el acceso a un buen empleo?
9 Vivienda y comunidad	¿Las viviendas de tu barrio o municipio satisfacen las necesidades de la población?
10 Contacto social	¿Hay oportunidad y variedad suficiente de espacios y actividades para relacionarse con otras personas en tu barrio o municipio?
11 Identidad y pertenencia	¿Tu barrio o municipio tiene una identidad positiva y sientes que perteneces o que puedes pertenecer a él?
12 Seguridad	¿Te sientes segura/o en tu barrio o municipio?
13 Cuidado y mantenimiento	¿Se cuidan adecuadamente los edificios y espacios del barrio o municipio, tanto públicos como privados?
14 Influencia y participación	¿Sientes que puedes participar en la toma de decisiones y ayudar a cambiar las cosas para mejorar tu barrio o municipio?

Cada dimensión se puntúa del 1 al 10 (siendo 1 la valoración menos favorable y 10 las más favorable). Seguidamente se ponen en común los argumentos que explican la puntuación individual y se consensua la puntuación colectiva. Finalmente se trasladan las puntuaciones a un diagrama en tela de araña (figura 11) para identificar sencilla y visualmente qué dimensiones están mejor o peor evaluadas. La información cuantitativa comprende las puntuaciones individuales otorgadas por cualquier vía de participación y la cualitativa, los porqués de las puntuaciones.

Figura 11: Diagrama en tela de araña para el registro de la evaluación con Entornos de Vida



De todas las personas participantes del estudio, independientemente del método de participación, se recogieron los datos sociodemográficos de: género, edad, nivel de estudios, situación laboral, grado de discapacidad, nacionalidad, y municipio de residencia o de trabajo.

Metodología de análisis

Para el análisis cuantitativo, se utilizó en primer lugar la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad de la distribución de la muestra y a continuación se llevaron a cabo pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) para explorar la relación entre los entornos rural y urbano y las 14 dimensiones de la herramienta.

El análisis cualitativo se llevó a cabo mediante la adaptación del modelo de análisis temático^{121,122}, para comprender la percepción de los residentes en relación a su municipio. Para ello, se determinaron categorías deductivas centradas en los 14 temas previamente definidos y examinados en la herramienta de estudio.

La metodología de análisis del método mixto consistió en un análisis con enfoque convergente-paralelo¹¹⁶ en el que se recolectaron y analizaron los datos cuantitativos y cualitativos de forma separada. Posteriormente, para obtener una mayor comprensión de la percepción de la

comunidad sobre su municipio, se integraron ambos resultados (CUAL+CUAN) otorgándoles relevancia similar en el estudio. El análisis e interpretación conjunta de los datos se realizó a partir de su integración en una tabla de exhibición conjunta o *joint display*¹²³.

4.3. Metodología del estudio exploratorio de las propiedades psicométricas

Diseño del estudio exploratorio de propiedades psicométricas

El estudio de validación de constructo de la versión española de la herramienta PST corresponde al artículo 3 de la tesis ([apéndice C](#)). Se trata de un diseño transversal que tenía por objeto explorar la estructura interna de la herramienta mediante un análisis factorial y analizar la consistencia interna, a partir del pilotaje realizado en el municipio urbano de Denia.

Criterios de selección de los participantes

El estudio se llevó a cabo con la cohorte de personas participantes en el municipio de Denia descrita en el artículo 2 (véase [apéndice B](#)).

Modelos estadísticos

Para medir la confiabilidad de la herramienta se realizó un análisis de la consistencia interna y un análisis factorial. La consistencia interna se analizó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. y para el análisis factorial exploratorio entre dimensiones se empleó la prueba de Kaiser Meyer Olkin (KMO).

4.4. Consideraciones éticas

Todas las personas participantes fueron informadas de los objetivos del estudio y firmaron un consentimiento informado previamente, de acuerdo con el protocolo del estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València (procedimiento nº 1208176) (véase [anexo A](#)).

5 RESULTADOS

5.1. Resultados de la traducción, adaptación y validación

Se tradujo el instrumento completo compuesto por 100 ítems, incluyendo para cada una de las 14 dimensiones, el título, la pregunta principal y preguntas para la reflexión. El nombre de la herramienta se tradujo como *Entornos de Vida*.

La equivalencia conceptual entre el cuestionario original y el traducido presentó dificultades en el 21% de los ítems, relacionadas con los significados de las palabras o su formulación (semántica), las traducciones literales y formalismos (idiomática), la equivalencia cultural en nuestro medio (experiencial) y la adaptación a nuestro contexto (conceptual) (tabla 4).

Tabla 4: Dificultades y resolución de las equivalencias analizadas.

Tipo de equivalencia	Dificultades identificadas en la traducción y adaptación lingüística
Semántica	Múltiples significados a una misma palabra o formulación: ▪ <i>Place</i>: varios significados en función del contexto – entorno, contexto, lugar-. ▪ <i>Getting around</i>: desplazamiento o movilidad. ▪ <i>Routes</i>: como rutas señalizadas e identificadas o trayecto libre e indefinido. ▪ <i>Community</i>: comunidad, población o personas que viven en un barrio o municipio. ▪ <i>Safe and secure</i>: como aspectos objetivos relacionados con la seguridad, diferenciando de la sensación de seguridad personal (feeling save). ▪ <i>Play and recreation</i>: Juego y recreación, esparcimiento, ocio, diversión.
Idiomática	Formas de cortesía: tú o usted Traducciones literales y formalismos: ▪ “<i>variedad suficiente</i>” por “¿puedes disfrutar de...?”, “¿hay suficiente...?” ▪ “<i>tener oportunidades para el juego y la recreación</i>” por “poder realizar actividades de ocio y esparcimiento” ▪ “<i>¿los niños son capaces de desafiarse a sí mismos y construir su confianza mientras juegan?</i>” por “¿los lugares e instalaciones para niños y niñas estimulan en incentivan la superación personal y contribuyen a aumentar la confianza en sí mismas/os” (pregunta finalmente eliminada en la fase de validación) ▪ “<i>¿son explotados al máximo para favorecer un estilo de vida saludable?</i>” por “¿los servicios de tu barrio o municipio favorecen la alimentación saludable, la actividad física y las relaciones sociales” (pregunta reformulada en la fase de validación) ▪ “<i>desplazarse de manera segura</i>” por “¿el transporte público es seguro?” ▪ “<i>responde a las necesidades de su comunidad</i>” por “¿satisfacen las necesidades de la población?”, “responde a las necesidades de todas las personas del barrio o municipio”. ▪ “<i>los trabajos de buena calidad ofrecen importantes beneficios a través del salario, la actividad, el contacto social, el sentido de identidad y la satisfacción laboral. Una próspera actividad económica local puede aportar oportunidades de trabajo y ayudar a crear lugares animados donde las personas quieran pasar el tiempo</i>” por “los beneficios de un buen empleo, como un salario adecuado, el tipo de

	actividad desarrollada, las relaciones sociales o la realización personal, promueven la salud y el bienestar” ▪ “¿existen oportunidades para que las personas adquieran habilidades para el trabajo, tales como educación, cursos, prácticas o voluntariado?” por “¿ay diferentes oportunidades para que las personas adquieran habilidades para trabajar (como módulos o actividades formativas, escuelas de formación profesional, convenios con sectores económicos o empresas, prácticas...)?” ▪ “¿posee este lugar una identidad positiva y siento que pertenezco a él?” por “¿tu barrio o municipio tiene una identidad positiva y sientes que perteneces o que puedes pertenecer a él?” ▪ “¿existen diversos tipos de espacios y oportunidades para relacionarse con gente?” por “¿hay oportunidad y variedad suficiente de espacios y actividades para relacionarse con otras personas en tu barrio o municipio?” ▪ “¿Los tipos de viviendas están acordes unos con otros?” (pregunta eliminada en la fase de validación por baja relevancia).
Experiencial	Preguntas o expresiones con ausencia o mínima equivalencia cultural que requirieron adaptación a nuestro medio: ▪ “instalaciones o servicios de relajación” (expresión eliminada en la fase de validación). ▪ “¿las rutas o elementos característicos facilitan que la gente se ubique más fácilmente?” (pregunta eliminada en la fase de validación). ▪ “¿existen diferentes tipos de viviendas disponibles para diferentes tamaños de familias?” por “¿El tamaño de las viviendas se adapta al tamaño o al tipo de las familias que las habitan?” ▪ “¿El espacio natural seguirá satisfaciendo las necesidades de la gente en el futuro?” (pregunta eliminada en la fase de validación). ▪ ¿Existe una asociación de vecinos/as implicada y efectiva? (pregunta eliminada-se incluye explícitamente en las dimensiones de cuidado y mantenimiento de un barrio o municipio y de influencia y participación)
Conceptual	Ítems con dificultad de adaptación contextual ▪ <i>Places</i>: entorno, contexto, lugar. ▪ <i>Community</i>: comunidad, población o personas que viven en un barrio o municipio. ▪ <i>Getting around</i>: moverse, desplazarse, transitar de un lugar a otro. ▪ <i>Good-quality, attractive, pleasant</i>: de buena calidad, en buen estado, idóneo, agradable, placentero, satisfactorio. ▪ “to move around safely can help people to get the most out of a place” por “sacarle partido al lugar, aprovechar el lugar” ▪ “meet the community’ needs” por “responde a las necesidades de la comunidad”, “de las personas que viven en el barrio”, “satisface las necesidades”. ▪ “¿Is parking in a safe and secure location?” por “¿las zonas de estacionamiento o los aparcamientos son seguros?” ▪ “Are children able to challenge themselves and build their confidence while playing?”: ¿los niños son capaces de desafiarse ellos mismos, y construir su confianza mientras juegan? ▪ “Are the facilities and amenities being used to their full potential to help to support a healthy lifestyle?”: ¿favorecen tener un estilo de vida saludable? ▪ “Do the different housing types work well with one another?: ¿los tipos de viviendas están acordes unos con otros? ▪ “Do local community services or groups allow people to get involved?”: ¿Los servicios o grupos comunitarios locales permiten que la gente se involucre?

Los resultados en la fase de validación de la herramienta mediante el consenso Delphi, consistieron en la formulación de 387 comentarios y en el grado de consenso y disenso alcanzado, en términos de suficiencia, coherencia, relevancia y claridad de cada ítem evaluado. El análisis temático inductivo de los comentarios aportados por el panel de personas expertas originó 4 categorías emergentes que afectaban transversalmente a varias dimensiones o a la totalidad del cuestionario (tabla 5).

Tabla 5: Categorías temáticas del análisis de contenido de las aportaciones del panel de personas expertas.

Categoría	Modificaciones transversales
Comunicación: Estilo de comunicación y lenguaje	▪ Incorporar un lenguaje más coloquial. ▪ Utilizar el tuteo como forma de cortesía. ▪ Formular mediante preguntas abiertas para favorecer la conversación.
Enfoque y organización: Enfoque del cuestionario y organización de ítems	▪ Incluir la expresión “en tu barrio o municipio” a elegir en función del territorio a evaluar. ▪ Orientación hacia la evaluación del entorno, identificando las ideas clave que caracterizan un lugar que favorece la salud y el bienestar. ▪ Se incluyen preguntas sobre <i>Seguridad</i> en diversas dimensiones. Se podría evaluar con mayor facilidad esta dimensión si se agruparan en la dimensión diseñada al efecto. ▪ Las dimensiones de <i>Trabajo y economía local</i>, <i>Juego y ocio</i>, <i>Identidad y pertenencia</i> pueden dar lugar a confusión en la evaluación por barrios, por comprender actividades que en ocasiones no se realizan en el barrio de residencia. ▪ La puntuación global de dimensiones que incluyen dos subdimensiones, como <i>Desplazamiento a pie o en bicicleta</i>, <i>Tráfico y aparcamiento</i> e <i>Influencia y participación</i> puede verse dificultada.
Clarificación: Ejemplificación y explicación de términos	▪ Clarificar términos como “suficiente”, “agradable”, “satisfactorio”, “saludable”, “accesible”, “asequible” o “elementos positivos”. ▪ Explorar las dificultades de movilidad y autonomía y barreras a la accesibilidad (arquitectónicas, económicas, administrativas). ▪ Ejemplificar barreras y elementos favorecedores en las preguntas que se utilice esta formulación, para facilitar la comprensión de la pregunta. ▪ Ejemplificar estructuras y procesos de participación.
Nuevos elementos: Inclusión de preguntas o reformulaciones adaptadas al contexto de uso	▪ Incorporar elementos relacionados con la climatología española, como sombras, fuentes, zonas de bancos. ▪ Incluir de manera explícita la actividad física, la cultura y la de dinamización de los espacios. ▪ Añadir preguntas que exploren fenómenos relacionados con la vivienda en España: gentrificación, “guetificación”, alquiler turístico. ▪ Incluir el concepto de transparencia de acciones y decisiones políticas. ▪ Incorporar la perspectiva de género incluyéndose específicamente en las dimensiones de <i>Desplazamiento</i>, <i>Transporte público</i>, <i>Trabajo y economía local</i>, <i>Cuidado y mantenimiento</i>, <i>Seguridad</i>, <i>Juego y Ocio</i>, <i>Calles y espacios y Servicios</i>.

El grado total de consenso en términos de coherencia y relevancia fue de un 72%, alcanzando un 75% de grado suficiente de acuerdo en las categorías de suficiencia y claridad (tabla 6). La relevancia del ítem y su claridad fueron las categorías donde más disenso se produjo. Los mayores desacuerdos se recogieron en las dimensiones de *Calles y Espacios*, *Espacios Naturales*, *Juego y Ocio*, *Vivienda y Comunidad* y *Contacto Social*.

Tabla 6: Grado de consenso y disenso por categorías de evaluación.

Resultados	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad
% ítems con acuerdo total (4 puntos por todas/os participantes)	21,24	73,68	72,32	15,04
% ítems con acuerdo suficiente (3 y 4 puntos por ≥ 7 participantes)	76,11	24,56	20,54	75,22
% ítems con desacuerdo total (1 punto por todas/os participantes)	0	0	0	0
% ítems con desacuerdo suficiente (1 y 2 puntos por ≥ 2 participantes)	2,65	1,75	7,14	9,73

Como resultado del proceso, se añadieron 8 preguntas y se eliminaron 9, dando lugar a la versión final de la herramienta con 99 ítems ([anexo D](#)).

5.2. Resultados del pilotaje de la herramienta

En el estudio participaron un total de 356 personas, 242 en el contexto urbano y 114 en el rural. En ambos municipios, la mayor parte de la participación se recogió en los grupos de discusión, seguida de las entrevistas estructuradas y del cuestionario en línea (40,45%, 36,24% y 23,31%, respectivamente) (tabla 7). La edad promedio fue de 48,25 años en Denia (desviación estándar (DE: 17,13) y 52,57 en Yátova (DE: 19,89), con una edad mínima de 18 y una edad máxima de 95 años. En cuanto al estado laboral, el 2,5% de las personas se dedicaban al cuidado no remunerado, el 10,1% estaban en situación de desempleo, el 10,7% eran estudiantes, el 26,1% estaban jubiladas y el 49,7% contaba con un empleo por cuenta propia o ajena. En términos de nivel educativo, el 12,6% tenía educación primaria o inferior, el 29,2% había completado la educación secundaria y el 37,6% tenía educación superior. Entre las personas participantes, el 6,18% tenía un grado de discapacidad igual o mayor al 33% y el 12,69% era de nacionalidad extranjera.

Tabla 7: Participantes por método de participación y entorno.

Método de participación	Entorno urbano Nº de participantes	Entorno rural Nº de participantes
A. Grupos de discusión	91	53
Espacio de Participación XarxaSalut (profesionales, administración local y ciudadanía)	13	11
Asociaciones y entidades locales	10	13
Barrios (ciudadanía y administración local)	17	-
Mujeres en situación de vulnerabilidad socioeconómica	7	7
Personas con discapacidad	10	3
Personas extranjeras	8	-
Personas mayores	12	19
Personas jóvenes	14	-
B. Entrevistas estructuradas	83	46
C. Cuestionario en línea	68	15
Total participantes por método de participación y entorno:	242	114

El análisis cuantitativo mostró en general un entorno rural mejor valorado que el urbano, en todas las dimensiones excepto en la percepción de *Seguridad*. Los temas peor calificados en ambos contextos fueron el *Transporte Público* y el *Trabajo y la Economía Local*. En el área urbana, las calificaciones también fueron negativas para *Tráfico* y *Aparcamiento*, *Vivienda y Comunidad*, y *Cuidado y Mantenimiento*. Las áreas que recibieron las puntuaciones más altas en general fueron *Identidad y Pertenencia*, *Espacios Naturales*, *Calles y Espacios*, *Interacción Social* y *Servicios*. Al comparar las medianas de los dos contextos se identificaron diferencias significativas en 8 de las 14 dimensiones (valores $p < 0,05$): en las 3 dimensiones del bloque de movilidad (*Desplazamiento a pie o en bicicleta*, *Transporte público* y *Tráfico y aparcamiento*), 2 del bloque de espacios (*Calles y espacios* y *Espacios Naturales*), 1 del bloque de recursos (*Vivienda y comunidad*) y las 2 del bloque social (*Contacto social* e *Identidad y pertenencia*) (figura 12).

Figura 12: Puntuaciones globales por entorno



Al comparar las medianas de las puntuaciones por grupos de población (tabla 8), en el contexto urbano, las personas desempleadas y las dedicadas al cuidado no remunerado otorgaron calificaciones más negativas, mientras que aquellas con un nivel educativo básico y con discapacidad mayor del 33% otorgaron evaluaciones más positivas. El contexto rural recibió calificaciones menos favorables de personas mayores de 65 años, jubiladas y con educación primaria, mientras que fue evaluado de manera más positiva por personas extranjeras de fuera de la Unión Europea.

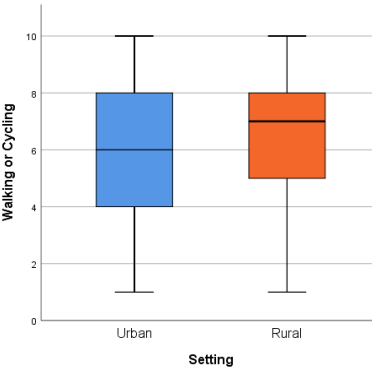
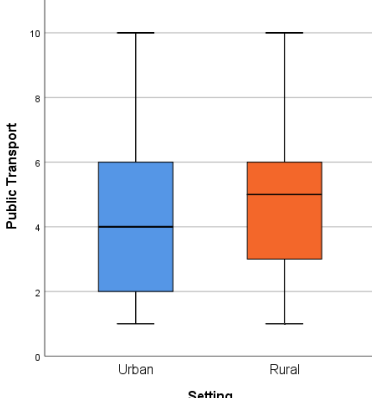
Tabla 8: Medianas por grupo sociodemográfico y entorno evaluado

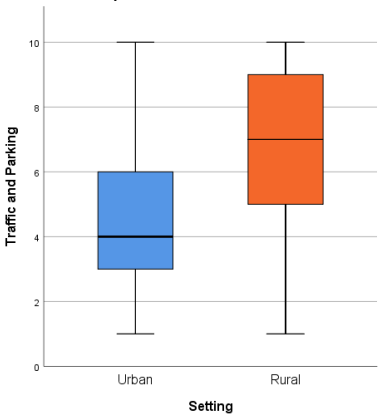
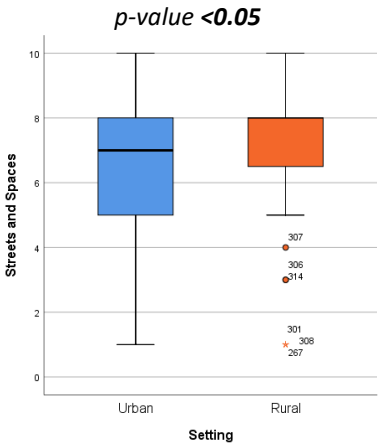
Características sociodemográficas		Dimensiones de Entornos de Vida													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Entorno urbano															
Sexo	Femenino	6.00	4.00	4.00	7.00	7.00	6.00	7.00	4.00	5.00	7.00	8.00	7.00	6.00	6.00
	Masculino	6.50	4.00	5.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	5.00	7.00	8.00	8.00	5.00	6.00
Grupo de edad	18-35	7.00	4.00	4.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	5.00	6.00	8.00	7.00	6.00	6.00
	36-50	5.00	3.00	3.00	6.00	7.00	6.00	7.00	4.00	5.00	6.00	8.00	8.00	5.00	6.00
	51-65	7.00	4.00	5.00	7.00	7.00	6.00	7.00	4.50	5.00	7.00	8.00	7.00	5.00	5.00
	>65	7.00	5.00	5.00	7.00	6.00	6.00	8.00	4.00	6.00	8.00	8.00	7.50	6.00	7.00
Nivel educativo	Primaria o inferior	6.50	5.00	5.00	7.50	8.00	7.00	8.00	4.00	4.50	8.00	9.00	8.00	7.00	8.00
	Secundaria incompleta	6.00	3.00	3.00	7.00	6.00	6.00	7.00	5.00	4.00	7.00	8.00	7.00	5.00	5.00
	Secundaria	6.00	4.00	4.00	7.00	7.00	5.00	7.00	4.00	5.00	6.00	8.00	7.00	6.00	6.00
	Universitaria	6.00	3.00	5.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	6.00	7.00	7.00	8.00	6.00	6.00
Situación laboral	Estudiante	6.00	4.50	4.00	7.00	7.00	6.00	8.00	5.00	5.00	5.50	8.00	8.00	6.00	5.00
	Empleada	6.00	3.00	4.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	5.00	7.00	8.00	7.00	5.00	6.00
	Desempleada	6.00	3.50	4.00	7.00	7.00	5.00	7.00	3.00	3.00	5.00	8.00	6.00	5.00	5.00
	Cuidado no remunerado	5.00	5.00	2.00	5.00	8.00	6.00	7.00	3.50	5.00	5.00	7.00	7.50	5.00	7.00
	Jubilada	7.00	5.00	5.00	7.00	8.00	6.00	8.00	4.00	5.00	8.00	8.00	8.00	6.00	6.00
Discapacidad	≥33%	7.00	4.00	4.00	8.00	8.00	8.00	8.00	5.00	4.50	8.00	9.00	8.00	5.00	7.00
	<33%	6.00	4.00	4.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	5.00	7.00	8.00	7.00	5.50	6.00
Nacionalidad	Española	6.00	4.00	4.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	5.00	7.00	8.00	7.00	5.00	6.00
	UE	7.00	4.00	5.00	8.00	7.50	7.00	8.00	4.00	5.50	8.00	9.00	7.50	5.00	6.00
	No UE	7.00	4.00	4.00	8.00	8.00	6.00	8.50	4.00	3.50	6.00	9.00	9.00	7.00	8.00
Entorno rural															
Sexo	Femenino	7.00	5.00	7.00	8.00	8.00	5.00	7.00	5.00	7.00	7.00	9.00	6.75	6.00	7.00
	Masculino	7.00	5.00	7.00	7.00	8.00	6.00	7.00	4.00	6.00	7.00	9.00	7.00	6.00	6.00
Grupo de edad	18-35	7.00	6.00	8.00	8.00	8.00	6.00	7.00	5.00	8.00	7.00	9.00	6.50	6.00	5.00
	36-50	8.00	4.50	8.00	8.00	9.00	6.50	7.50	4.50	6.00	7.00	9.00	7.00	7.00	7.00
	51-65	7.00	5.00	8.00	8.00	8.00	6.00	6.00	4.50	7.00	8.00	9.00	6.50	6.00	8.00
	>65	5.00	4.00	4.75	7.00	6.50	4.00	5.00	3.00	5.00	5.00	8.00	6.00	5.00	7.00
Nivel educativo	Primaria o inferior	5.00	5.00	5.00	7.00	7.00	4.50	5.00	3.00	6.00	6.00	7.00	5.50	6.00	6.50
	Secundaria incompleta	7.00	5.00	7.00	8.00	9.00	6.00	7.00	4.00	7.00	8.00	10.00	6.75	5.50	6.50
	Secundaria	7.00	5.00	8.00	8.00	9.00	5.00	7.00	5.00	7.00	6.00	9.00	7.00	6.00	8.00
	Universitaria	8.00	4.00	8.00	8.00	8.00	6.00	7.00	5.00	6.00	7.00	9.00	7.00	6.00	7.00
Situación laboral	Estudiante	7.00	7.00	8.00	8.00	8.00	6.50	6.50	5.50	7.00	8.00	9.50	7.00	7.00	8.00
	Empleada	8.00	5.00	8.00	8.00	8.00	6.00	7.00	4.00	7.00	7.00	9.00	7.00	6.00	7.00
	Desempleada	7.00	5.00	8.00	8.00	9.00	6.00	7.00	5.00	8.00	9.00	9.00	6.00	4.00	5.00
	Cuidado no remunerado	9.00	5.00	8.00	10.00	10.00	7.00	6.00	6.00	7.00	8.00	10.00	5.00	6.00	2.00
	Jubilada	5.00	5.00	5.00	7.00	7.00	5.00	5.00	4.00	5.00	6.00	8.00	6.50	5.00	8.00
Discapacidad	≥33%	5.50	4.00	8.50	7.00	7.50	5.50	5.50	3.50	8.00	7.00	8.50	5.50	6.50	7.50
	<33%	7.00	5.00	7.00	8.00	8.00	6.00	7.00	4.00	6.00	7.00	9.00	7.00	6.00	7.00
Nacionalidad	Española	7.00	5.00	7.00	7.50	8.00	6.00	7.00	4.00	7.00	7.00	9.00	7.00	6.00	7.00
	UE	8.50	5.00	5.50	6.50	10.00	6.00	6.00	3.50	7.50	10.00	5.50	6.50	4.00	2.00
	No UE	8.50	10.00	7.50	9.00	9.00	6.50	10.00	4.50	5.50	10.00	10.00	10.00	9.00	6.50

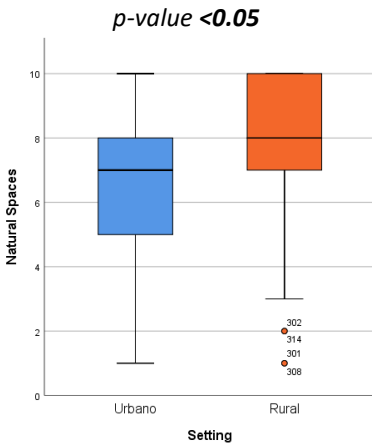
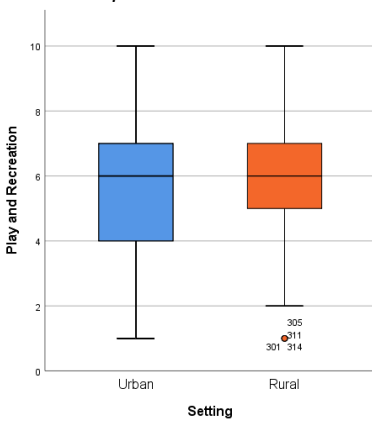
Nota: Las medianas se han ordenado en color de rojo a verde, siendo el rojo para las puntuaciones más bajas y el verde para las más altas.

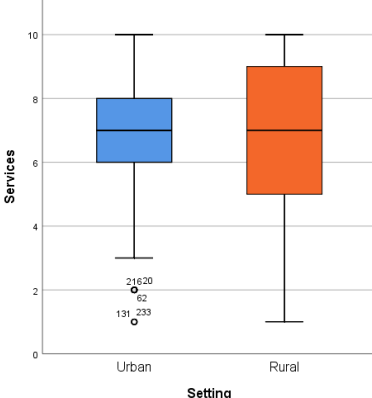
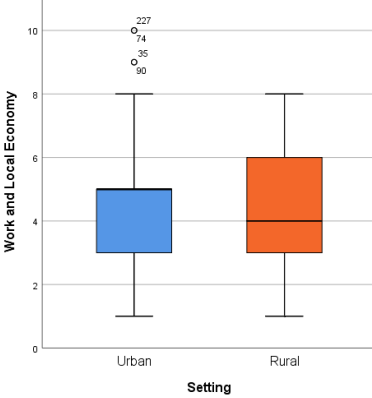
La integración de los resultados cuantitativos y cualitativos permitió explorar las similitudes y diferencias entre contextos, así como la interpretación de las diferencias significativas y la variabilidad de las percepciones. En la siguiente *Joint display* (tabla 9) se presenta la combinación de los datos cuantitativos y cualitativos para mostrar una representación visual de los resultados. En la columna de la izquierda se muestra un diagrama de cajas y bigotes que representa variabilidad de las medianas (IQR) de las puntuaciones obtenidas para cada tema de EdV. El entorno urbano se representa en color azul y en naranja el rural. En la columna de la derecha se presentan las ideas clave de los resultados cualitativos y la interpretación de los resultados. Los puntos clave que son compartidos por ambos contextos se destacan en color verde, mientras que los exclusivos del entorno urbano se indican en azul y los exclusivos del entorno rural se resaltan en naranja. En color negro se encuentra la interpretación de estos resultados.

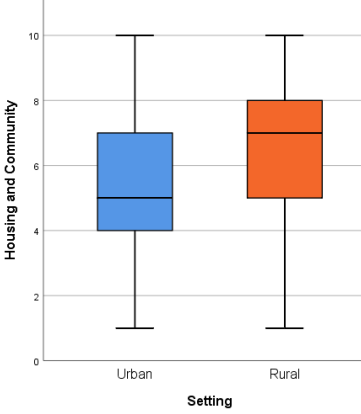
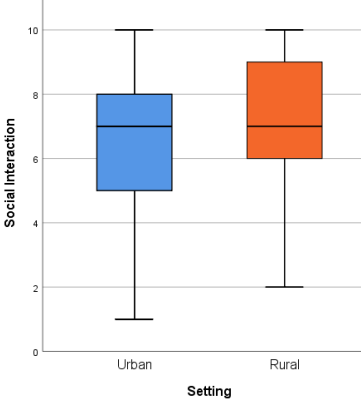
Tabla 9: Joint display de resultados cuantitativos y cualitativos por dimensión evaluada

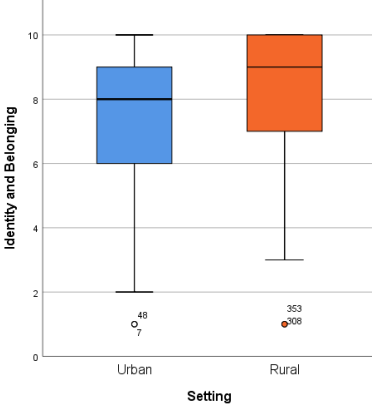
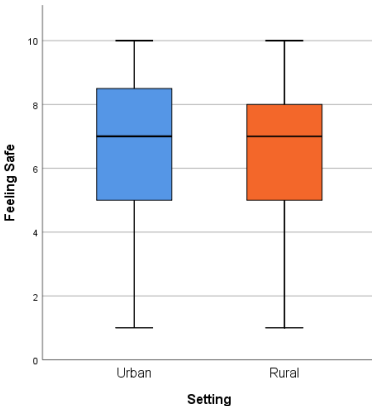
Puntuaciones otorgadas por tema de EdV y contexto (medianas, Intervalo intercuartílico y p)	Ideas clave por contexto e interpretación	
<i>p-value <0.05</i> 	Ideas comunes: Municipios accesibles caminando a todas partes. Falta de carriles bici, mejorar la seguridad vial y favorecer la cultura de la bicicleta. Barreras a la movilidad. Falta de equipamientos: sombra y bancos.	Interpretación: La evaluación más negativa en la ciudad se ve influenciada por no contar con un desarrollo de la red y cultura ciclista similar a otras ciudades de la provincia y la percepción del tráfico como fuentes de inseguridad para caminar o ir en bicicleta. Las barreras arquitectónicas que dificultan la movilidad y actividades relacionadas con los cuidados prevalecen en el contexto rural, con mayor percepción de caminabilidad, incluso por la calzada, influido por el escaso tráfico rodado.
<i>p-value <0.05</i> 	Ideas comunes: Mala conexión con equipamientos básicos (hospital, colegios) y otros municipios. Sin bonificaciones en el precio para colectivos específicos.	
	Contexto urbano: Falta de conexión entre municipios, barrios, con el centro comercial y los espacios naturales. Escasa e inaccesible información sobre el servicio: frecuencias, paradas, recorrido. Precios elevados. Contexto rural: Estación de tren conectada por autobús. Falta de coordinación entre transportes (tren-autobús). No accesible a personas con movilidad reducida.	

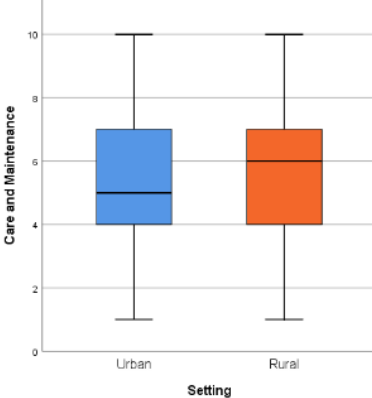
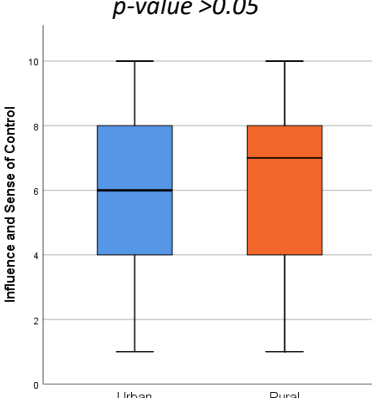
<i>p-value <0.05</i>  Traffic and Parking Setting	Ideas comunes: la cultura del coche desplaza hacer los trayectos caminando. Percepción de falta de seguridad vial en áreas compartidas con vehículos. Contexto urbano: falta de aparcamiento público gratuito. Déficit de aparcamientos disuasorios que favorezcan caminar. Falta de transporte público. Atascos, contaminación y ruido. Experiencias de peatonalización de calles efectivas y conflictivas. Contexto rural: escaso tráfico. Aparcamiento público sin dificultad. Sobreutilización del coche para trayectos cortos.	Interpretación: La notoria disparidad entre ambos contextos radica en la notable influencia del tráfico intenso y la insuficiencia de aparcamiento en el entorno urbano, en contraste con la disponibilidad del espacio y la limitada presencia de vehículos en el entorno rural. Esta dimensión influye asimismo en la evaluación del transporte público, ya que su insuficiencia se identifica como un factor que propicia el uso excesivo del vehículo privado. Además, en el desplazamiento a pie o en bicicleta, se relaciona con la inseguridad vial percibida en ambos entornos. La dispersión de las puntuaciones rurales se relaciona con la percepción favorable de quienes pueden estacionar próximas a sus viviendas y con la opinión negativa de que en el pasado había menos vehículos en las calles y eran más seguras.
<i>p-value <0.05</i>  Streets and Spaces Setting	Ideas comunes: Las calles y espacios públicos se consideran lugares agradables por los que transitar. Se demandan áreas sombreadas y bancos para sentarse durante el verano. Se requiere mejorar la limpieza de las calles. Presencia de barreras arquitectónicas que dificultan el tránsito. Contexto urbano: Grandes diferencias entre zonas relacionadas con el modelo de urbanismo y arquitectónico heterogéneo, contribuyentes a la creación de áreas de aspecto poco estético. El calor y la disponibilidad de sombra, junto a la densidad del tráfico, determinan la evaluación del tránsito por las calles. Existe una demanda notoria para mejorar el alumbrado en varias áreas. Contexto rural: Pueblo agradable y bonito. Demanda de árboles en las calles y mejora de la limpieza. El desnivel entre una parte y otra del pueblo dificulta el tránsito.	Interpretación: La heterogeneidad urbanística y arquitectónica de la ciudad con diferencias entre barrios favorecen mayor variabilidad en las puntuaciones, frente al modelo homogéneo del pueblo. En el contexto urbano incide de forma más negativa la suciedad de las calles, la ausencia de sombra y el tráfico rodado. La percepción de esta dimensión está fuertemente influenciada por la de cuidado y mantenimiento, donde la falta de limpieza es el motivo principal de las menores puntuaciones.

 <i>p-value <0.05</i>	Ideas comunes: los espacios naturales cercanos son un activo importante en ambos contextos. Se destaca la implicación de los gobiernos locales en su cuidado y mantenimiento. Se demandan más áreas arboladas y espacios frescos y sombreados. Contexto urbano: las playas suscitan controversia debido a la marcada diferencia en su calidad durante el verano, cuando son altamente apreciadas, y en invierno debido a la presencia de posidonia. Las playas accesibles y adaptadas son muy bien valoradas. Demanda de más parques urbanos y mejor cuidados y mantenidos. Contexto rural: los espacios naturales en el entorno del municipio son accesibles y adaptados y están muy bien valorados. Los parques del municipio son escasos, pero bien valorados. Proyectos públicos de conservación ambiental y potenciación de entornos naturales específicos.	Interpretación: La apreciación positiva se relaciona en el ámbito urbano con la cantidad y calidad de los parques urbanos y en el rural con los espacios naturales que rodean al municipio. El déficit de cuidado y mantenimiento de los parques y las playas inciden en la valoración negativa de la ciudad. La dispersión hacia puntuaciones superiores en el contexto rural se relaciona con los proyectos recientes de inversión local en la conservación y potenciación del entorno natural.
 <i>p-value >0.05</i>	Ideas comunes: Existen asociaciones y centros de mayores y juveniles con actividades programadas. Se demandan más actividades culturales y alternativas de ocio saludable y gratuito para jóvenes. Se demandan espacios de juego para niños y mejora del acceso al deporte. Falta de actividades en invierno y en fin de semana. Contexto urbano: Se demandan espacios como teatro, cine y acceso al centro comercial. Se demandan actividades de ocio gratuitas. Gran parte del ocio joven se relaciona con bares, pubs y discoteca. Contexto rural: Actividades relacionadas con los espacios naturales. Alternativas de ocio en pueblos cercanos. Los niños continúan jugando en la calle.	Interpretación: El juego y el ocio se relaciona con actividades culturales, deportivas y aquellas que promueven la interacción social. En ambos contextos, se reconoce que la infancia y adolescencia son grupos particularmente vulnerables a la carencia de espacios y actividades. Se percibe menor oferta de actividades en invierno y en fin de semana, atribuido al enfoque turístico del ocio en la ciudad y a la baja densidad de población y limitada oferta recreativa en el municipio rural. En la ciudad destaca la ausencia de actividades gratuitas dirigidas a adultos que no estén vinculadas al consumo, y en el municipio rural se promueve que los niños jueguen en la calle.

<i>p-value >0.05</i> 	Ideas comunes: Percepción de contar con los servicios básicos suficientes. Comercio local que permiten adquirir productos básicos. Demanda de mejora de los servicios de salud y más servicios públicos. Contexto urbano: Presencia de delegaciones de las administraciones públicas. Gran variedad y disponibilidad de comercios. Demanda de guarderías. Contexto rural: Es necesario desplazarse a otro municipio para acceder a supermercados y al instituto de secundaria. Los precios de los productos esenciales son más altos en las tiendas locales. Se percibe la necesidad de contar con más opciones de restaurantes en el municipio.	Interpretación: A pesar de las variaciones existentes entre los dos entornos respecto a la oferta comercial y diversidad de servicios, así como demandas específicas por grupos de población, la satisfacción general en ambos contextos no difiere significativamente. Sin embargo, en el ámbito rural se observa mayor variabilidad en las percepciones relacionada con las diferencias generacionales. Las personas mayores tienden a valorar de forma más positiva los comercios locales y los servicios públicos existentes, mientras que los individuos más jóvenes muestran una actitud más crítica, manifestando la necesidad de contar con más opciones de comercio y una mejora en los servicios públicos disponibles.
<i>p-value >0.05</i> 	Ideas comunes: Oportunidades de empleo limitadas, lo que favorece la migración a otros lugares en busca de mejores oportunidades laborales. Se identifican áreas potenciales para el desarrollo de nuevos negocios locales que generen empleo a la población local. Contexto urbano: El empleo es precario y estacional influenciado por el sector turístico. La población joven y mayor de 45 años presenta las mayores dificultades de acceso al mercado laboral. Se emigra para optar a empleos cualificados. Se identifican dificultades para establecer y mantener negocios locales. Existe una fuerte dependencia económica del turismo que determina la oferta laboral local. Contexto rural: Falta de empresas locales y del desarrollo del polígono industrial. Se emigra para optar a un empleo. Las áreas potenciales de desarrollo local identificadas son la restauración, el turismo y el medioambiente.	Interpretación: Existen desafíos y problemas comunes en términos de trabajo, como en el empleo precario, la falta de oportunidades y la necesidad de desarrollar sectores económicos alternativos. A pesar de estas diferencias, la percepción sobre el trabajo y la economía en ambos municipios muestran similitudes. Es destacable que el sector turístico se percibe tanto como una oportunidad potencial o como un desafío para el desarrollo local. La variabilidad de opiniones en el ámbito rural se relaciona con mejores expectativas entre las personas más jóvenes y con mayor nivel de estudios.

<i>p-value <0.05</i>  Housing and Community Setting	Ideas comunes: Percepción de escasez de viviendas en condiciones adecuadas y precios caros. Dificultades de acceso a la vivienda de jóvenes y personas con menos recursos. Falta de políticas locales que favorezcan el acceso a la vivienda. Emigración a municipios cercanos por falta de vivienda. Contexto urbano: Se apunta al turismo como causa principal de la falta de vivienda de alquiler de larga duración y del encarecimiento de los precios. Contexto rural: Se percibe limitada disponibilidad de viviendas en el mercado. Predomina la vivienda en propiedad, con un número considerable de viviendas vacías. Destaca la presencia de segundas viviendas.	Interpretación: El precio de la vivienda, las dificultades para acceder a ella y el mayor coste de la vida en el entorno urbano incide de manera desfavorable sobre la percepción de esta dimensión. Las personas mayores otorgan puntuaciones más altas en el contexto urbano y bajas en el rural. Los argumentos subyacentes apuntan a las barreras arquitectónicas y al coste económico del mantenimiento de grandes viviendas unifamiliares como factores determinantes. Ambos contextos son ejemplo de problemas actuales de la vivienda en España, como el encarecimiento de los precios debido a la fuerte demanda turística y al desdoblamiento en las zonas rurales.
<i>p-value <0.05</i>  Social Interaction Setting	Ideas comunes: El tejido asociativo se considera esencial para la interacción social. Se valora la existencia de asociaciones como espacios donde se puede conocer a gente y establecer relaciones sociales. Contexto urbano: Se identifican espacios y actividades para adultos. Se demandan actividades gratuitas. El idioma se percibe como barrera para el contacto social. Se señala problemas de soledad en personas mayores y extranjeras. Contexto rural: Demanda de espacios y actividades para la infancia y adolescencia. Demanda de actividades para personas mayores y en invierno y fines de semana. Se considera al pueblo como espacio de contacto social.	Interpretación: Las interacciones sociales más estrechas y cercanas por mayor cohesión comunitaria se dan en el ámbito rural, gracias a su denso tejido asociativo, en comparación con la mayor diversidad cultural y la disponibilidad de espacios públicos en el ámbito urbano. El municipio rural se beneficia de una red asociativa robusta y una población menos densa, lo que promueve mayor interacción social. En el contexto urbano, las actividades y espacios están más estructurados, aunque presentan desafíos de accesibilidad para todos los grupos de la comunidad. Por su parte, la baja densidad poblacional dificulta en el ámbito rural la implementación de una amplia y variada oferta de actividades.

<i>p-value <0.05</i>  Identity and Belonging Setting Urban Rural 48 7 353 308	Ideas comunes: En ambos contextos hay un gran sentimiento identitario y de pertenencia arraigado a su comunidad. Contexto urbano: El entorno natural, la apertura de la comunidad y la diversidad cultural son factores que favorecen la identidad positiva y la pertenencia. La falta de integración de personas extranjeras de fuera de la UE es un factor limitante a la pertenencia. Contexto rural: Fuerte sentimiento identitario relacionado con el tejido asociativo y pertenecer a una comunidad pequeña. Dificultades para la integración de personas nuevas en el municipio.	Interpretación: La mayor presencia de personas migrantes y la diversidad cultural tiene un impacto más pronunciado en la ciudad, evaluando de manera menos favorable dimensión. En el ámbito rural, donde la comunidad tiene a estar más cohesionada se promueve un sentimiento de identidad más arraigado. Las diferencias se vinculan con las razones que lleva a las personas a residir en el municipio. Aquellas que nacieron en el lugar y cuentan con vivienda en propiedad tienden a experimentar un mayor sentido de pertenencia, mientras que aquellos que migraron por motivos laborales y tienen residencia temporal presentan pueden sentir un menor grado de identidad y conexión.
<i>p-value >0.05</i>  Feeling Safe Setting Urban Rural	Ideas comunes: Hay una percepción positiva del sentimiento de seguridad. La preocupación por la seguridad se aborda en términos de seguridad vial, en la iluminación de las calles y espacios públicos y en la presencia policial. La inseguridad se relaciona con robos en casas, vandalismo y comportamientos relacionados con el consumo del alcohol en espacios públicos. Contexto urbano: Se percibe falta de policía en verano, siendo la época de más afluencia de turismo y con más actividades relacionadas con el ocio nocturno. Las mujeres perciben inseguridad en el tránsito nocturno por algunas zonas de la ciudad. Contexto rural: Se expresan escasos incidentes. La presencia policial se interpreta de forma ambivalente.	Interpretación: En ambos contextos, la seguridad es preocupación compartida, especialmente en relación con la presencia policial y la sensación de inseguridad por la noche y en zonas concretas. La falta de policía local es el factor que más influye en la variabilidad de opiniones en el ámbito rural. Por otro lado, en la ciudad, la diversidad de opiniones está más relacionada con la ubicación de la residencia, percibiéndose más inseguras las zonas con viviendas aisladas y las que cuentan con locales de ocio nocturno.

<i>p-value >0.05</i>  Care and Maintenance Urban Rural Setting	Ideas comunes: Los factores comunes son la falta de cuidado y mantenimiento de los espacios naturales y las actitudes incívicas de la ciudadanía como fuente de problemas de suciedad. No se hace un uso adecuado de los contenedores de basura y reciclaje. Contexto urbano: Se valora positivamente la labor de limpieza municipal en los espacios urbanos y negativa en los espacios naturales. Se perciben unos barrios más limpios que otros. Contexto rural: Reconocimiento del esfuerzo de la administración municipal en el cuidado y mantenimiento.	Interpretación: La percepción común pivota en el papel que tienen la comunidad y la administración local en el cuidado y mantenimiento del entorno. En ambos contextos la ciudadanía es considerada como responsable de la suciedad de los espacios y de la mala utilización de los sistemas de desecho. Por otra parte, se reconoce el trabajo de las administraciones locales, aunque de forma más positiva en el entorno rural. En el entorno urbano las opiniones dependen de la zona de la ciudad en la que se vive, siendo las zonas comerciales y la zona centro las mejor evaluadas.
<i>p-value >0.05</i>  Influence and Sense of Control Urban Rural Setting	Ideas comunes: Existe confusión entre participación y los canales informativos y consultivos. El asociacionismo y las redes sociales se identifican como canales efectivos de participación. La falta de cultura de participación es explicada como falta de implicación, asistencia a los procesos e interés por el seguimiento de las acciones, tanto por parte de la ciudadanía como por el gobierno local. Contexto urbano: Existen gran variedad de canales de participación. Falta de cambios o mejoras a pesar de la participación ciudadana. Contexto rural: Los canales de participación se relacionan con la accesibilidad al gobierno local. Se relata más participación informal fuera de los canales establecidos. Falta de procesos de escucha por parte del gobierno local.	Interpretación: La variedad de canales de participación, la accesibilidad a los gobernantes y la transparencia en la toma de decisiones son factores relacionados con mejor percepción de esta dimensión. El tejido asociativo se identifica como fuerza de presión colectiva que favorece la escucha, más que la participación real en los procesos. Las puntuaciones más bajas en el contexto urbano se relacionan con escasa percepción de participación en la toma de decisiones y en la transparencia de los procesos. En el contexto rural se asocia a que se cuenta con escasos procesos de participación colectiva organizados y estructurados y la escasa implicación de la comunidad en temas relacionados con su municipio.

5.3. Resultados del exploratorio de las propiedades psicométricas

La consistencia interna del cuestionario EdV, evaluado mediante el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, fue de 0.849. El análisis factorial, medido con la prueba KMO, arrojó un resultado de 0.842. Dada la alta confiabilidad obtenida, se evaluó el porcentaje de varianza explicada. El porcentaje de varianza explicada del 81.50%, permitió considerar la herramienta como un único factor.

5.4. Experiencia de aplicación de la herramienta

Como parte del proceso de devolución y difusión de resultados de la investigación se elaboró una nota metodológica ([apéndice D](#)) en la que se describió el proceso metodológico seguido en la implementación de la herramienta en entornos reales. Este proceso se organizó en cinco etapas (tabla 10):

- Etapa 0: Cómo iniciar el proceso
- Etapa 1: Definición del territorio, participantes y planificación
- Etapa 2: Recogida de información
- Etapa 3: Análisis de la información
- Etapa 4: Devolución de la información y vínculo con la acción.

Asimismo, se incluyeron recomendaciones para su utilización con perspectiva de equidad y promoviendo la participación comunitaria en todas las etapas del proceso.

Tabla 10: Proceso metodológico para la utilización de la herramienta Entornos de Vida

Etapa	Descripción y actividades	Ejemplos	Observaciones según el ámbito de uso: urbano/rural
0: Cómo iniciar el proceso	Se promueve el proceso desde una mesa o espacio intersectorial o consejo de salud. Se identifican los miembros del grupo motor que coordine la aplicación de EdV. A las personas que vayan a dinamizar la evaluación, en función de sus características y especialmente a grupos de ciudadanía, se les debe proporcionar formación básica en la utilización de la herramienta, su finalidad, condiciones de aplicación y habilidades requeridas en su dinamización. En personas con experiencia previa en dinamización de grupos puede ser suficiente una autoformación a partir de las publicaciones de EdV. Las personas participantes en la evaluación no requieren formación más allá de las instrucciones que se proporcionen en el momento de la misma.	Composición de la mesa o espacio intersectorial de participación, del consejo de salud: - Administración local: áreas de salud, transporte, urbanismo, servicios sociales, educación, medio ambiente, cultura, juventud, personas mayores, igualdad, participación... - Profesionales del territorio: técnicos/as municipales (de juventud, deporte, cultura, participación, servicios sociales), bibliotecarios/as, profesorado, del ámbito sanitario... - Organizaciones locales del tercer sector. - Ciudadanía organizada y no organizada: asociaciones de vecinas/os, de personas mayores, de mujeres, de personas migrantes, deportivas, culturales, religiosas, grupos informales, vecinos y vecinas...	En el ámbito urbano, para su aplicación en barrios, la Administración local puede estar representada por las juntas de distrito, concejalías de barrio u otras figuras similares. En el ámbito rural se puede promover EdV de ámbito regional o comarcal desde las mancomunidades. Contar, tanto en el grupo motor como en el espacio intersectorial, con profesionales de servicios mancomunados (servicios sociales, agencias de juventud, igualdad, de desarrollo local...) favorece la mirada comarcal o regional del análisis, poniendo en valor la afectación similar de diversos municipios por una misma dimensión evaluada.

1: Definición del territorio, participantes y planificación	Se delimita el territorio a evaluar. Se identifica qué grupos de conversación se van a realizar de acuerdo con las características sociodemográficas del territorio y con los ejes de desigualdad (género, edad, territorio, estatus migratorio, diversidad funcional, clase social, etnia). Se diseña una estrategia de difusión que estimule la participación específica para cada grupo social. Se incorpora en el diseño de los grupos y del plan de difusión al personal técnico del territorio (ayuntamiento, salud pública, centro de salud, educación, participación, mancomunidad), a personas integrantes del equipo de gobierno y a agentes o líderes comunitarios que conozcan bien el lugar y a sus habitantes.	El territorio a evaluar puede ser un barrio, un municipio pequeño o una ciudad, una pedanía, o un grupo de municipios de una misma comarca o región que compartan administraciones o servicios. Algunos ejemplos de grupos de conversación son: - Espacio de participación, mesa de salud o intersectorial, o consejo de salud. - Equipo de gobierno o técnicos/as del territorio. - Técnicos/as del territorio. - Representantes de asociaciones y entidades. - Un grupo por cada barrio de la ciudad. - Mujeres en situación de vulnerabilidad. - Personas mayores. - Jóvenes. - Personas migrantes. - Personas con discapacidad. Los servicios sociales de los ayuntamientos o mancomunidades, los centros de atención primaria, los agentes de desarrollo rural u otros/as técnicos/as del territorio pueden identificar qué colectivos más desfavorecidos habitan el territorio a evaluar e ir incorporando nuevos grupos de conversación al proceso.	Se debe valorar si el territorio a analizar se considera a sí mismo como una unidad, si se tiene cierto sentido de identidad y pertenencia al mismo, y si comparte servicios con otros territorios. Es importante que todas las personas que participen reconozcan el territorio a evaluar. En municipios grandes o ciudades, dado que los grupos no deben ser mayores de 15 personas, se pueden dividir en subgrupos. En el ámbito rural es habitual que las personas pertenezcan a varios grupos simultáneamente (mujer mayor, de la asociación de vecinas que forma parte de la mesa intersectorial), por lo que los grupos deberán diseñarse para que sean lo más heterogéneos posible. Para definir áreas en el territorio a evaluar se pueden utilizar herramientas cartográficas que ayuden a identificar áreas urbanas sensibles, como el <i>Visor de Espacios Urbanos Sensibles de la Comunitat Valenciana</i>¹²⁴ o el <i>Atlas de distribución de renta de los hogares</i>¹²⁵ del Instituto Nacional de Estadística.
---	--	--	---

2: Recogida de información	Tipos de herramienta: - Extensa: folleto extenso, con explicación del cuestionario, espacio para escribir respuestas razonadas y diagrama en tela de araña. - Reducida: contiene explicación breve de la herramienta, pero no incluye espacio para desarrollar respuestas. - <i>Online</i>: es la versión reducida con acceso <i>on line</i>. Cuenta con menor espacio para desarrollar respuestas. Métodos de recogida de información: - Entrevista individual: entrevista estructurada realizada con la herramienta grupal o reducida, o realización de la evaluación de forma autoadministrada u <i>online</i>. - Grupo de conversación: mediante sesiones de 2 horas de duración en las que se dinamiza la conversación de un grupo de 12-15 personas. - Sesión comunitaria: colocación de un punto informativo visible aprovechando algún evento local, donde realizar entrevistas estructuradas a pie de calle (mercadillo, feria, Día mundial...) Información a recoger: - Sociodemográfica: sexo, edad, nacionalidad, nivel de estudios, grado de discapacidad, situación laboral, barrio o municipio donde vive, estado de salud percibido.	La versión íntegra de EdV es idónea tanto para ser autoadministrada como para la evaluación grupal. En las sesiones grupales se recogen las puntuaciones y los comentarios individuales anotados, y la persona dinamizadora recopila los datos grupales. La versión reducida está indicada para dirigir una entrevista estructurada individual o para realizar la conversación a pie de calle, donde la persona entrevistadora recoge las puntuaciones y los comentarios. La sesión comunitaria puede realizarse mediante la ubicación de un <i>stand</i> en algún evento local, como una feria de entidades, un mercadillo municipal, una semana deportiva, una semana cultural... Favorece la difusión de la acción y la recolección de datos de la ciudadanía en general, aumentando una participación heterogénea. Se puede utilizar un diagrama en tela de araña donde representar gráficamente todas las puntuaciones de la jornada, entregar folletos informativos o difundir el acceso a la herramienta <i>online</i> (código QR). Se alcanza la saturación cuando los datos recopilados no aportan nueva información sobre el territorio. Para alcanzar la saturación de datos se requiere la combinación de diferentes métodos de recogida de información e incluso de tipos de herramienta.	En función del nivel de cohesión del barrio o municipio se puede elegir un tipo u otro de herramienta o de método. En aquellos territorios menos cohesionados pueden funcionar mejor los grupos de conversación, con el cuestionario extenso, y en los más cohesionados, la sesión comunitaria y las entrevistas. Debe buscarse el efecto «bola de nieve» para alcanzar al mayor número de personas participantes y su mayor diversidad. En el inicio de la recogida de información debe comenzar la difusión del proyecto y cómo participar.
--	---	---	--

	- Cuantitativa: puntuaciones individuales y grupales para cada dimensión. - Cualitativa: - Ideas clave que caracterizan el territorio evaluado, necesidades identificadas, áreas de mejora, fortalezas. - Propuestas de mejora. - Recursos comunitarios. - Activos para la salud.		
--	--	--	--

3: Análisis de la información	Este proceso puede ser realizado por una persona facilitadora o por el propio grupo de forma colaborativa. Los datos cuantitativos se analizan a partir de las medias de las puntuaciones obtenidas en función de los grupos o variables y de las dimensiones evaluadas. El análisis cualitativo consiste en la transcripción de las argumentaciones, la organización, el análisis y la clasificación en función de las categorías. Conviene analizar cuantitativamente: - Cómo se relacionan las variables sociodemográficas con las 14 dimensiones. - Cómo varía la puntuación de cada dimensión entre los barrios o territorios evaluados. Y cualitativamente, por cada grupo de conversación: - Cómo describen cada dimensión evaluada. - Por qué hay dimensiones peor o mejor evaluadas. - Cuáles son los argumentos que subyacen a las puntuaciones. - Cuáles son las áreas problema y qué activos para la salud identifican. Conviene analizar de forma global: - Cómo se describe en conjunto cada dimensión evaluada.	Puntuar una dimensión del 1 al 10 se relaciona con la puntuación académica, por lo que con menos de 5 puntos «suspende» la dimensión. Las representaciones gráficas se pueden basar en este sistema para facilitar el análisis. La comparación entre dimensiones debe hacerse a nivel grupal, pues hay grupos más o menos críticos que puntúan globalmente peor o mejor que otros grupos en todas las dimensiones. Algunos ejemplos de preguntas para analizar serían: ¿Qué dimensiones están mejor o peor evaluadas? ¿Quiénes las evalúan mejor o peor? ¿Qué diferencias hay entre géneros en relación con las dimensiones? ¿Y en cuanto a la edad? ¿Y entre personas que trabajan o en desempleo? ¿Qué diferencias hay entre barrios? ¿A quiénes afectan más estas diferencias? El análisis cualitativo debe responder los porqués de los resultados cuantitativos.	En los municipios pequeños o en los barrios menos cohesionados los datos cualitativos cobran mayor relevancia que los cuantitativos al no poder contar con una muestra suficiente para garantizar la representatividad de la población. En los municipios más grandes debe tenerse en cuenta que algunas dimensiones, como <i>Servicios o Trabajo y economía local</i>, probablemente se tengan que analizar a nivel ciudad o de mancomunidad, mientras que otras, como <i>Vivienda y comunidad o Transporte público</i>, deban evaluarse a nivel de barrio.
---	--	--	--

	- Cuáles son los argumentos que subyacen a las puntuaciones. - Cuáles son las áreas problema y qué activos para la salud identifican.		
4: Devolución de la información y vínculo con la acción	Los resultados de la evaluación deben organizarse para visibilizar las desigualdades existentes entre los diferentes grupos que componen la comunidad y relacionarlos con los determinantes sociales. La devolución de los resultados debe contar con todas las personas que hayan participado en el proceso. Se finaliza el proceso priorizando necesidades o acciones de mejora. Se pueden emplear técnicas sencillas de priorización por grupos o en sesiones comunitarias. Las necesidades detectadas, los activos para la salud, los recursos comunitarios y las mejoras propuestas pueden ser categorizadas en función de los niveles de intervención con perspectiva de determinantes sociales⁵: individual, de comunidad, de políticas públicas y de estructura social.	Se favorece la reflexión colectiva relacionando gráficamente las dimensiones que requieren acción prioritaria con algún modelo de los Determinantes Sociales de la Salud. Los métodos de devolución deben ser adecuados para cada grupo destinatario. Para las Administraciones, decisores/as políticos/as y profesionales se pueden realizar informes y sesiones empleando parrillas de análisis o gráficos. Para la ciudadanía se pueden confeccionar dípticos, vídeos, sesiones comunitarias abiertas, etc., aunque se recomiendan acciones presenciales. En el enfoque hacia la acción se identifica qué acciones se pueden emprender o impulsar a nivel individual o colectivo, para visibilizar y disminuir la vulnerabilidad de grupos específicos e incidir a nivel político y de la Administración local.	En los municipios medianos o grandes se deben comunicar los resultados diferenciando cuáles corresponden al barrio y cuáles a la ciudad, escalando los resultados de más a menos próximo o local. Los municipios pequeños compartirán en muchos casos necesidades, recursos o activos para la salud, que requieran acciones o dinamizaciones de ámbito regional o mancomunadas. La inclusión desde el inicio del proceso de la Administración local facilita su implicación posterior en la acción. En el ámbito más local debe gestionarse la devolución de la información como punto de partida de corresponsabilidad y coproducción de acciones entre la Administración y la ciudadanía.

6 DISCUSIÓN

6.1. Síntesis de la discusión de los resultados

En este capítulo se realiza una síntesis integrada considerando las discusiones realizadas en cada uno de los artículos que forman parte del compendio.

Traducción y adaptación al contexto español

El primer objetivo específico de esta investigación fue traducir, adaptar culturalmente y validar la versión española de la herramienta Place Standard Tool.

La traducción y adaptación al contexto español de la PST dio lugar a una herramienta que permite conocer en profundidad entornos físicos, sociales y económicos definidos. El proceso de validación realizado por un panel de personas expertas contó con una participación suficiente^{126,127} y estuvo compuesto por profesionales de diferentes perfiles y zonas geográficas heterogéneas, aportando diversidad de miradas ante un instrumento complejo, tanto por lo que pretende evaluar como por su naturaleza subjetiva. El alto grado de consenso alcanzado en la evaluación de la versión adaptada tras la primera consulta, mayor del 72% en todas las dimensiones y subdimensiones en términos de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, otorgó un nivel de confiabilidad satisfactorio al estudio¹²⁸.

La modificación más relevante introducida fue la de la escala de valoración, pasando de puntuar del 1 a 7 a del 1 a 10. Este cambio, a pesar de que puede dificultar la comparación de los resultados obtenidos por otras adaptaciones que hayan mantenido el sistema original, se introdujo para facilitar la evaluación de cada dimensión por su similitud con el sistema de calificación escolar vigente en España. Asimismo, se incluyeron preguntas específicas sobre las actividades culturales y la actividad y ejercicio físico, a fin de explorar con mayor profundidad en qué medida el entorno favorecía el acceso a las prácticas y comportamientos saludables.

A pesar de que algunas dimensiones, como *Desplazamiento a pie o en bicicleta* o *Tráfico y aparcamiento*, estaban formadas por dos subdimensiones diferenciadas, se mantuvo la estructura de 14 dimensiones con objeto de preservar la estructura original y poner en valor el fin de la herramienta original: generar conversaciones en torno a un territorio concreto. Asimismo, se asumió que, en función de las características del territorio a evaluar, podría darse la situación en la que no se pudieran valorar todas las dimensiones, por ser unas más específicas de barrios, como la *Vivienda o la Seguridad*; y otras generales o de ámbito municipal, como el *Empleo y la Economía local*.

Por otra parte, se introdujo la perspectiva de género mediante la inclusión de preguntas que permitieran obtener datos segregados y explorar las diferencias de género¹²⁹ en relación con la planificación urbana, redes de equipamiento y servicios y redes de movilidad y relaciones. El enfoque de género en la identificación de fortalezas y debilidades de un entorno posibilita evaluar territorios y diseñar acciones que favorezcan atender necesidades diferenciadas, abordando las desigualdades resultantes del ordenamiento urbanístico, social y económico¹³⁰.

Pilotaje y comportamiento de la herramienta en entornos reales

El segundo objetivo específico consistió en el pilotaje de la versión española de la herramienta en entornos reales.

En esta fase del estudio se describió el comportamiento de la herramienta EdV en un contexto real a partir de su pilotaje en dos municipios. Su testeo en entornos rural y urbano mediante una muestra heterogénea de grupos de población proporcionó resultados que respaldan la idea de que la herramienta EdV permite obtener mayor comprensión de la percepción del impacto del entorno físico, social y económico en la comunidad, y de cómo dicho impacto se manifiesta en la realidad. Los hallazgos revelan las diferencias en la percepción de los entornos entre los residentes de los municipios urbano y rural, destacando una valoración general más favorable del municipio rural. De manera global, el *Transporte público, Trabajo y economía local* son las áreas peor evaluadas por todos los grupos sociales y contextos, siendo la *Identidad y pertenencia* la dimensión mejor valorada.

Las diferencias entre la percepción de los contextos rural y urbano fueron significativas en el bloque completo de movilidad (*Desplazamiento a pie o en bicicleta, Transporte Público, Tráfico y aparcamiento*), espacios (*Espacios naturales y Calles y Espacios*), recursos (*Vivienda y comunidad, Contacto social*) e *Identidad y pertenencia*.

Resultados similares se han obtenido en estudios anteriores^{15-20,131,132} en los que la movilidad activa está condicionada por el estado de las calles y aceras, la percepción de seguridad, las barreras arquitectónicas, afectando tanto a las personas con movilidad reducida como a actividades relacionadas con los cuidados, a la estética de las calles y espacios y a la disponibilidad de equipamientos, como bancos, aseos públicos, árboles y áreas sombreadas. La falta de sombra, señalado como uno de los factores determinantes en la utilización de los espacios, se contextualiza en el clima Mediterráneo que en esta región presenta veranos largos y calurosos y con olas de calor cada vez más largas y frecuentes. Este aspecto fue consistente con estudios que exploran la relación del entorno con la movilidad de las personas mayores^{18,23,37}.

A pesar de contar con una orografía y clima favorables, la movilidad en bicicleta no está plenamente desarrollada debido a la ausencia de infraestructura específica y promoción de su uso. Mientras que en el ámbito urbano se considera importante para fomentar el transporte activo intraurbano, en el entorno rural se relaciona más con la actividad recreativa e intermunicipal. En ambos contextos y de manera similar a investigaciones previas^{18,21,22,49} la principal barrera identificada fue la percepción de inseguridad, asociada a la organización del espacio público, donde prevalece la hegemonía del coche, y a la falta de una red de carriles bici bien conectada, rutas ciclistas señalizadas y separadas del tráfico rodado.

Es reseñable que, si bien el *Transporte público* obtuvo las valoraciones más negativas en ambos contextos, los discursos diferenciadores se dan en torno a las deficitarias conexiones, intraurbanas en la ciudad e interurbanas en el área rural, y entre los servicios y equipamientos básicos (hospital, instituto, zonas comerciales). En las ciudades, el transporte activo (caminar, ir en bicicleta y uso del transporte público) se asocia con beneficios para la salud debido al incremento de la actividad física y a la reducción de la exposición a la contaminación ambiental^{24,25,49}, donde contar con diferentes medios de transporte público, paradas cercanas conectadas entre sí y accesibles económicamente, son factores que promueven la actividad física y reducen la utilización del vehículo privado^{26,49,50,52}. En las zonas rurales, con una evaluación negativa generalizada al igual que en otros estudios^{52,110,131}, se requieren abordajes diferenciados para promover el transporte activo y comunidades conectadas⁵⁷, donde la población anciana

presenta menor movilidad y autonomía para conducir su propio vehículo^{19,55,56}. Las políticas de transporte y su planificación condicionan la movilidad activa, el uso del vehículo privado y las opciones de transporte, la calidad del aire y el nivel de ruido de los municipios^{20,23,39,50,53,54}. La falta de transporte público o las barreras para su utilización, especialmente en las áreas rurales, favorece desigualdades en salud relacionadas con el acceso a los recursos sanitarios y la exclusión social^{25,50,53,133}.

En el contexto urbano se identificó el tráfico como elemento disuasor del transporte activo tanto por la inseguridad que genera a peatones y ciclistas, como por la contaminación del aire y ruido que producen. El efecto negativo del tráfico se ha documentado en numerosas investigaciones^{18,50,52,110,131,132} evidenciando una correlación directa entre la percepción negativa del tráfico y la densidad poblacional, con una evaluación más favorable en zonas rurales.

La evaluación de los espacios naturales contó con diferencias significativas entre ambos contextos, a pesar de ser evaluados de forma muy positiva en los dos municipios. La comunidad urbana valoró favorablemente contar con parques y playas accesibles, cuidadas y mantenidas, mientras que la rural destacó los espacios naturales ubicados alrededor del municipio. La evidencia actual apunta a que los espacios verdes y azules promueven la salud favoreciendo la actividad física, el bienestar emocional, el contacto social y mitigando el impacto del calor, el ruido y la contaminación^{27,28,44,50} y que a su vez disminuyen la morbilidad y mortalidad cardiovascular y los factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, el estrés, la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2^{28,41}. Hallazgos adicionales indican que en la percepción de los espacios naturales, es más relevante la calidad que la cantidad total de zonas naturales disponibles en el entorno²⁸.

En la evaluación urbana de la *Vivienda y Comunidad* las dificultades en la adquisición de vivienda, tanto de compra como de alquiler, apuntaban en su mayoría al turismo. En este sentido, las personas en situación de vulnerabilidad presentan más dificultades para acceder a la vivienda, con un reparto desigual en función de los recursos materiales, donde aquellas con menor capacidad económica tienen mayor inestabilidad residencial, acceden al parque de viviendas de peor calidad, se ubican en barrios más desfavorecidos y con peores condiciones de acceso^{50,42,135}. En España, a lo largo de las últimas décadas, las políticas nacionales y autonómicas han fomentado un parque de viviendas sobredimensionado e infrautilizado de único acceso a través de la adquisición en propiedad, donde el alquiler es la fórmula residual de acceder a la vivienda para las personas sin recursos y sin un parque social que dé solución estable a las personas con más dificultades⁴². Los problemas derivados de la *turistificación* de áreas urbanas impactan fundamentalmente en los alquileres, incrementando los precios y empeorando las condiciones de alquiler y, por tanto, impidiendo el acceso de estos colectivos a adquirir una vivienda en condiciones adecuadas^{42,136}. Por otra parte, en el contexto rural de la evaluación, hubo una falta de coincidencia con estudios anteriores, donde se asociaba el efecto de la vivienda sobre la salud con factores como las barreras arquitectónicas para personas mayores, el aislamiento, la superficie total y el mantenimiento de las viviendas^{50,52,137}. En contraposición, los hallazgos de este estudio indican que el efecto del turismo y la despoblación como factores que obstaculizan la accesibilidad a la vivienda se perciben más importantes que las características físicas de las viviendas^{50,137-141}.

Tanto de los grupos de discusión como de las entrevistas realizadas en el ámbito urbano, el turismo emergió como factor de gran influencia en aspectos como el transporte, el tráfico, la vivienda, el empleo y el coste de vida. El impacto del turismo ha sido abordado en investigaciones previas¹⁴²⁻¹⁴⁴ que lo señalan como elemento favorecedor del aumento de los precios de la

vivienda, del exceso de tráfico y ruido y de las condiciones laborales precarias y estacionales en las ciudades. Además, la dependencia en el turismo conduce a cierta vulnerabilidad económica, tal y como ha quedado patente durante la pandemia de COVID-19^{142,143,145}.

Al igual que en otros estudios^{132,145}, el sentido de identidad y pertenencia fue mayor en las zonas rurales que en las urbanas, siendo inversamente proporcional al tamaño de la comunidad e incrementado al tener una vivienda en propiedad, participar en actividades comunitarias, llevar tiempo residiendo en el municipio y haber nacido en él o haberlo elegido para establecerse. En el contexto urbano encontramos que las personas extranjeras, especialmente africanas y latinoamericanas, expresan menor percepción de identidad y pertenencia debido a dificultades de integración y participación comunitaria relacionadas con la cultura local, como la celebración de fiestas y el idioma local^{134,132,145,146}.

En investigaciones previas^{52,132,134}, se ha destacado la importancia del contacto social y su relación con el bienestar emocional y la *Identidad y pertenencia*^{131,147}. Esta relación es particularmente relevante en personas mayores, donde la percepción del entorno ejerce un impacto mayor que su posición social¹⁴⁴. En el contexto rural se ha observado que la interacción social, particularmente en las etapas de la infancia y la vejez, se ve beneficiada por la disponibilidad de servicios esenciales como tiendas y transporte público, así como por contar con espacios de encuentro como plazas, centros comunitarios o parques bien cuidados y mantenidos^{29,30,53,148}. Cuando estos espacios se dinamizan con actividades que fomentan el contacto social se promueve mayor interacción entre las personas. Esto es esencial dado que el uso de determinados espacios está influenciado por el grado de interacción social que éstos facilitan. Además, los barrios o municipios con alta cohesión social y participación comunitaria son capaces de atenuar el impacto de la pobreza en la adolescencia¹⁴⁹.

El contacto social desempeña un papel fundamental en la reducción de la percepción de soledad. La soledad disminuye a medida que aumenta la interacción social, la participación en actividades grupales, el acceso a equipamientos básicos y contar con servicio de transporte público^{43,150-154}. La literatura científica presenta divergencias en cuanto a cómo el entorno rural o urbano incide en la experiencia de la soledad. En este contexto, es destacable que la evaluación subjetiva sobre la calidad del entorno influye más que las características objetivas del entorno en sí mismo^{43,55,56,155}.

Utilización de la herramienta y su comportamiento en entornos reales

La PST ha sido utilizada en numerosos países y contextos¹¹², estando ampliamente implementada en Escocia¹³⁴. Su principal objetivo es facilitar la participación comunitaria en el desarrollo de planes locales, evaluar la calidad y las características de municipios o barrios específicos, como Skopje, Nicosia y los municipios evaluados en este estudio^{131,132,134}, por la ciudadanía en general o en grupos de población específicos⁵². También se ha empleado parte de la PST en la evaluación de dimensiones puntuales, como los espacios naturales o la vivienda^{156,157}, o como base para el desarrollo de otros análisis de entornos¹³³.

En estudios previos se han documentado dificultades con respecto al enfoque empleado para la delimitación territorial^{52,133,134}. La demarcación administrativa de una zona, ya sea un barrio o un municipio, puede dar lugar a que parte de la comunidad no se sienta involucrada en el proceso de evaluación. Este aspecto ha sido evidente en el contexto de la dimensión de *Identidad y pertenencia* y puede manifestarse tanto en los barrios como en las pedanías que están administrativamente asociadas a un municipio pero que poseen su propia identidad, tal y como ocurre en nuestro estudio con la pedanía de La Xara en Denia. La determinación del ámbito

territorial sujeto a valoración debe estar alineada con el propósito inherente a dicha evaluación, de manera que los resultados obtenidos sean pertinentes en dicho territorio¹⁴. Asimismo, en la evaluación por barrios, la percepción de esta dimensión puede variar entre ser considerada a nivel barrial o a nivel ciudad, dependiendo de la persona entrevistada. Por tanto, es de suma importancia que se defina el territorio a ser evaluado de manera adecuada, incorporando criterios identitarios y más allá de los aspectos puramente administrativos.

De la misma manera que en las experiencias escocesas¹³⁴, contar con el gobierno local y personal técnico municipales para diseñar la estrategia de participación, favoreció la inclusión y la representatividad de la población participante en el estudio. La opción online fue la que menos funcionó en nuestro caso, especialmente en el entorno rural, y fueron los grupos de discusión y las entrevistas en profundidad las que ofrecieron los resultados más completos y profundos. La metodología grupal fue la más ventajosa dado que propició conocer la experiencia desigual de las personas en relación con su municipio y motivó a participar en las siguientes fases del proceso. El objetivo del proyecto requería participación efectiva y representativa más que un gran número de participantes. Sin embargo, a pesar de la meticulosa concepción de los procesos participativos, y de manera análoga a las experiencias observadas en Escocia, Macedonia y Chipre^{131,132,134}, se evidenció un patrón de mayor participación femenina en un porcentaje aproximado del 63%, mientras que las edades promedio oscilaron entre los 42 y 57 años (población urbana y rural respectivamente).

En nuestro caso, la alineación de la evaluación de los entornos con la estrategia XarxaSalut⁸⁵, que ya incorpora estructuras de participación, facilitó la implementación de la herramienta. Estas plataformas intersectoriales, que incluyen al gobierno local, ciudadanía y personal técnico, facilitan el diseño de los procesos de evaluación y el desarrollo de acciones derivadas de los resultados de la EdV dirigidas a mejorar la salud de la población con enfoque de equidad. Por otra parte, a pesar de contar con una Red de Municipios Promotores de Salud (XarxaSalut) desde 2017 que requiere la participación comunitaria en el desarrollo de todas sus acciones, la inclusión de la participación en la toma conjunta de decisiones todavía se encuentra en una etapa incipiente. A diferencia de Escocia¹⁰⁹, en España no existe normativa específica que obligue a incluir a la comunidad en la formulación de políticas y en la prestación de servicios¹⁰¹.

En cuanto a su utilización, es una herramienta larga, donde la recopilación de la información cualitativa, su organización y análisis requiere recursos y conocimientos técnicos. Para una adecuada implementación de la herramienta el proceso debe llevarse a cabo por parte del gobierno local o contar con financiación específica.

La organización de las 14 áreas a evaluar presenta retos descritos en experiencias anteriores^{133,134} como la repetición de temas (*Seguridad o Cuidado y mantenimiento en Desplazamiento a pie o en bicicleta, Calles y espacios* o *Espacios naturales*) o la inclusión de dos temas en una dimensión (*Tráfico y aparcamiento* o *Caminar o ir en bicicleta* en *Desplazamiento*). En nuestro estudio detectamos además la dificultad de valorar aspectos que no se conocen (como el *Transporte Público* si no se utiliza el servicio) o que determinadas áreas, en función del territorio a evaluar, funcionan a escala ciudad y no a barrio (p.e. *Trabajo y Economía Local*). Por otra parte, su diseño de preguntas abiertas y superposición de temas permite incluir aspectos por los que no se pregunta específicamente (p.e. un solar urbano como espacio favorecedor del contacto social) y visibiliza las dificultades y oportunidades del contexto para las personas en situación más vulnerable.

Una de las virtudes de la herramienta es su capacidad para identificar las riquezas y fortalezas de los barrios y municipios, más allá de los déficits que estos presenten. Su empleo con un enfoque salutogénico tiene la potencialidad de mostrar la dinámica de interacción de las personas con su entorno, las oportunidades que éste presenta y la manera en la que se confrontan los retos. La EdV posibilita incorporar el Sentido de Coherencia a los entornos facilitando conocer lo que las personas perciben y experimentan en su entorno, en términos de comprensión, manejo y significado¹⁵⁸.

Al igual que en experiencias previas, se ha observado el desafío que supone la gestión de las expectativas generadas durante el transcurso del proceso de evaluación^{20,132,134}. La participación de la comunidad corre el riesgo de verse comprometida en ausencia de retroalimentación de los resultados, de la falta de implementación de acciones derivadas del proceso y transparencia en la toma de decisiones^{34,50,92,103,109,157,159}. Para evitar esta amenaza es de vital importancia definir previamente el objetivo de la participación, es decir, si se trata de recoger información o de iniciar un proceso de decisión-acción conjunta^{104,144}. En todo caso, deberá ser descrito tanto el rol como la responsabilidad de quienes realizan el proceso de evaluación y de las personas o instituciones encargadas de llevar a cabo las acciones priorizadas^{102,134}.

Dado lo anterior, resulta conveniente incorporar la EdV como parte de un proceso en lugar de considerarla un fin en sí mismo, donde la herramienta suponga un escalón más en la participación comunitaria y no una mera consulta ciudadana. Es deseable orientar la herramienta a la acción, donde la retroalimentación de los resultados se vincule a la proposición, priorización e implementación de acciones dentro de un proceso comunitario continuo, y promueva el trabajo técnico intersectorial en función de las acciones priorizadas. Los resultados por sí solos no generan mejoras sustantivas, y su impacto estará sujeto a los recursos disponibles y al compromiso tanto de la ciudadanía como de las administraciones locales^{103,134}. La existencia de experiencias previas de participación comunitaria a nivel local favorece el desarrollo de procesos de mejora de los entornos^{131,132,134}.

Contar con herramientas participativas validadas y efectivas para el diagnóstico de déficits y riquezas de los entornos facilita abrir la toma de decisiones sobre el diseño de los barrios y pueblos a la comunidad y conectar los procesos institucionales con las necesidades de la ciudadanía. Asimismo, esto permite incorporar la equidad en tanto y cuanto se aborde el proceso atendiendo a los diferentes ejes de desigualdad e incorporando la perspectiva del “territorio” a los procesos¹⁰¹. Es importante señalar que los grados de participación de menor implicación (información y consulta) no tienen gran repercusión en transformar la relación de poder entre la ciudadanía y los gobiernos locales y las condiciones de vida de las personas⁹⁶.

En el siguiente objetivo se exploraron las propiedades psicométricas de la herramienta a partir de su implementación en el municipio de Denia.

Validez y fiabilidad de la herramienta

En este estudio se midieron la validez y la fiabilidad de la herramienta EdV, siendo la primera versión validada de la PST, que pese a estar confeccionada y traducida a varios idiomas y utilizada en múltiples contextos, no había sido validada en ningún país, idioma ni cultura del mundo.

Desde una perspectiva psicométrica, el instrumento EdV ha demostrado ser altamente confiable. El resultado del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach (0,849) indica una sólida consistencia interna, lo que refuerza la validez del constructo de la herramienta como una escala unidimensional¹⁶⁰. Además, el resultado de la prueba de adecuación KMO (0,842) sugiere que los

ítems en la herramienta están fuertemente interrelacionados, lo que indica que las preguntas miden conceptos estrechamente relacionados¹⁶¹. Asimismo, el alto valor de varianza explicada (81,50%) respalda la idea de que la herramienta mide predominantemente un solo factor en lugar de múltiples dimensiones distintas.

6.2. Fortalezas y limitaciones

La principal fortaleza del estudio es poder disponer de un instrumento adaptado y validado al contexto español y factible para su administración en el contexto local, siendo una medida útil para recoger la percepción de la ciudadanía sobre sus barrios y municipios. Destaca su diseño mixto y su amplia versatilidad: su utilización se puede orientar tanto hacia necesidades como a activos para la salud; hacia una evaluación como punto de partida o como evaluación posterior; y es aplicable en diferentes tipos y tamaños de territorios. Además, incluir conversaciones en la aplicación de la herramienta estimula la participación, orienta a la acción y capacita a quienes participan en los determinantes sociales de la salud.

Una fortaleza reseñable en la fase de pilotaje es la utilización de métodos mixtos, permitiendo mayor comprensión de cómo impacta el contexto físico, social y económico en las comunidades y de la experiencia diferenciada entre el entorno rural y el urbano. La incorporación del enfoque cuantitativo y cualitativo en el diseño de la investigación incrementa la confiabilidad de los resultados, permitiendo una comprensión sólida de la percepción de sus entornos en dos poblaciones distintas. A pesar de no contar con una muestra representativa, puesto que se priorizó una participación heterogénea en lugar de gran número de participantes, es destacable la elevada participación en el estudio, favorecida por la implementación de las tres técnicas distintas de recogida de datos. La heterogeneidad de participantes y la riqueza de sus discursos y percepciones ha proporcionado cuantiosa información sobre los elementos favorecedores y las barreras potenciales de los entornos rurales y urbanos, generalizables a otros municipios de similares características.

Otra fortaleza del estudio es la utilización de la EdV en el marco de la estrategia de XarxaSalut, contando con el respaldo del gobierno local, personal técnico y ciudadanía asociada. Esta sinergia ha posibilitado alinear los objetivos de la investigación con los procesos de acción comunitaria⁸⁵ que se estaban llevando a cabo en los municipios de Denia y Yátova en el momento de la realización del proyecto.

Como limitación del estudio, hay que señalar que esta investigación coincidió con la pandemia por COVID-19, disminuyendo la tasa de respuesta a la exposición final de resultados por parte de las personas expertas e imposibilitó una devolución adecuada de los resultados a parte de la ciudadanía. Por otra parte, la realización de la fase de pilotaje en situación pre-pandémica, implica que no se puedan contemplar los posibles cambios en la percepción de las personas participantes en temas relevantes durante y después de la pandemia, como la brecha digital, las características de la vivienda, el acceso a recursos sanitarios, la disponibilidad de espacios para la actividad al aire libre y las redes comunitarias.

A pesar de que la metodología utilizada en la adaptación y validación de la herramienta logra cumplir con los objetivos principales, es importante destacar la ausencia de personas expertas en disciplinas relacionadas con los contextos físicos y económicos en el panel de personas expertas, limitando la capacidad de abordar de manera integral las dimensiones relacionadas con estos contextos.

Otra limitación del estudio en la fase de implementación de la herramienta fue la participación mayoritariamente femenina y la representatividad en términos de edad, pudiendo haber influido en los resultados obtenidos. Por otra parte, al tratarse de una herramienta de estas características validada por primera vez, no existen otras herramientas similares con las que comparar o discutir los resultados con antecedentes de la misma naturaleza.

Las principales limitaciones en la implementación de EdV son: 1) el formato online proporciona escasa información cualitativa y no incrementa la participación de manera significativa; 2) es imprescindible adecuar la metodología a las características del contexto, precisando de formación básica previa para su dinamización; y 3) se requiere manejar las expectativas generadas y la posible frustración de la ciudadanía ante la falta de acción derivada del proceso. Además, la implementación de EdV puede ser demandante en términos de tiempo y recursos, lo que podría limitar su aplicabilidad en otras localidades sin el apoyo adecuado.

Finalmente, debe tomarse en consideración que la reciente intensificación de los efectos del cambio climático en España podría requerir la incorporación de una perspectiva climática en la herramienta tal y como se está desarrollando en Escocia o Alemania^{162,163} para evaluar su impacto en el contexto de los barrios y/o municipios.

6.3. Implicaciones para la práctica

La versión española de la Place Standard Tool, Entornos de Vida, es un instrumento fiable y válido para analizar de forma participativa los barrios y municipios con enfoque de determinantes sociales y equidad. Su utilización en la elaboración de los análisis de situación de salud facilita la participación de la comunidad en las acciones destinadas a abordar el impacto que los entornos que habitan tienen sobre su salud.

En el proceso de realizar análisis participativos de la situación de salud a nivel local resulta clave contar con herramientas que faciliten la participación de la ciudadanía en la identificación de necesidades y prioridades locales⁹⁴. Gracias a este estudio se puede contar con una herramienta sencilla para elaborar análisis basados en los conocimientos y experiencias de la comunidad local. El enfoque cualitativo de la herramienta permite no solo recoger las percepciones de las oportunidades y barreras que ofrece el entorno para la salud, sino cómo orientar las políticas e inversiones hacia la acción local en salud. Resulta esencial emplear enfoques subjetivos con el propósito de comprender la influencia de los entornos sobre distintos estratos sociales y cómo las condiciones individuales pueden ejercer influencia sobre estas percepciones. Futuras investigaciones deben abordar estas cuestiones además de comparar las posibles diferencias entre métodos de participación y diferencias sociodemográficas, explorando disparidades y matices en los resultados obtenidos.

En el ámbito de la salud comunitaria, tanto desde su abordaje desde la Salud Pública, como desde la Atención Primaria de Salud, enmarcada en el nivel 3 de orientación comunitaria¹⁶⁴, esta herramienta puede ser utilizada para conocer el contexto y la situación de partida en las acciones o procesos comunitarios que se desarrollen en los barrios y municipios. Su versatilidad y fácil utilización favorece ser implementada por parte de estructuras locales de participación, como los Consejos de Salud de Zona Básica o las Mesas Intersectoriales⁹⁹.

Las características de EdV favorecen situar, no sólo la mirada, sino la acción en los contextos físicos y socioeconómicos, a partir de metodologías cualitativas que permiten profundizar en los aspectos sociales, geográficos, económicos y culturales de los entornos y facilitan conocer cómo

afecta el territorio y las políticas municipales a la salud y el bienestar. Es fundamental desatacar la importancia de generar más evidencia sobre el impacto del entorno sobre la salud y el bienestar de las personas y las acciones derivadas para mitigar las desigualdades sociales que las producen. El desafío inmediato consiste en seguir probando y evaluando la herramienta en situaciones reales, demostrando su capacidad y contribuyendo al avance de la metodología en el campo de la Promoción de la Salud y la equidad.

7 CONCLUSIONES

En España, no existen instrumentos participativos específicamente diseñados para evaluar entornos desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud y equidad. Este estudio ha finalizado con la puesta a disposición de la herramienta *Entornos de Vida*, instrumento traducido, adaptado y validado al español, con potencial suficiente para facilitar la realización del análisis participativo de la situación de salud a nivel barrio, municipio y/o zona básica de salud, así como de una guía metodológica para facilitar la utilización de la herramienta en el entorno local.

Esta investigación ha tratado de proporcionar una comprensión profunda de las diferencias en la percepción entre entornos rurales y urbanos, a partir del análisis efectuado en la implementación de la herramienta, donde EdV se ha revelado como un instrumento capaz de capturar la experiencia del impacto de los entornos físicos, sociales y económicos en la salud y el bienestar de las comunidades. Los resultados respaldan su utilidad en la promoción de la salud a nivel local, debido a su versatilidad y capacidad de orientarse a la acción. EdV introduce una estructura y metodología que facilita el análisis y la capacitación en términos de determinantes sociales y el reconocimiento de cómo el lugar de residencia influye en la salud de las personas. Su implementación proporciona una base sólida para el desarrollo de acciones locales priorizadas, de carácter intersectorial y participativas destinadas a abordar las desigualdades en salud. Estas características confieren al instrumento EdV un notable potencial, susceptible de ser incorporado en las estrategias de promoción de la salud a niveles estatal, autonómico y municipal.

Referencias bibliográficas

1. Marmot, M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. Reino Unido: Bloomsbury Publishing, 2015. 400 p.
2. Whitehead, M. y Dahlgren, G. Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. 116 p. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/docs/estrategiasDesigual.pdf>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2015. 112 p. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
4. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. 2021;199(1):20–4. DOI: 10.1016/j.puhe.2021.08.009
5. Comisión Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud En España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012;26(2):182–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200017
6. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Andersen AMN, Bach E, Baadsgaard M, et al. Health inequality--determinants and policies. Scand J Public Health. 2012 Nov;40(8 Suppl):12-105. DOI: 10.1177/1403494812457734.
7. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. En: Challenging Inequities in Health. Londres, Inglaterra: Oxford University Press New York; 2001. p. 12–23. DOI:10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002
8. Marmot M (chair), Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. London: University College; 2010. 242 p. Disponible en: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. 141 p. Disponible en: <https://fundadeps.org/wp->

content/uploads/eps_media/recursos/documentos/684/Guia-Equidad-salud-msssi.pdf

10. Votano J, Parham M, Hall L. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2012. 52 p.
11. World Health Organization: Regional Office for Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. 188 p. Disponible en: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region-final-report/who-european-review-full-report.pdf>
12. Borrell C, Díez E, Morrison J, Camprubí CL. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities; 2012. 30 p. Disponible en: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/01/EquitatSalutUrbana.pdf>
13. Observatorio de salud en Asturias. Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias. Asturias: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2016. 75 p. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia_salud_comunitaria_2016.pdf
14. Diez Roux, A.V.; Mair, C. Neighborhoods and health. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2010 Feb;1186(1):125–145. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x.
15. Van Holle V, Deforche B, Van Cauwenberg J, Goubert L, Maes L, Van de Weghe N, et al. Relationship between the physical environment and different domains of physical activity in European adults: a systematic review. BMC Public Health. 2012 Sep;12:807. DOI: 10.1186/1471-2458-12-807.
16. Solbraa AK, Anderssen SA, Holme IM, Kolle E, Hansen BH, Ashe MC. The built environment correlates of objectively measured physical activity in Norwegian adults: A cross-sectional study. J Sport Health Sci. 2018 Jan;7(1):19-26. doi: 10.1016/j.jshs.2017.11.002.
17. Farkas B, Wagner DJ, Nettel-Aguirre A, Friedenreich C, McCormack GR. Evidence synthesis - A systematized literature review on the associations between neighbourhood built characteristics and walking among Canadian adults. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2019 Jan;39(1):1-14. doi: 10.24095/hpcdp.39.1.01.
18. Salvo G, Lashewicz BM, Doyle-Baker PK, McCormack GR. Neighborhood Built Environment Influences on Physical Activity among Adults: A Systematized Review of Qualitative Evidence. Int J Environ Res Public Health. 2018 May 2;15(5):897. DOI: 10.3390/ijerph15050897.
19. Longo A, Hutchinson WG, Hunter RF, Tully MA, Kee F. Demand response to improved walking infrastructure: A study into the economics of walking and health behaviour change. Soc Sci Med. 2015 Oct;143:107-16. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.033.

20. Hofer-Fischanger K, Tuttner S, Amort FM, Helms K, Unger J, Hödl J, Strüver A, van Poppel MNM. Promoting active transport in rural communities through infrastructural modifications: the PABEM needs assessment tool. *Health Promot Int.* 2023 Aug;38(4):daab186. doi: 10.1093/heapro/daab186.
21. Iwińska K, Blicharska M, Pierotti L, Tainio M, de Nazelle A. Cycling in Warsaw, Poland - Perceived enablers and barriers according to cyclists and non-cyclists. *Transp Res Part A Policy Pract.* 2018 Jul;113:291-301. doi: 10.1016/j.tra.2018.04.014.
22. Smith M, Hosking J, Woodward A, Witten K, MacMillan A, Field A. et al. Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport – an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys* 2017 Nov;14:158. DOI: 10.1186/s12966-017-0613-9.
23. Nieuwenhuijsen MJ, Khreis H, Verlinghieri E, Mueller N, Rojas-Rueda D. Participatory quantitative health impact assessment of urban and transport planning in cities: A review and research needs. *Environ Int.* 2017 Jun;103:61-72. DOI: 10.1016/j.envint.2017.03.022.
24. Brown V, Barr A, Scheurer J, Magnus A, Zapata-Diomed B, Bentley R. Better transport accessibility, better health: a health economic impact assessment study for Melbourne, Australia. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019 Oct;16:89. DOI: 10.1186/s12966-019-0853-y.
25. Cooper E, Shivonne G, Grollman C, Mayer M, Davis B, Bankiewicz U, et al. Transport, health, and wellbeing: An evidence review for the Department for Transport. NatCen Social Research; 2019. 72 p. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/847884/Transport_health_and_wellbeing.pdf
26. Sallis JF, Cerin E, Conway TL, Adams MA, Frank LD, Pratt M, Salvo D, Schipperijn J, Smith G, Cain KL, Davey R, Kerr J, Lai PC, Mitáš J, Reis R, Sarmiento OL, Schofield G, Troelsen J, Van Dyck D, De Bourdeaudhuij I, Owen N. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *Lancet.* 2016 May 28;387(10034):2207-17. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01284-2.
27. Fontán-Vela M, Rivera-Navarro J, Gullón P, Díez J, Anguelovski I, Franco M. Active use and perceptions of parks as urban assets for physical activity: A mixed-methods study. *Health Place.* 2021 Sep;71:102660. doi: 10.1016/j.healthplace.2021.102660.
28. World Health Organization. Urban green spaces and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. WHO/EURO:2016-3352-43111-60341.
29. Schmidt T, Pawlowski CS, Kerr J, Schipperijn J. Investigating the WHAT and WHY on older adults' use of neighborhood open spaces following an environmental intervention. *Transl Behav Med.* 2021 Mar 16;11(2):582-596. doi: 10.1093/tbm/ibaa004.
30. Machado-Rodrigues AM, Coelho-E-Silva MJ, Mota J, Padez C, Martins RA, Cumming SP, Riddoch C, Malina RM. Urban-rural contrasts in fitness, physical activity, and

- sedentary behaviour in adolescents. *Health Promot Int.* 2014 Mar;29(1):118-29. doi: 10.1093/heapro/das054.
31. Marks L, Laird Y, Trevena H, Smith BJ, Rowbotham S. A Scoping Review of Citizen Science Approaches in Chronic Disease Prevention. *Front Public Health.* 2022 May 9;10:743348. doi: 10.3389/fpubh.2022.743348.
 32. Gražulevičienė R, Andrušaitytė S, Dédelė A, Gražulevičius T, Valius L, Kapustinskienė V, Bendokienė I. Environmental Quality Perceptions and Health: A Cross-Sectional Study of Citizens of Kaunas, Lithuania. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jun 19;17(12):4420. doi: 10.3390/ijerph17124420.
 33. Pedersen M, Wood GER, Fernes PK, Goldman Rosas L, Banchoff A, King AC. The "Our Voice" Method: Participatory Action Citizen Science Research to Advance Behavioral Health and Health Equity Outcomes. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Nov 10;19(22):14773. doi: 10.3390/ijerph192214773.
 34. Rosas LG, Rodriguez Espinosa P, Montes Jimenez F, King AC. The Role of Citizen Science in Promoting Health Equity. *Annu Rev Public Health.* 2022 Apr 43:215-234. doi: 10.1146/annurev-publhealth-090419-102856.
 35. Frost SS, Goins RT, Hunter RH, Hooker SP, Bryant LL, Kruger J, Pluto D. Effects of the built environment on physical activity of adults living in rural settings. *Am J Health Promot.* 2010 Mar-Apr;24(4):267-83. doi: 10.4278/ajhp.08040532.
 36. Toma A, Hamer M, Shankar A. Associations between neighborhood perceptions and mental well-being among older adults. *Health Place.* 2015 Jul;34:46-53. doi: 10.1016/j.healthplace.2015.03.014.
 37. Schmidt T, Kerr J, Schipperijn J. Associations between Neighborhood Open Space Features and Walking and Social Interaction in Older Adults-A Mixed Methods Study. *Geriatrics (Basel).* 2019 Jul 6;4(3):41. doi: 10.3390/geriatrics4030041.
 38. Nieuwenhuijsen MJ, Khreis H, Verlinghieri E, Mueller N, Rojas-Rueda D. Participatory quantitative health impact assessment of urban and transport planning in cities: A review and research needs. *Environ Int.* 2017 Jun 103:61-72. doi: 10.1016/j.envint.2017.03.022.
 39. Khomenko S, Nieuwenhuijsen M, Ambròs A, Wegener S, Mueller N. Is a liveable city a healthy city? Health impacts of urban and transport planning in Vienna, Austria. *Environ Res.* 2020 Apr;183:109238. doi: 10.1016/j.envres.2020.109238
 40. Mueller N, Rojas-Rueda D, Basagaña X, Cirach M, Cole-Hunter T, Dadvand P, et al. Urban and Transport Planning Related Exposures and Mortality: A Health Impact Assessment for Cities. *Environ Health Perspect.* 2016 Jun;125(1):89-96. doi: 10.1289/EHP220.
 41. Gullón P, Fontán-Vela M, Díez J, Nieuwenhuijsen M, Rojas-Rueda D, Escobar F, Franco M. Who benefits from green spaces? Surrounding greenness and incidence of cardiovascular disease in a population-based electronic medical records cohort in Madrid. *Int J Hyg Environ Health.* 2023 Jul;252:114221. doi: 10.1016/j.ijheh.2023.114221.

42. Novoa A, Bosch J, Díaz F, Malmusi D, Darnell M, Trilla C. El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de Vivienda. *Gac Sanit.* (2014) 28(S1):44–50. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.02.018.
43. Bower M, Kent J, Patulny R, Green O, McGrath L, Teesson L, Jamalishahni T, Sandison H, Rugel E. The impact of the built environment on loneliness: A systematic review and narrative synthesis. *Health Place.* 2023 Jan;79:102962. doi: 10.1016/j.healthplace.2022.102962.
44. Geneshka M, Coventry P, Cruz J, Gilbody S. Relationship between Green and Blue Spaces with Mental and Physical Health: A Systematic Review of Longitudinal Observational Studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Aug 26;18(17):9010. doi: 10.3390/ijerph18179010.
45. Kivimäki M, Batty GD, Pentti J, Nyberg ST, Lindbohm JV, Ervasti J, Gonzales-Inca C, Suominen SB, Stenholm S, Sipilä PN, Dadvand P, Vahtera J. Modifications to residential neighbourhood characteristics and risk of 79 common health conditions: a prospective cohort study. *Lancet Public Health.* 2021 Jun;6(6):e396–e407. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00066-9.
46. Spring A. Short- and Long-Term Impacts of Neighborhood Built Environment on Self-Rated Health of Older Adults. *Gerontologist.* 2018 Jan 18;58(1):36–46. doi: 10.1093/geront/gnx119.
47. Chaparro MP, Benzeval M, Richardson E, Mitchell R. Neighborhood deprivation and biomarkers of health in Britain: the mediating role of the physical environment. *BMC Public Health.* 2018 Jun 27;18(1):801. doi: 10.1186/s12889-018-5667-3.
48. Hussein M, Diez Roux AV, Mujahid MS, Hastert TA, Kershaw KN, Bertoni AG, et al. Unequal exposure or unequal vulnerability? Contributions of neighborhood conditions and cardiovascular risk factors to socioeconomic inequality in incident cardiovascular disease in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Am J Epidemiol.* 2018 Jul;187(7):1424–37. doi:10.1093/aje/kwx363
49. Mueller N, Daher C, Rojas-Rueda D, Delgado L, Vicioso H, Gascon M, Marquet O, Vert C, Martin I, Nieuwenhuijsen M. Integrating health indicators into urban and transport planning: A narrative literature review and participatory process. *Int J Hyg Environ Health.* 2021 Jun;235:113772. doi: 10.1016/j.ijheh.2021.113772.
50. Public Health Scotland. Evidence behind Place Standard Tool and Place and Wellbeing Outcomes. Public Health Scotland; 2022. 108 p. Disponible en: <https://publichealthscotland.scot/media/14808/evidence-behind-the-place-standard-tool-and-the-place-and-wellbeing-outcomes-full-report.pdf>
51. Bird EL, Ige JO, Pilkington P, Pinto A, Petrokofsky C, Burgess-Allen J. Built and natural environment planning principles for promoting health: an umbrella review. *BMC Public Health.* 2018 Jul 28;18(1):930. doi: 10.1186/s12889-018-5870-2.
52. Ioannou B. Ageing in suburban neighbourhoods: Planning, densities and Place Assessment. *Urban Planning* 2019 Jun; 4(2):18–30. doi:10.17645/up.v4i2.1863.

53. Verma I, Taegen J. Ageing and Inclusion in Rural Areas. *Stud Health Technol Inform.* (2021) 4;282:348-357. DOI: 10.3233/SHTI210409.
54. Verma I, Taegen J. Ageing and Inclusion in Rural Areas. *Stud Health Technol Inform.* 2021 Jun 4;282:348-357. doi: 10.3233/SHTI210409.
55. Abshire DA, Graves JM, Amiri S, Williams-Gilbert W. Differences in Loneliness Across the Rural-Urban Continuum Among Adults Living in Washington State. *J Rural Health.* 2022 Jan;38(1):187-193. doi: 10.1111/jrh.12535.
56. Henning-Smith C, Moscovice I, Kozhimannil K. Differences in Social Isolation and Its Relationship to Health by Rurality. *J Rural Health.* 2019 Sep;35(4):540-549. doi: 10.1111/jrh.12344.
57. Vitale E, Cotella, G. Improving Rural Accessibility: A Multilayer Approach. *Sustainability.* 2020 Apr;12:2876. doi: 10.3390/su12072876.
58. World Health Organization. Statement of the WHO European healthy cities network and WHO regions for health network presented at the seventh ministerial conference on environment and health Budapest, Hungary, 5-7. Budapest: WHO; 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371053/HCN-RHN-Budapest-statm-2023-eng.pdf?sequence=1>
59. Red Española de Ciudades Saludables [Internet]. RECS, 2023 [consultado 12 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://recs.es/>
60. Llorca E, Amor MT, Merino B, Márquez FJ, Gómez F, Ramírez R. Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. *Gac Sanit.* 2010 Dic;24(6):435–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000600001
61. Red Española de Ciudades Saludables. Fase VII de la Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS (2019-2024). 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/ciudades/docs/RedEuropeaCiudadesSaludables_Fase_VII.pdf
62. Pan American Health Organization. Organización Mundial de la Salud. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44469>
63. World Health Organization. Division of Health Education, International Conference on Health Promotion: Supportive Environments for Health. (3rd : 1991 : Sundsvall, Sweden) & Conférence internationale sur la promotion de la santé: des milieux favorables à la santé. (3e : 1991 : Sundsvall, Sweden). (1992). Sundsvall statement on supportive environments for health, 9-15 June 1991, Sundsvall, Sweden. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HED-92.1>
64. Organización Panamericana de la Salud. Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st century. *Rev Panam Salud Publica;* 1998;3(1). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000100019&lng=pt&nrm=iso

65. Dooris M. Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspect Public Health*. 2009 Jan;129(1):29-36. doi: 10.1177/1757913908098881.
66. World Health Organization. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. Geneva: World Health Organization; 2017. 36 p. (WHO/NMH/PND/17.5). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
67. Williams DR, Costa MV, Odunlami AO, Mohammed SA. Moving upstream: how interventions that address the social determinants of health can improve health and reduce disparities. *J Public Health Manag Pract*. 2008 Nov;14 Suppl(Suppl):S8-17. doi: 10.1097/01.PHH.0000338382.36695.42.
68. Bloch P, Toft U, Reinbach HC, Clausen LT, Mikkelsen BE, Poulsen K, Jensen BB. Revitalizing the setting approach - supersettings for sustainable impact in community health promotion. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014 Sep; 14;11:118. DOI: 10.1186/s12966-014-0118-8.
69. Simon Capewell, Ann Capewell, An effectiveness hierarchy of preventive interventions: neglected paradigm or self-evident truth?, *Journal of Public Health*. 2018 Jun; 40(2):350–358. doi: 10.1093/pubmed/idx055
70. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. OMS, 1998. Disponible en: <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/05/glosario.-promocion-de-la-salud.pdf>
71. Solar O, Valentine N, Rice M, Albrecht D. Moving forward to Equity in Health: what kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. 7th Global Conference for Health Promotion, Nairobi, Kenya; 2009. Disponible en: https://www.dors.it/documentazione/testo/201409/05_2009_OMS%20Nairobi_Equity%20in%20Health.pdf
72. World Health Organization. Adelaide Statement II on Health in All Policies. Implementing the Sustainable Development Agenda through good governance for health and well being: Building on the experience of Health in All Policies. OMS, 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331585/WHO-CED-PHE-SDH-19.1-eng.pdf>
73. Cheryl E Van Vliet-Brown, Sana Shahram, Nelly D Oelke, Health in All Policies utilization by municipal governments: scoping review, *Health Promotion International*. 2018 Aug; 33(4):713–722. doi: 10.1093/heapro/dax008
74. Bliss, Dorothy MA; Mishra, Meenoo MPH; Ayers, Jeanne MPH; Lupi, Monica Valdes JD, MPH. Cross-Sectoral Collaboration: The State Health Official's Role in Elevating and Promoting Health Equity in All Policies in Minnesota. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2016 Jan-Feb;22():S87-S93. DOI: 10.1097/PHH.0000000000000330

75. Rantala R, Bortz M, Armada F. Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promot Int.* 2014 Jun;29 Suppl 1:i92-102. doi: 10.1093/heapro/dau047.
76. Promoting environment and health policies at local level: a policy brief for decision-makers and practitioners. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
77. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European Healthy Cities Network 2020; Compendium of Tools, Resources and Networks. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020. WHO/EURO:2020-5626-45391-64952
78. Matthews P. The return of place in Scottish social policy. *Local Econ.* 2012 Nov;28(1):9–16. doi: 10.1177/0269094212463786
79. O' Gorman S, Dillon-Robinson R. 20 Minute Neighbourhoods in a Scottish Context. Climate for Change. Scotland's centre of expertise connecting climate change research and policy; 2021. doi:10.7488/ERA/808
80. Public Health England. Guidance Healthy places [Internet]. Gov.uk; 2021 [actualizado 5 de febrero de 2021; consultado mayo de 2022] Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/phe-healthy-places/phe-healthy-places>
81. Putting Health Into Place Executive Summary. How to create healthier new communities; with lessons from NHS England's Healthy New Towns programme [Internet]. NHS; 2018. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/09/phil-executive-summary.pdf>
82. ONU-HABITAT. El Plan Estratégico 2020-2023 [internet]. ONU-HABITAT; 2020. Disponible en: https://unhabitat.org/sites/default/files/2019/12/strategic_plan_esp_web.pdf
83. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. 98 p. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/dossier/docs/Guia_implementacion_local.pdf
84. Consejería de Salud y Consumo. Red Local de Acción en Salud [Internet]. RELAS, 2023 [consultado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.redlocalsalud.es/>
85. Generalitat Valenciana. Procedimiento para trabajar la acción comunitaria para la salud desde los municipios en cinco etapas. Serie de Guías XarxaSalut nº 1. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2018. 39 p.
86. Daban F, Pasarín MI, Borrell C, Artazcoz L, Pérez A, Fernández A, et al. Barcelona Salut als Barris: Twelve years' experience of tackling social health inequalities through community-based interventions. *Gac Sanit.* 2021 May-Jun;35(3):282–8. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.02.007

87. Novoa AM, Urban HEART Barcelona Working Group, Pérez G, Espelt A, Echave C, de Olalla PG, et al. The experience of implementing urban HEART Barcelona: A tool for action. *J Urban Health*. 2018 Oct;95(5):647–61. doi: 10.1007/s11524-017-0194-6
88. Agencia de Salut Pública de Barcelona. Consorci Sanitari de Barcelona. Infobarris [Internet]. Barcelona: Agencia de Salut Pública; 2023 [Consultado 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.aspb.cat/docs/infobarris/>
89. Pons-Vigués M, Diez È, Morrison J, Salas-Nicás S, Hoffmann R, Burstrom B, van Dijk JP, Borrell C. Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: a scoping review. *BMC Public Health*. 2014 Feb;24;14:198. doi: 10.1186/1471-2458-14-198.
90. Wood GER, Pykett J, Daw P, Agyapong-Badu S, Banchoff A, King AC, Stathi A. The Role of Urban Environments in Promoting Active and Healthy Aging: A Systematic Scoping Review of Citizen Science Approaches. *J Urban Health*. 2022 Jun;99(3):427-456. doi: 10.1007/s11524-022-00622-w
91. Akmentina L. E-participation and engagement in urban planning: experiences from the Baltic cities. *Urban Research & Practice*;2022 May;16:4, 624-657, doi: 10.1080/17535069.2022.2068965
92. Afzalan N, Sanchez TW, Evans-Cowley J. Creating smarter cities: Considerations for selecting online participatory tools. *Cities*; 2017 Jul;67:21-30. doi: 10.1016/j.cities.2017.04.002.
93. National Institute for Health and Care Excellence. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities [Internet]. London: NICE; 2016 [consultado el 16 de junio de 2023]. (Clinical guideline [CG90]). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
94. Casseti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ (coord.), por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. ISBN: 978-84-09-06561-5
95. O’Faircheallaigh C. Public participation and environmental impact assessment: Purposes, implications, and lessons for public policy making. *Environ Impact Assess*. 2010 Jan; 30(1):19–27. doi: 10.1016/j.eiar.2009.05.001.
96. Popay J. Community empowerment and health improvement: The English experience. En: *Health Assets in a Global Context*. New York, NY: Springer New York; 2010. p. 183–95.
97. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 1978. OMS, 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
98. Oakley P. Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario: examen de los aspectos esenciales. Ginebra: OMS, 1990. p. 84. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39398/1/924356126X.pdf>

99. Decreto 47/2023, de 31 de marzo, del Consell de regulaci3n de los consejos de salud b3sicos y otros espacios de participaci3n de la Comunitat Valenciana. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, n3 9570 (06-04-2023).
100. Casseti V, Paredes-Carbonell JJ, L3pez Ruiz V, Garc3a AM, Salamanca Bautista P. Evidencia sobre la participaci3n comunitaria en salud en el contexto espa3ol: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018 Oct;32(1):41–7. doi:10.1016/j.gaceta.2018.07.008
101. Galarraga P, Vives M, Cabrera-Manzano D, Urda L, Brito M, Gea-Caballero V. La incorporaci3n de la salud comunitaria en la planificaci3n y la transformaci3n del entorno urbano. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018 Oct;32(1):74–81. doi:10.1016/j.gaceta.2018.08.001
102. Hofland ACL, Devilee J, van Kempen E, den Broeder L. Resident participation in neighbourhood audit tools - a scoping review. Eur J Public Health. 2018 Feb;28(1):23-29. doi: 10.1093/eurpub/ckx075.
103. Hes, D., Hernandez-Santin, C., Beer, T., Huang, SW. Place Evaluation: Measuring What Matters by Prioritising Relationships. In: Hes, D., Hernandez-Santin, C. (eds) Placemaking Fundamentals for the Built Environment. Palgrave Macmillan, Singapore; 2020 Nov; P.275-303. doi: 10.1007/978-981-32-9624-4_13.
104. Nickelson J, Wang AR, Mitchell QP, Hendricks K, Paschal A. Inventory of the physical environment domains and subdomains measured by neighborhood audit tools: A systematic literature review. J Environ Psychol. 2013 Dec;36:179-89. doi: 10.1016/j.jenvp.2013.07.009.
105. Nieuwenhuijsen, M.J. Urban and transport planning, environmental exposures and health-new concepts, methods and tools to improve health in cities. Environ Health. 2016 Mar;15 (Suppl 1):38. DOI:10.1186/s12940-016-0108-1
106. EU-Citizen.Science. Plataforma de intercambio de proyectos de ciencia ciudadana [internet]. 2023 [consultado 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://eu-citizen.science/>
107. CitiObs. Enhancing Citizen Observatories for healthy, sustainable, resilient and inclusive cities. A Horizon Europe Project [internet]. Finlandia: Nilu; 2023 [consultado 18 de agosto de 2023]. Disponible en <https://citiobs.eu/>
108. Woods SM, Daskolia M, Joly A, Bonnet P, Soacha K, Li3an S, et al. How networks of citizen observatories can increase the quality and quantity of citizen-science-generated data used to monitor SDG indicators. Sustainability. 2022 Mar;14(7):4078. doi: 10.3390/su14074078
109. Covid Recovery and Public Service Reform Directorate. Minister for Parliamentary Business. Participation framework. Scotland: Scottish Government, 2023. ISBN 9781805254775.
110. NHS Health Scotland. Place Standard evaluation: learning from case studies in year one. Edinburgh: NHS Health Scotland, 2017.

111. Joint Action Health Equity Europe. Project information. Rome: 2020. Disponible en: <https://jahee.iss.it/wp-content/uploads/2020/04/JAHEEleaflet1042020.pdf>
112. Organised by: BZgA (Germany), Scottish Government, Public Health Scotland (UK), EUPHA Public health monitoring and reporting section, EUPHA Health impact assessment section, JAHEE , Chair persons: Christina Plantz - Germany, Kat Hasler - UK, 16.D. Workshop: The Place Standard Tool around the world – experience on impact, equity aspects and transferability. Eur J Public Health. 2020 Sep;30(S5)ckaa165.771. doi: 10.1093/eurpub/ckaa165.771.
113. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Publica Mex 2013 ;55(1):57-66. doi: 10.1590/S0036-36342013000100009
114. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. Psicothema 2013;25:151-7. DOI:10.7334/psicothema2013.24
115. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine2000 Dec;25(24):3186-91. doi:10.1097/00007632-200012150-00014
116. Creswell JW, Plano Clark VL Designing and Conducting Mixed Methods Research. 2nd Edition. Los Angeles: Sage Publications, 2011.
117. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. Three techniques for integrating data in mixed methods studies. BMJ. 2010 Sep;17:341:c4587. doi: 10.1136/bmj.c4587.
118. Generalitat Valenciana. Conselleria de Economia Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo. Portal estadístico de la Generalitat Valenciana [Internet]. Ficha Municipal Dénia Edición 2021. Disponible en: <http://www.pegv.gva.es/auto/scpd/web/FICHAS/Fichas/03063.pdf>
119. Generalitat Valenciana. Conselleria de Economia Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo. Portal estadístico de la Generalitat Valenciana [Internet]. Ficha Municipal Yátova Edición 2021. Disponible en: <https://pegv.gva.es/auto/scpd/web/FICHAS/Fichas/46261.pdf>
120. Agencia Tributaria. Estadística de los declarantes de IRPF por municipios 2019 [internet]. Gobierno de España [consultado 30 noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.agenciatributaria.es/AEAT/Contenidos_Comunes/La_Agencia_Tributaria/Estadisticas/Publicaciones/sites/irpfmunicipios/2019/jrubik4f9ac63a34e55950831264cd51df1dc37cc09d25.html
121. Braun V, Clarke V. What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? Int J Qualitative Stud Health Well-being. 2014 Oct;9:26152. doi: 10.3402/qhw.v9.2615270.
122. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology, Qualitative Research in Psychology. 2006 Jan;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.

123. Guetterman TC, Feters MD, Creswell JW. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *Ann Fam Med*. 2015 Nov;13(6):554-61. Doi: 10.1370/afm.1865.
124. Vicepresidència Segona i Conselleria d'Habitatge i Arquitectura Bioclimàtica. Generalitat Valenciana. Observatorio del Hábitat y la Segregación Urbana. Visor de Espacios Urbanos Sensibles de la Comunitat Valenciana (VEUS) [Internet]. [Consultada 17 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://calab.es/observatorio-del-habitat/veus/>
125. Instituto Nacional de Estadística. Subdirección General de Estadísticas Sociodemográficas. Atlas de distribución de renta de los hogares (ADRH) [Internet]. [Consultada el 17 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://inespain.maps.arcgis.com/apps/MinimalGallery/index.html?appid=c8b41b2c471845afbc8f8eb20c54382e#>
126. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez De Contenido y Juicio De Expertos: Una Aproximación a Su Utilización. *Av en Medición* 2008 Jan;6:27-36. ISSN 1692-0023
127. Varela-Ruiz Margarita. Diaz-Bravo Laura. Rocío GD. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investig en Educ Médica*. 2012;1(2):90-5. doi: ISSN: 2008-5057
128. de Villiers MR, de Villiers PJ, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. *Med Teach*. 2005 Nov;27(7):639-43. doi: 10.1080/13611260500069947.
129. Ciocchetto A. Urbanismo para la vida cotidiana: herramientas de análisis y evaluación urbana a escala de barrio desde la perspectiva de género [tesis en internet]. Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2014 [consultado 14 mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/275979#page=1>
130. Gutiérrez Mozo ME. Introducción a la arquitectura y el urbanismo con perspectiva de género. *Feminismo/s*; 2011 Jun;17:9-22. doi:10.14198/fem.2011.17.01
131. Kleopa, D., Panayiotou, A., Kouta, C. et al. Profiling the variability and inequity in the residential environment in Cyprus according to citizens' ratings: a cross-sectional internet-based "Place Standard" survey. *BMC Public Health*. 2022 Feb;22:267. doi: 10.1186/s12889-022-12706-y.
132. Gjorgjev D, Dimovska M, Morris G, Howie J, Borota Popovska M, Topuzovska Latkovikj M. How Good Is our Place-Implementation of the Place Standard Tool in North Macedonia. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Dec;27;17(1):194. doi: 10.3390/ijerph17010194.
133. Olsen JR, Thornton L, Tregonning G, Mitchell R. Nationwide equity assessment of the 20-min neighbourhood in the scottish context: A socio-spatial proximity analysis of residential locations. *Soc Sci Med*. 2022 Dec; 315:115502. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.115502.
134. NHS Health Scotland. Place Standard process evaluation: learning from case studies in year one. Edinburgh: NHS Health Scotland, 2017.

135. Saénz C, Daher C, Hidalgo L, Nieuwenhuijsen. Vivienda y salud Características y condiciones de la vivienda. Barcelona: Diputación Barcelona, 2021. ISBN: 978-84-19091-12-3.
136. Rubio A (coord). Libro blanco de la vivienda – Comunitat Valenciana. Valencia: Instituto Valenciano de la Edificación, 2018. ISBN: 978-84-948821-7-3
137. Mercader-Moyano P, Flores-García M, Serrano-Jiménez A. Housing and neighbourhood diagnosis for ageing in place: Multidimensional Assessment System of the Built Environment (MASBE). Sustainable Cities and Society. 2020 Nov;62:102422. doi: 10.1016/j.scs.2020.102422.
138. Ros JM (coord). Despoblación rural: soluciones en el marco de la agenda urbana española. Madrid: Conarquitectura ediciones, 2021. ISBN: 978-84-120768-9-9.
139. Anguelovski I, Cole H, O'Neill E, Baró F, Kotsila P, Sekulova F, et al. Gentrification pathways and their health impacts on historically marginalized residents in Europe and North America: Global qualitative evidence from 14 cities. Health Place. 2021 Nov;72:102698. doi: 10.1016/j.healthplace.2021.102698.
140. Cole HVS, Mehdipanah R, Gullón P, Triguero-Mas M. Breaking Down and Building Up: Gentrification, Its drivers, and Urban Health Inequality. Curr Environ Health Rep. 2021 Mar;8(2):157-166. doi: 10.1007/s40572-021-00309-5.
141. Mehdipanah R, Marra G, Melis G, Gelormino E. Urban renewal, gentrification and health equity: a realist perspective. Eur J Public Health. 2018 Apr;28(2):243-248. doi: 10.1093/eurpub/ckx202.
142. Godovykh M, Ridderstaat J. Health outcomes of tourism development: A longitudinal study of the impact of tourism arrivals on residents' health. Journal of Destination Marketing & Management. 2020 Sep;17:100462. doi: 10.1016/j.jdmm.2020.100462.
143. Carvajal S. Impactos socioeconómicos y medio ambientales del turismo en España. Obs. Medioambient. 2021 Jan;23:243-288. doi: 10.5209/OBMD.73171.
144. Brooks C, Waterton E, Saul H, Renzaho A. Exploring the relationships between heritage tourism, sustainable community development and host communities' health and wellbeing: A systematic review. PLoS One. 2023 Mar;29;18(3):e0282319. doi: 10.1371/journal.pone.0282319.
145. Anton, CE, Lawrence C. Home is where the heart is: The effect of place of residence on place attachment and community participation. Journal of Environmental Psychology. 2014 Dec;40:451–461. doi: 10.1016/j.jenvp.2014.10.007.
146. Zisakou A, Figgou L. Integration, urban citizenship, and spatial aspects of (new) mobilities: Greek migrants' constructions of integration in European cities. Br J Soc Psychol. 2023 Oct;62(4):1654-1671. doi: 10.1111/bjso.12649.
147. Jones R, Heim D, Hunter S, Ellaway A. The relative influence of neighbourhood incivilities, cognitive social capital, club membership and individual characteristics on positive mental health. Health Place. 2014 Jul;28:187-93. doi: 10.1016/j.healthplace.2014.04.006.

148. Veitch J, Salmon J, Ball K. Children's Perceptions of the Use of Public Open Spaces for Active Free-play, *Children's Geographies*. 2007 Nov;5(4): 409-422. doi: 10.1080/14733280701631874
149. Aminzadeh K, Denny S, Utter J, Milfont TL, Ameratunga S, Teevale T, Clark T. Neighbourhood social capital and adolescent self-reported wellbeing in New Zealand: a multilevel analysis. *Soc Sci Med*. 2013 May;84:13-21. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.012.
150. Wee LE, Tsang TYY, Yi H, Toh SA, Lee GL, Yee J, Lee S, Oen K, Koh GCH. Loneliness amongst Low-Socioeconomic Status Elderly Singaporeans and its Association with Perceptions of the Neighbourhood Environment. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Mar;18;16(6):967. doi: 10.3390/ijerph16060967.
151. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. *Maturitas*. 2018 Jul;113:80-84. doi: 10.1016/j.maturitas.2018.04.014.
152. Nyqvist F, Victor CR, Forsman AK, Cattán M. The association between social capital and loneliness in different age groups: a population-based study in Western Finland. *BMC Public Health*. 2016 Jul;11;16:542. doi: 10.1186/s12889-016-3248-x.
153. Coll-Planas L, Del Valle Gómez G, Bonilla P, Masat T, Puig T, Monteserin R. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health Soc Care Community*. 2017 Jan;25(1):145-157. doi: 10.1111/hsc.12284.
154. Zhang X, Dong S. The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. *Acta Psychol (Amst)*. 2022 Jul;227:103616. doi: 10.1016/j.actpsy.2022.103616.
155. Luhmann M, Buecker S, Rüsberg M. Loneliness across time and space. *Nat Rev Psychol*. 2023;2(1):9-23. doi: 10.1038/s44159-022-00124-1.
156. Donaldson GH, João, EM. Using green infrastructure to add value and assist place-making in public realm developments, *Impact Assessment and Project Appraisal* 2019 Jul; 38:6:464-478. doi: 10.1080/14615517.2019.1648731.
157. Horgan D, Dimitrijević B. Frameworks for citizens participation in planning: From conversational to smart tools. *Sustainable Cities and Society*. 2019 Jul;48:101550. doi: 10.1016/j.scs.2019.101550.
158. Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, Pelikan JM, Sagy S, Eriksson M, et al. The Handbook of Salutogenesis (2nd edition) [Internet]. Springer International Publishing, 2022. Disponible en: <https://www.salutogenesi.org/dalla-letteratura-internazionale/the-handbook-of-salutogenesis-2nd-edition-2022>
159. Lewis S, Bambra C, Barnes A, Collins M, Egan M, Halliday E, et al. Reframing "participation" and "inclusion" in public health policy and practice to address health inequalities: Evidence from a major resident-led neighbourhood improvement initiative. *Health Soc Care Community*. 2019 Jan;27(1):199-206. doi: 10.1111/hsc.12640

160. González Alonso, J., Pazmiño Santacruz, M. Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert. Revista Publicando 2015, 2, p62-67. Disponible en: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-423821>
161. López-Aguado, M., Gutiérrez-Provecho, L. Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació 2019 Jun; 12(2):1–14. doi: 10.1344/reire2019.12.227057
162. Our Place, Sniffer, Sustainable Scotland Network, Architecture&Design Scotland, Place Standard with a Climate Lens [Internet]. Scotland: Our Place; 2023 [consultado 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.ourplace.scot/Place-Standard-Climate>
163. Tollmann P, Mekel O, Mensing M, Claßen T, Sammet T, Boos R, et al. Creating a German “StadtRaumMonitor” with a climate lens - The approach and design of the piloting, European Journal of Public Health. 2022 Oct;32:3. doi: 10.1093/eurpub/ckac129.360
164. Cofiño R, Prieto M, Hernán-García M. Comunitaria o barbarie. Tres niveles para la orientación comunitaria de la atención primaria [Community or barbarism. Community orientation of primary health care at three levels]. Gac Sanit. 2022 Oct;11;37:102254. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2022

Apéndices

Apéndice A: Artículo 1

Apéndice B: Artículo 2

Apéndice C: Artículo 3

Apéndice D: Artículo 4

Apéndice E: Ponencias relacionadas

Apéndice F: Becas y premios

Apéndice G: Glosario

Apéndice A: Artículo 1

Evaluación participativa del territorio con enfoque de equidad: adaptación y validación de la Place Standard al contexto español.

Autoría (P.O. Firma): Ocaña Ortiz A, Paredes-Carbonell JJ, Peiró Pérez R, Pérez Sanz E, Gea-Caballero V.

Cita: Ocaña Ortiz A, Paredes-Carbonell JJ, Peiró Pérez R, Pérez Sanz E, Gea Caballero V. Evaluación participativa del territorio con enfoque de equidad: adaptación y validación de la Place Standard al contexto español. Gac Sanit. 2022;36(4):360–7.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.03.006>

Original

Evaluación participativa del territorio con enfoque de equidad: adaptación y validación de la *Place Standard* al contexto españolAna Ocaña Ortiz^{a,b,c,d}, Joan Josep Paredes-Carbonell^{a,c,e,*}, Rosana Peiró Pérez^{a,d,f,g}, Elena Pérez Sanz^{a,f} y Vicente Gea Caballero^{h,i}^a Grupo de investigación Acción Local y Equidad en Salud (ALES), Fundación FISABIO, Generalitat Valenciana, Valencia, España^b Centro de Salud Pública de Gandía, Departamento de Salud de Gandía, Gandía, Valencia, España^c Grupo PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria) de la Comunitat Valenciana, Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària (SoVaMFIC), Valencia, España^d Departament d'Infermeria, Universitat de València, Valencia, España^e Departamento de Salud de La Ribera, Alzira, Valencia, España^f Oficina Valenciana d'Acció Comunitària per a la Salut, Direcció General de Salut Pública i Addiccions, Generalitat Valenciana, Valencia, España^g CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España^h Escuela de Enfermería La Fe, Centro Adscrito a la Universidad de Valencia, Valencia, Españaⁱ Grupo de Investigación Arte y Ciencia del Cuidado (GREIACC), Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de diciembre de 2020

Aceptado el 23 de marzo de 2021

On-line el 10 de mayo de 2021

Palabras clave:

Promoción de la salud

Salud urbana

Determinantes sociales

Equidad

Participación de la comunidad

Encuestas y cuestionarios

RESUMEN

Objetivo: Traducir, adaptar culturalmente y validar al español la herramienta *Place Standard*, un instrumento para la evaluación participativa de los entornos en el ámbito local.**Método:** Se utilizó el método de traducción-retrotraducción para obtener una versión adaptada del instrumento original *Place Standard*. La versión traducida fue consolidada por un comité multidisciplinario de personas expertas y se validó mediante técnica Delphi.**Resultados:** Se obtuvo el instrumento *Entornos de Vida*, compuesto por 14 dimensiones y 99 ítems. El 21% de los ítems presentó dificultad semántica de traducción. En el panel de personas expertas se obtuvo consenso total en el 72% de los ítems. El análisis temático produjo ajustes de redacción, enfoque y organización de los ítems, y la clarificación y la inclusión de nuevas preguntas y reformulaciones adaptadas al contexto español.**Conclusiones:** La validación del instrumento *Entornos de Vida* permitirá evaluar los territorios de manera participativa, equitativa y enfocada en los determinantes sociales de la salud. Su aplicación en escenarios que cuenten con procesos de acción local en salud favorecerá la práctica metodológica en promoción de la salud y equidad. Situar la mirada y la acción en los contextos físicos y socioeconómicos ayudará a conocer cómo afectan el territorio y las políticas municipales a la salud y el bienestar.© 2021 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).Participatory evaluation in place-based communities: adapting and validating the *Place Standard* tool to Spanish context

ABSTRACT

Objective: Translation and cross-cultural adaptation to the Spanish context of the *Place Standard* tool to undertake participatory evaluations in place-based communities.**Method:** A back-translation method was used to obtain an adapted version of the original *Place Standard* tool. The translated version was reviewed by a multidisciplinary committee of experts and validated using the Delphi method.**Results:** The final version of the adapted *Place Standards* tool (*Entornos de Vida* in Spanish) consists of 14 dimensions and 99 items. 21% of the items presented semantic difficulties during the translation. Total consensus through the Delphi panel was reached on 72% of the items. The analysis resulted in changes to the wording, and organization of the items, and the inclusion of new or modified questions to reflect the characteristics of the Spanish context.**Conclusions:** The validation of the *Entornos de Vida* tool will enable the evaluation of place-based communities characteristics/physical and socio-economic contexts in a participatory and equitable manner that focuses on social determinants of health. Its application in scenarios that take into account processes

Keywords:

Health promotion

Urban health

Social determinants

Equity

Community participation

Surveys and questionnaires

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paredes.joa@gva.es (J.J. Paredes-Carbonell).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.03.006>0213-9111/© 2021 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

of local health action will support the practice of health promotion and equity, and centre the attention and action on the physical and socio-economic contexts with the aim to learn how places and municipal policies can affect health and well-being.

© 2021 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los gobiernos municipales son de vital importancia en el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la equidad en el ámbito local por sus competencias en la actuación sobre áreas como la vivienda y la planificación urbana, el transporte, la calidad del aire, la seguridad vial, los espacios verdes y los servicios públicos. Aunque están limitados en el abordaje de los determinantes estructurales, son instituciones capaces de favorecer acciones y procesos administrativos, legislativos y de planificación que inciden de manera positiva en las condiciones de vida de quienes habitan sus municipios¹.

Los entornos son los espacios de convivencia donde se expresan los factores que condicionan la salud². Se ha evidenciado la asociación entre el entorno y la salud y el bienestar, y se han identificado los determinantes sociales que favorecen las desigualdades en salud en los pueblos y las ciudades: el contexto físico y el socioeconómico³. De la organización y la gestión de estos factores dependerán la salud y la magnitud de las desigualdades en salud que se desarrollen, definidas como el resultado de las diferencias de oportunidades en relación con la salud y distribuidas en función de la clase social, el sexo, el país de origen, el territorio y la edad⁴.

Intervenir en el ámbito local sobre los determinantes sociales requiere un enfoque de salud y equidad en todas las políticas, más allá del entorno sanitario, que promueva la participación de la ciudadanía en las actuaciones sobre su salud y bienestar⁵. Esto ha llevado a que en los últimos años se hayan desarrollado diferentes instrumentos de evaluación de entornos^{6,7}, pero muchos de ellos están enfocados únicamente a los aspectos físicos, cuentan con escasa participación ciudadana y se limitan a la recolección de datos⁸.

En 2015, el gobierno escocés inició la implementación nacional de la herramienta *Place Standard* (PST)⁹ con objeto de abordar los determinantes de las desigualdades en salud a partir de una estrategia combinada de participación comunitaria e intervención en los entornos. Esta herramienta evalúa los aspectos físicos, sociales y económicos del territorio, trasladando la compleja relación entre la salud y los entornos a un cuestionario capaz de recoger de manera cuantitativa y cualitativa el significado que estos tienen para las personas que los habitan, visibilizando la percepción de cómo los determinantes afectan de modo desigual a territorios o colectivos concretos.

La PST está diseñada para promover una conversación estructurada entre la persona entrevistadora y la vecina o el vecino, de manera individual o grupal, con el fin de evaluar el territorio y explorar las fortalezas y las debilidades que ofrece en la producción de salud y bienestar. La herramienta se estructura en 14 dimensiones conectadas transversalmente. Cada dimensión consta de una pregunta principal, una breve explicación y varias preguntas destinadas a reflexionar con mayor profundidad sobre ella. Para cada dimensión se identifican las ideas clave que la caracterizan y se le otorga una puntuación de 1 a 7, siendo 1 la valoración menos favorable y 7 la más favorable. A continuación, se elaboran propuestas dirigidas a mejorar las áreas más deficientes. Al finalizar la evaluación, la puntuación se traslada a un diagrama en tela de araña en el que se muestra gráficamente qué dimensiones requieren un abordaje prioritario (fig. 1). Las ideas clave, las observaciones y las propuestas se transcriben en un espacio del cuestionario destinado a este fin. La discusión, los comentarios grupales recogidos durante

la evaluación y las reflexiones individuales anotadas conforman los resultados cualitativos de la herramienta.

El hecho de no disponer de métodos para conocer y mejorar nuestros escenarios de vida hace que esta herramienta, con perspectiva intersectorial, de equidad y participativa, sea esencial. Aunque se han elaborado adaptaciones en otros contextos culturales (Holanda, Alemania, Turquía, Dinamarca, Lituania, Letonia, Macedonia)¹⁰, en ninguno de ellos se ha desarrollado un estudio de validación. Así mismo, tampoco se había realizado ninguna traducción y adaptación al español. Es evidente la necesidad de disponer de un instrumento como la PST adaptada y validada a cada contexto sociocultural, por lo que el objetivo de este estudio fue realizar la traducción, la adaptación cultural y la validación de contenido de la PST al español.

Método

Diseño

Estudio transversal de validación y adaptación cultural de la herramienta PST, realizado entre septiembre de 2019 y septiembre de 2020.

Procedimiento

Tras obtener autorización para el uso de la PST⁹, se llevó a cabo su traducción, adaptación cultural y validación siguiendo las recomendaciones metodológicas internacionales para la adaptación de instrumentos^{11–13}. Se hizo en tres etapas (fig. 2): 1) traducción y adaptación cultural; 2) consolidación por comité multidisciplinario; y 3) validación mediante técnica de consenso Delphi.

Traducción y adaptación lingüística

Dos traductoras bilingües independientes, con el español como lengua materna, realizaron una traducción conceptual y ajustada al lenguaje coloquial. Cada traductora emitió una versión traducida y un informe indicando las dificultades de traducción. El equipo de investigación elaboró la versión de síntesis en español de ambas versiones y esta fue retrotraducida al inglés por dos traductores profesionales bilingües, cuya lengua materna era el inglés y no contaban con información previa de los objetivos del estudio ni conocimientos sobre el tema. Las dos traducciones independientes resultantes se compararon con el cuestionario original en términos de equivalencia semántica y se desarrolló una versión de consenso. Tras ser revisada y conformada por sus traductores, se denominó «versión traducida».

Consolidación mediante un comité multidisciplinario de personas expertas

Se constituyó un comité multidisciplinario formado por el equipo investigador, profesionales lingüistas y profesionales con experiencia en promoción de la salud y en metodologías participativas. Estaba compuesto por seis mujeres y cuatro hombres: cuatro médicos/as, dos enfermeras, un sociólogo, una psicóloga, una traductora y una periodista. El objetivo del comité era alcanzar el mayor grado de equivalencia entre el cuestionario original

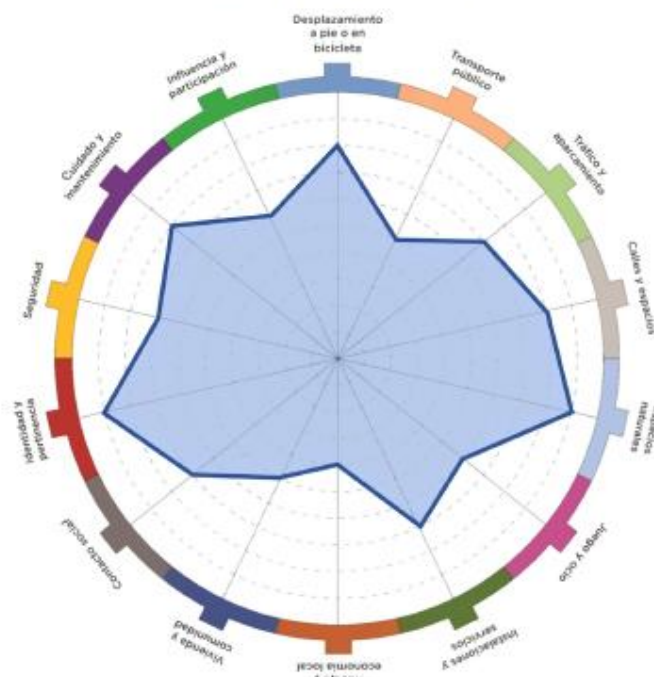


Figura 1. Diagrama en tela de araña.

Figura 2. Fases del proceso de traducción, adaptación cultural y validación de la herramienta Place Standard al español. (Elaboración propia basada en Ramada et al.¹³).

y el traducido en las áreas semántica, idiomática, experiencial y conceptual¹³, para elaborar la versión consolidada adaptada al español.

Validación mediante técnica de consenso Delphi

Para evaluar la validez de contenido se empleó el método Delphi^{14,15}. El panel estuvo formado por 11 personas expertas

(nueve mujeres y dos hombres) de los campos de la medicina, la enfermería, la psicología, el trabajo social, la antropología, la farmacia y la veterinaria, seleccionadas por su experiencia profesional y científica en los campos de promoción de la salud y la equidad, y de composición distinta al comité de personas expertas multidisciplinario previo. En el momento del estudio desarrollaban su actividad laboral en servicios regionales de promoción de la salud y en proyectos de investigación relacionados con la salud comunitaria en

Andalucía, Asturias, Comunidad de Madrid, Comunitat Valenciana, Islas Baleares, Navarra y el País Vasco. Se diseñó un panel diversificado territorialmente para alcanzar el mayor grado de heterogeneidad entre participantes y limitar los sesgos de información.

El proceso iterativo se llevó a cabo mediante dos consultas anónimas y una exposición final de resultados. En la primera se remitió por correo electrónico la información relacionada con el cuestionario, el proceso de la consulta y el análisis de los comentarios y de los puntajes obtenidos. Se envió una planilla diseñada para evaluar cada uno de los ítems de la herramienta, agrupados en las 14 dimensiones de evaluación, en términos de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, mediante una escala Likert de cuatro categorías (véase el *Apéndice 1 on line*). Además de la valoración cuantitativa, la planilla de respuestas contaba con un campo para cada ítem y dimensión donde incluir las argumentaciones que justificaban la puntuación y el razonamiento sobre la necesidad de eliminar o añadir nuevos ítems.

Tras analizar los resultados de la primera consulta, se determinó el grado de acuerdo y desacuerdo para cada ítem y se elaboró un análisis de contenido de los datos cualitativos recogidos, con el objetivo de ahondar en las alternativas aportadas. El nivel y el tipo de consenso se definieron en función de las puntuaciones y del número de acuerdos o desacuerdos en ellas, con el fin de analizar los ítems con alto grado tanto de consenso como de disenso¹⁶, pero sin renunciar a conseguir una convergencia final entre las personas participantes. Se consideró un grado de acuerdo total una puntuación de 4 por todas las personas evaluadoras; acuerdo suficiente, la asignación de 3 o 4 puntos por parte de siete o más participantes; desacuerdo total, la puntuación de 1 punto por todas las personas participantes; y desacuerdo suficiente, las puntuaciones de 1 o 2 puntos por parte de dos o más participantes. Las observaciones, los comentarios y las propuestas incluidas en cada ítem que sustentaron los principales argumentos de consenso y disenso entre participantes constituyeron la información sobre la que se realizó el análisis de contenido.

En la siguiente consulta se envió la síntesis del resultado de la consulta anterior, incluyendo la argumentación de aquellos ítems o dimensiones que generaron mayor controversia y las propuestas de modificación, supresión o adición de ítems en la herramienta. También se invitó a realizar nuevos comentarios y argumentaciones sobre las propuestas de cambio. Tras la exposición final de resultados se recogieron las devoluciones y se emitió la versión final del instrumento.

Consideraciones éticas

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València (procedimiento n.º 1208176). Todas las personas participantes fueron informadas de los objetivos del estudio y firmaron el consentimiento informado previamente. El estudio respeta las legislaciones europea y española de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018).

Resultados

Traducción y adaptación cultural

Se tradujo el instrumento completo, compuesto por 100 ítems, incluyendo el título, la descripción, la pregunta principal y las preguntas para la reflexión de cada una de las 14 dimensiones, así como el nombre de la herramienta.

Las dificultades de traducción y adaptación constituyeron los resultados del análisis de equivalencias semánticas, idiomáticas, experienciales y conceptuales (tabla 1). El 21% de los ítems

presentaron dificultad semántica de traducción. El nombre de la herramienta se tradujo como *Entornos de vida* para incluir los conceptos de entorno-contexto y el lugar donde se desarrolla la vida de las personas.

Validación mediante técnica de consenso Delphi

El panel de personas expertas formuló 387 comentarios, distribuidos de manera uniforme entre las 14 dimensiones, siendo ligeramente más comentada la de *Transporte público*, con el 11% del total, y las que tuvieron menos aportaciones *Identidad y pertenencia* y *Seguridad*, con un 3,8% cada una.

Los resultados de la valoración cuantitativa mostraron que en más del 72% de los ítems existía un grado total de consenso en términos de coherencia y relevancia, y en más de un 75% un grado suficiente de acuerdo en las categorías de suficiencia y claridad (tabla 2). La relevancia del ítem y su claridad fueron las categorías en las que más desacuerdos se produjeron. Las dimensiones que acapararon la mayoría de los disensos fueron *Calles y espacios*, *Espacios naturales*, *Juego y ocio*, *Vivienda y comunidad* y *Contacto social*. Es destacable que el mayor grado de desacuerdo alcanzado se produjo en la categoría de claridad en las preguntas «¿Todo el mundo puede permitirse el transporte público?», «Las instalaciones y servicios, ¿se aprovechan al máximo para favorecer estilos de vida saludables?», «¿La vivienda está considerada como algo positivo?», «¿Qué tipo de espacios ofrecen oportunidades para relacionarse con otras personas?». Las preguntas evaluadas como menos coherentes, relevantes y claras fueron «¿Crees que estos espacios naturales seguirán siendo utilizados en el futuro?», «¿Los lugares e instalaciones para niños y niñas estimulan e incentivan la superación personal y contribuyen a aumentar la confianza en sí mismas/os?».

En el análisis de contenido temático se identificaron aspectos que afectaban transversalmente a varias dimensiones o a la totalidad del cuestionario, y se clasificaron en cuatro categorías (tabla 3).

Como resultado del análisis, la versión final de la herramienta tuvo 99 ítems. Se añadieron ocho preguntas y se eliminaron nueve, siendo las dimensiones de *Espacios naturales*, *Vivienda y comunidad* y *Seguridad* las que más cambios incorporaron. Se trasladaron al cuestionario las modificaciones cualitativas consensuadas, generando cambios en todas las dimensiones evaluadas (tabla 4).

Herramienta

La versión final de la herramienta (véase el *Apéndice 2 on line*) consta de una introducción y explicación sobre cómo utilizarla. Incorpora un diagrama de araña al que se trasladan los resultados (fig. 1) una vez finalizada la evaluación individual o grupal. La escala de puntuación de cada dimensión pasó de 1 a 7 de la versión escocesa a de 1 a 10 en la versión española, por consenso total entre el comité de personas expertas para adaptarla a la calificación académica habitual en España.

Discusión

En este estudio se ha logrado traducir, adaptar culturalmente y validar la herramienta PST al español. Mediante métodos cualitativos se ha obtenido un cuestionario adaptado al contexto sociocultural español de 14 dimensiones y 99 ítems, que permitirá conocer en profundidad la calidad de los entornos físicos y socioeconómicos en estudio. Esta herramienta se ha conseguido con un proceso metodológico en el que han participado personas expertas en el objeto de estudio, realizando además una validación de contenido que permite confiar en la validez y la adecuación del cuestionario final.

El panel de personas expertas contó con la participación suficiente^{14,17} de profesionales de diferentes perfiles y zonas

Tabla 1
Dificultades y resolución de las equivalencias analizadas en la fase de traducción y adaptación cultural

Tipo de equivalencia	Principales dificultades identificadas en la traducción y adaptación lingüística
Semántica	Múltiples significados de una misma palabra o formulación: • <i>Place</i>: varios significados en función del contexto (entorno, contexto, lugar). • <i>Getting around</i>: desplazamiento o movilidad. • <i>Routes</i>: rutas señalizadas e identificadas o trayecto libre e indefinido. • <i>Community</i>: comunidad, población o personas que viven en un barrio o municipio. • <i>Safe and secure</i>: aspectos objetivos relacionados con la seguridad, diferenciando de la sensación de seguridad personal (<i>feelingsave</i>). • <i>Play and recreation</i>: juego y recreación, esparcimiento, ocio, diversión.
Idiomática	Formas de cortesía: tú o usted. Traducciones literales y formalismos: • «<i>Variedad suficiente</i>» por «¿Puedes disfrutar de...?», «¿Hay suficiente...?» • «<i>Tener oportunidades para el juego y la recreación</i>» por «Poder realizar actividades de ocio y esparcimientos». • «<i>Los niños son capaces de desafiarse a sí mismos y construir su confianza mientras juegan</i>» por «¿Los lugares e instalaciones para niños y niñas estimulan e incentivan la superación personal y contribuyen a aumentar la confianza en sí mismas/os» (pregunta finalmente eliminada en la fase de validación). • «<i>Son explotados al máximo para favorecer un estilo de vida saludable</i>» por «¿Los servicios de tu barrio o municipio favorecen la alimentación saludable, la actividad física y las relaciones sociales?» (pregunta reformulada en la fase de validación). • «<i>Desplazarse de manera segura</i>» por «¿El transporte público es seguro?» • «<i>Responde a las necesidades de su comunidad</i>» por «¿Satisface las necesidades de la población?» «Responde a las necesidades de todas las personas del barrio o municipio». • «<i>Los trabajos de buena calidad ofrecen importantes beneficios a través del salario, la actividad, el contacto social, el sentido de identidad y la satisfacción laboral. Una próspera actividad económica local puede aportar oportunidades de trabajo y ayudar a crear lugares animados donde las personas quieran pasar el tiempo</i>» por «Los beneficios de un buen empleo, como un salario adecuado, el tipo de actividad desarrollada, las relaciones sociales o la realización personal, promueven la salud y el bienestar». • «<i>Existen oportunidades para que las personas adquieran habilidades para el trabajo, tales como educación, cursos, prácticas o voluntariado</i>» por «¿Hay diferentes oportunidades para que las personas adquieran habilidades para trabajar (como módulos o actividades formativas, escuelas de formación profesional, convenios con sectores económicos o empresas, prácticas...)?» • «<i>Posee este lugar una identidad positiva y siento que pertenezco a él</i>» por «¿Tu barrio o municipio tiene una identidad positiva y sientes que perteneces o que puedes pertenecer a él?» • «<i>Existen diversos tipos de espacios y oportunidades para relacionarse con gente</i>» por «¿Hay oportunidad y variedad suficiente de espacios y actividades para relacionarse con otras personas en tu barrio o municipio?» • «<i>Los tipos de viviendas están acordes unos con otros</i>» (pregunta eliminada en la fase de validación por baja relevancia).
Experiencial	Preguntas o expresiones con ausencia o mínima equivalencia cultural que requirieron adaptación a nuestro medio: • «<i>Instalaciones o servicios de relajación</i>» (expresión eliminada en la fase de validación). • «<i>Las rutas o elementos característicos facilitan que la gente se ubique más fácilmente</i>» (pregunta eliminada en la fase de validación). • «<i>Existen diferentes tipos de viviendas disponibles para diferentes tamaños de familias</i>» por «¿El tamaño de las viviendas se adapta al tamaño o al tipo de las familias que las habitan?» • «<i>El espacio natural seguirá satisfaciendo las necesidades de la gente en el futuro</i>» (pregunta eliminada en la fase de validación). • «<i>Existe una asociación de vecinos/as implicada y efectiva</i>» (pregunta eliminada; se incluye explícitamente en las dimensiones de cuidado y mantenimiento de un barrio o municipio y de influencia y participación).
Conceptual	Ítems con dificultad de adaptación contextual: • <i>Places</i>: entorno, contexto, lugar. • <i>Community</i>: comunidad, población o personas que viven en un barrio o municipio. • <i>Getting around</i>: moverse, desplazarse, transitar de un lugar a otro. • <i>Good-quality, attractive, pleasant</i>: de buena calidad, en buen estado, idóneo, agradable, placentero, satisfactorio. • «<i>To move around safely can help people to get the most out of a place</i>» por «sacarle partido al lugar, aprovechar el lugar». • «<i>Meet the community's needs</i>» por «responde a las necesidades de la comunidad», «de las personas que viven en el barrio», «satisface las necesidades». • «<i>Is parking in a safe and secure location</i>» por «¿Las zonas de estacionamiento o los aparcamientos son seguros?». • «<i>Are children able to challenge themselves and build their confidence while playing</i>» por «¿Los niños son capaces de desafiarse ellos mismos y construir su confianza mientras juegan?». • «<i>Are the facilities and amenities being used to their full potential to help to support a healthy lifestyle</i>» por «¿Favorecen tener un estilo de vida saludable?». • «<i>Do the different housing types work well with one another</i>» por «¿Los tipos de viviendas están acordes unos con otros?». • «<i>Do local community services or groups allow people to get involved</i>» por «¿Los servicios o grupos comunitarios locales permiten que la gente se involucre?».

Tabla 2
Grado de consenso y disenso por categorías de evaluación

	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad
Porcentaje de ítems con acuerdo total (4 puntos por todas/os participantes)	21,24	73,68	72,32	15,04
Porcentaje de ítems con acuerdo suficiente (3 y 4 puntos por ≥7 participantes)	76,11	24,56	20,54	75,22
Porcentaje de ítems con desacuerdo total (1 punto por todas/os participantes)	0	0	0	0
Porcentaje de ítems con desacuerdo suficiente (1 y 2 puntos por ≥2 participantes)	2,65	1,75	7,14	9,73

geográficas heterogéneas, que aportaron diversidad de miradas ante un instrumento complejo, tanto por lo que pretende evaluar como por su naturaleza subjetiva. El alto grado de consenso alcanzado tras la primera consulta, mayor del 72% en todas las

dimensiones y subdimensiones, otorgó un nivel de confiabilidad satisfactorio al estudio¹⁸.

La modificación más relevante introducida fue la de la escala de valoración, pasando de puntuar de 1 a 7 a de 1 a 10. Este cambio,

Tabla 3
Análisis de contenido temático

Categoría	Modificaciones transversales
Comunicación: estilo de comunicación y lenguaje	Incorporar un lenguaje más coloquial. Utilizar el tuteo como forma de trato. Formular mediante preguntas abiertas para favorecer la conversación.
Enfoque y organización: enfoque del cuestionario y organización de ítems	Incluir la expresión «en tu barrio o municipio» en función del territorio a evaluar. Orientación hacia la evaluación del entorno, identificando las ideas clave que caracterizan un lugar que favorece la salud y el bienestar. Se incluyen preguntas sobre Seguridad en diversas dimensiones. Se podría evaluar con mayor facilidad esta dimensión si se agruparan en la dimensión diseñada al efecto. Las dimensiones Trabajo y economía local, Juego y ocio e Identidad y pertenencia pueden dar lugar a confusión en la evaluación por barrios, por comprender actividades que en ocasiones no se realizan en el barrio de residencia. La puntuación global de dimensiones que incluyen dos subdimensiones, como Desplazamiento a pie o en bicicleta, Tráfico y aparcamiento e Influencia y participación, puede verse dificultada.
Clarificación: ejemplificación y explicación de términos	Clarificar términos como «suficientes», «agradables», «satisfactorios», «saludables», «accesibles», «asequibles» o «elementos positivos». Explorar las dificultades de movilidad y autonomía y las barreras a la accesibilidad (arquitectónicas, económicas, administrativas). Ejemplificar barreras y elementos favorecedores en las preguntas en que se utilice esta formulación, para facilitar la comprensión de la pregunta. Ejemplificar estructuras y procesos de participación.
Nuevos elementos: inclusión de preguntas o reformulaciones adaptadas al contexto de uso	Incorporar elementos relacionados con el clima en España, como zonas de sombra, fuentes, zonas de bancos. Incluir de manera explícita la actividad física, la cultura y la dinamización de los espacios. Añadir preguntas que exploren fenómenos relacionados con la vivienda en España: gentrificación, «guetificación», alquiler turístico. Incluir el concepto de transparencia de acciones y decisiones políticas. Incorporar la perspectiva de género incluyéndola específicamente en las dimensiones Desplazamiento, Transporte público, Trabajo y economía local, Cuidado y mantenimiento, Seguridad, Juego y ocio, Calles y espacios, y Servicios.

a pesar de que puede dificultar la comparación de los resultados obtenidos por otras adaptaciones que hayan mantenido el sistema original, se introdujo para facilitar la evaluación de cada dimensión por su similitud con el sistema de calificación escolar vigente en España. Asimismo, se incluyeron preguntas específicas sobre las actividades culturales y la actividad física, con el fin de explorar con mayor profundidad en qué medida el entorno favorecía el acceso a las prácticas y los comportamientos saludables.

A pesar de que algunas dimensiones, como *Desplazamiento a pie o en bicicleta* o *Tráfico y aparcamiento*, estaban formadas por dos subdimensiones bien diferenciadas, se mantuvo la estructura de 14 dimensiones con objeto de preservar la estructura inicial y poner en valor el fin de la herramienta original: generar conversaciones en torno a un territorio concreto. Asimismo, se asumió que, en función de las características del territorio que se fuera a evaluar, podría darse la situación en que no se pudieran valorar todas las dimensiones, por ser unas más específicas de barrios, como *Vivienda* o *Seguridad*, y otras generales o de ámbito municipal, como *Empleo* y *Economía local*.

La perspectiva de género se introdujo mediante la inclusión de preguntas que permitieran obtener datos segregados y explorar las diferencias de género¹⁹ en relación con la planificación urbana, las redes de equipamiento y los servicios y las redes de movilidad y relaciones. Aplicar la perspectiva de género en la identificación de fortalezas y debilidades de un entorno posibilita evaluar territorios y diseñar acciones que favorezcan atender necesidades diferenciadas, abordando las desigualdades resultantes del ordenamiento urbanístico, social y económico²⁰.

La conocida relación del entorno físico construido o social de los barrios y municipios con la salud²¹ ha fomentado el desarrollo de numerosas herramientas para evaluar entornos, aunque con frecuencia estas se enfocan en el entorno construido y tienen su punto de partida en evaluar un problema de salud o los estilos de vida^{6,22–24}. La mayoría de estas herramientas carecen de un enfoque participativo en el que la ciudadanía se implique activamente en la definición de necesidades, la recolección de datos y su análisis e interpretación⁸.

En el proceso de realizar análisis participativos de la situación de salud en el ámbito local resulta clave contar con herramientas que faciliten la participación de la ciudadanía en la identificación de necesidades y prioridades locales²⁵. Gracias a este estudio se puede contar con una herramienta sencilla para realizar análisis de la situación de salud de territorios concretos, basados en los conocimientos y las experiencias de la comunidad local. El enfoque cualitativo de la herramienta permite no solo recoger las percepciones de las oportunidades y las barreras que ofrece el entorno para la salud, sino también cómo orientar las políticas e inversiones hacia la acción local en salud.

Como limitación del estudio cabe señalar que el final del proceso de validación coincidió con la pandemia de COVID-19, y disminuyó la tasa de respuesta a la exposición final de resultados por parte de las personas expertas participantes. Por otro lado, aunque la metodología seguida permite alcanzar los objetivos principales, la inclusión en el panel de personas expertas de disciplinas relacionadas con los contextos físicos y económicos habría favorecido un tratamiento complementario de las dimensiones relacionadas. Asimismo, a pesar de que la herramienta es muy exhaustiva, no aborda todos los determinantes sociales. En estudios posteriores deberá explorarse la necesidad de incluir otros factores condicionantes de la salud y de personas expertas afines a todas las dimensiones abordadas.

Para situar no solo la mirada, sino también la acción, en los contextos físicos y socioeconómicos, se requieren metodologías cualitativas que permitan profundizar en los aspectos sociales, geográficos, económicos y culturales de los barrios y municipios que faciliten conocer cómo afectan el territorio y las políticas municipales a la salud y el bienestar. En España no existen instrumentos participativos específicamente diseñados para evaluar los entornos con enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad. Contar con *Entornos de Vida*, una herramienta traducida, adaptada y validada al español, puede facilitar la elaboración participativa de análisis de situación de salud de los barrios, los municipios e incluso las zonas básicas de salud de atención primaria. El reto inmediato es testar y evaluar la herramienta en escenarios reales para aplicarla

Tabla 4

Modificaciones realizadas tras el proceso de validación del cuestionario

Dimensión	Descripción de los cambios realizados
Desplazamiento a pie o en bicicleta	La palabra «ruta» se sustituye por «trayecto». Se añaden ejemplos de rutas o zonas específicas para caminar o ir en bicicleta para facilitar la claridad de la pregunta, discriminando entre ruta señalizada o diseñada, más relacionada con los espacios naturales. Se incluyen elementos que favorecen o dificultan el desplazamiento para facilitar la reflexión (señalización, bordillos, sombra, bancos, tráfico...). Se incluyen la movilidad y las barreras arquitectónicas de manera específica. Se mantienen unidos caminar y montar en bicicleta bajo el ítem de desplazamiento, a pesar de la dificultad que comprende valorar globalmente dos actividades que pueden tener evaluaciones muy distintas. La pregunta relacionada con la seguridad se incluye en esa dimensión.
Transporte público	Se define más lo que incluye el transporte público. Se diferencia entre accesibilidad física y geográfica y accesibilidad económica. Se reformulan preguntas para atender a las necesidades de transporte por género y asociadas a la movilidad personal y la actividad reproductiva.
Tráfico y aparcamiento	Se reordenan preguntas para diferenciar entre tráfico y aparcamiento. Se incrementan las preguntas sobre medidas de mejora y su impacto (puesta en marcha y propuestas).
Calles y espacios	Se orienta hacia la calidad del entorno construido. Se eliminan aspectos de mantenimiento, abordados específicamente en la dimensión Cuidado y mantenimiento.
Espacios naturales	Se ejemplifica qué es un espacio natural de manera más clara, añadiendo las playas y eliminando las calles con árboles. Se ejemplifica qué es un espacio natural agradable y accesible. Se eliminan tres preguntas relacionadas con la accesibilidad y los usos futuros por escasas coherencia, relevancia y claridad.
Juego y ocio	Se utiliza menos la palabra «juego» por su connotación ligada al juego de apuestas. Se incluyen explícitamente la actividad física, el ocio activo y la cultura como actividades de juego, ocio y esparcimiento. La accesibilidad se relaciona con la capacidad del uso y disfrute de las actividades e instalaciones.
Servicios	Se elimina el concepto de «instalaciones» y se incluye únicamente «servicios». Se incluyen ejemplos de servicios de nuestro contexto (actividad física, ocio, cultura, relaciones sociales, bibliotecas...). Se añade el nivel económico como barrera de acceso y se pregunta sobre la existencia de servicios dirigidos a poblaciones específicas. Se incluye la conexión del transporte público con los servicios. Se ejemplifica «un estilo de vida saludable» en cuanto a disponibilidad de servicios que favorezcan la alimentación saludable, la actividad física y las relaciones sociales.
Trabajo y economía local	Se orienta a explorar si las características del barrio o municipio favorecen la creación de empleo, la formación laboral y conseguir un empleo.
Vivienda y comunidad	En la descripción de la dimensión se incluyen características de las viviendas que se relacionan con la salud y el bienestar, como su dimensión, aislamiento, seguridad o accesibilidad. Se reorienta la dimensión a explorar la calidad de las viviendas (aislamiento, mantenimiento, seguridad, accesibilidad), al tipo de adquisición y a explorar dificultades de acceso. Se incluyen la gentrificación, la «turistificación» y la «guetificación» de los barrios como fenómenos que pueden dificultar el acceso o el mantenimiento de la vivienda. Se incluyen preguntas relacionadas con la convivencia en el barrio o la comunidad.
Contacto social	Las preguntas de reflexión se reorientan a explorar con qué espacios y actividades se cuenta que favorezcan las relaciones sociales. Se incluyen preguntas relacionadas con la identificación de espacios o programas concretos para grupos específicos de población y el grado de integración que favorecen.
Identidad y pertenencia	Se explora de forma más específica si se favorece la integración en el barrio.
Seguridad	Las preguntas se orientan a la percepción de seguridad, a identificar los espacios donde pueda verse comprometida la seguridad personal y a las medidas puestas en marcha para garantizarla (como presencia policial, iluminación, vigilancia...). Se incluyen las preguntas sobre seguridad eliminadas de otras dimensiones (desplazamiento, espacios naturales, servicios).
Cuidado y mantenimiento	Se añaden ejemplos de cuidado y mantenimiento (como arreglo de desperfectos, papeleras suficientes, limpieza) para aumentar la claridad de las preguntas.
Influencia y participación	Las preguntas se reorientan a explorar los mecanismos que favorecen la participación, el conocimiento de los canales de participación y difusión, y la accesibilidad a la misma. Se incluyen preguntas sobre procesos participativos y estructuras u órganos de participación activos. Se incluyen preguntas sobre el fomento de la participación.

en procesos de acción local en salud, demostrando su utilidad real y aportando a la práctica metodológica en promoción de la salud y equidad.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez Dardet.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La salud de los barrios y municipios está determinada por sus características físicas, sociales y económicas. En estos espacios de convivencia es donde se expresan los factores que condicionan la salud y el bienestar de quienes viven en ellos. El abordaje de las desigualdades en salud en el ámbito local requiere actuaciones intersectoriales, participativas y con enfoque de equidad y de determinantes sociales. En España no existen herramientas participativas específicamente diseñadas para evaluar los entornos con enfoque de determinantes sociales y equidad.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La adaptación al contexto español y la validación de un instrumento de evaluación participativa de los barrios y municipios. *Entornos de Vida* facilita conocer cómo afectan el territorio y las políticas municipales a la salud y el bienestar. Su aplicación como punto de partida en acciones locales de salud puede favorecer actuaciones centradas en el territorio y en las necesidades de la comunidad.

Contribuciones de autoría

Concepción y diseño del estudio: A. Ocaña, R. Peiró-Pérez, J.J. Paredes-Carbonell y E. Pérez-Sanz. Recogida de datos: A. Ocaña. Análisis e interpretación de los datos: A. Ocaña, R. Peiró-Pérez y V. Gea-Caballero. Escritura del artículo: A. Ocaña. Revisión crítica del artículo: J.J. Paredes-Carbonell, V. Gea-Caballero, R. Peiró-Pérez y E. Pérez-Sanz. La versión definitiva del artículo cuenta con la aprobación de todas las personas autoras.

Agradecimientos

Las personas autoras manifiestan su agradecimiento a John Howie, del NHS Scotland, y a Kat Hasler, del Planning & Architecture Scottish Government, por la autorización del uso de la herramienta *Place Standard* para su adaptación al español, y a la Joint Action Health Equity Europe 2014–2020, especialmente a Christina Plantz y a las personas participantes en el Work Package 6: Living Environments, por facilitar el intercambio de experiencias que nos permitió conocer esta herramienta.

Financiación

Este estudio cuenta con financiación procedente de la Joint Action Health Equity Europe (The Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency [CHAFAEA], por delegación de la Comisión Europea), grant agreement number 801600-JAHEE, y de una ayuda a la investigación concedida por la Fundación para la Investigación Sanitaria y Biomédica (FISABIO) de la Comunitat Valenciana (UGP-19-267).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2021.03.006.

Bibliografía

1. Votano J, Parham M, Hall L. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2012.
2. Díez E, Avitío D, Paredes-Carbonell JJ, et al. Una buena inversión: la promoción de la salud en las ciudades y en los barrios. *Gac Sanit.* 2016;30:74–80.
3. Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, et al. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health.* 2013;67:389–91.
4. Pons-Vigués M, Díez E, Morrison J, et al. Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: a scoping review. *BMC Public Health.* 2014;14:198.
5. Borrell C, Díez E, Morrison JCL. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities; 2012.
6. Nickelson J, Wang AR, Mitchell QP, et al. Inventory of the physical environment domains and subdomains measured by neighborhood audit tools: a systematic literature review. *J Environ Psychol.* 2013;36:179–89.
7. WHO Regional Office for Europe. Compendium of tools, resources and networks. 2020 (Consultado el 25/10/2020). Disponible en: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
8. Holland ACI, Devilee J, van Kempen E, et al. Resident participation in neighbourhood audit tools – a scoping review. *Eur J Public Health.* 2018;28:23–9.
9. NHS Health Scotland. Place Standard process evaluation: learning from case studies in year one. Edinburgh: NHS Health Scotland; 2017.
10. Gjorgiev D, Dimovska M, Morris G, et al. How good is our place: implementation of the place standard tool in North Macedonia. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:194.
11. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex.* 2013;55:57–66.
12. Muñoz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests. 2ª ed. *Psicothema.* 2013;25:151–7.
13. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25:3186–91.
14. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Av Med.* 2008;6:27–36.
15. Fink-Hafner D, Dagen T, Doušák M, et al. Delphi method: strengths and weaknesses. *Metod Zv.* 2019;16:1–19.
16. Peiró S, Portella E. Quaderns de salut pública i administració de serveis de salut 1. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1994.
17. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investig Educ Med.* 2012;1:90–5.
18. de Villiers MR, de Villiers PJT, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. *Med Teach.* 2005;27:639–43.
19. Ciccoletto A. Urbanismo para la vida cotidiana: herramientas de análisis y evaluación urbana a escala de barrio desde la perspectiva de género. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2014.
20. Gutiérrez Mozo ME. Introducción a la arquitectura y el urbanismo con perspectiva de género. *Feminismo/s.* 2011;17:9–22.
21. Minh A, Muhajarine N, Janus M, et al. A review of neighborhood effects and early child development: how, where, and for whom, do neighborhoods matter? *Health Place.* 2017;46:155–74.
22. Schmidt T, Kerr J, Schipperijn J. Associations between neighborhood open space features and walking and social interaction in older adults – a mixed methods study. *Geriatrics.* 2019;4:3.
23. Malecki KC, Engelman CD, Peppard PE, et al. The Wisconsin Assessment of the Social and Built Environment (WASABE): a multi-dimensional objective audit instrument for examining neighborhood effects on health. *BMC Public Health.* 2014;14:1165.
24. Reimers AK, Mess F, Bucksch J, et al. Systematic review on measurement properties of questionnaires assessing the neighbourhood environment in the context of youth physical activity behaviour. *BMC Public Health.* 2013;13:461.
25. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell J. Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018.

Apéndice B: Artículo 2

Health equity in urban and rural settings: implementation of the Place Standard Tool in Spain

Autoría (P.O. Firma): Ocaña A, Gea-Caballero V, Juárez-Vela R, Peiró R, Pérez-Sanz E, Santolalla-Arnedo I, Sufrate-Sorzano T, Garrote-Cámara ME, Paredes-Carbonell JJ.

Cita: artículo actualmente en revisión

REVIEW FORUM Submitting Author [? Need Help ? Contact us](#)

✓ 1. Initial Validation

2. Editorial Assignment

3. Independent Review

4. Interactive Review

5. Review Finalized

6. Final Validation

7. Final Decision

Health equity in urban and rural settings: implementation of the Place Standard Tool in Spain

Ana Ocaña, Vicente Gea-Caballero, Raúl Juárez-Vela, Rosana Peiró, Elena Pérez-Sanz, Ivan Santolalla Arnedo* , Teresa Sufrate-Sorzano, MARÍA ELENA GARROTE CÁMARA and Joan Josep Paredes-Carbonell
Original Research, Front. Public Health - Life-Course Epidemiology and Social Inequalities in Health
Received on: 23 Sep 2023, Edited by: No Associate Editor assigned.
Manuscript ID: 1292032
Scope Statement: In this study, we tested the Spanish version of ... [more](#)
Keywords: social determinants of health, health equity, Community participation, Urban Health, Surveys and questionnaires, rural areas

Download latest manuscript

Supplementary materials

View submitted files history

View invoice

NO ACTION IS REQUIRED FROM YOU

Your manuscript has been submitted and is now in the editorial assignment stage. We are in the process of appointing an editor and reviewers.

Health equity in urban and rural settings: implementation of the Place Standard Tool in Spain

Ana Ocaña^{1, 2}, Vicente Gea-Caballero^{3, 4}, Raúl Juárez-Vela^{5, 6}, Rosana Peiró^{7, 1, 8}, Elena Pérez-Sanz^{1, 9}, Ivan Santolalla Arnedo^{6, 5*}, Teresa Sufrate-Sorzano^{5, 6}, MARÍA ELENA GARROTE CÁMARA^{5, 6}, Joan J. Paredes-Carbonell^{1, 10}

¹Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), Spain, ²Gandia Health Department, Spain, ³Faculty of Health Sciences, Valencian International University, Spain, ⁴Valencian International University, Spain, ⁵Department of Nursing, University of La Rioja, Spain, ⁶University of La Rioja, Spain, ⁷Other, Spain, ⁸Center for Biomedical Research in Epidemiology and Public Health Network, Carlos III Health Institute (ISCIII), Spain, ⁹Other, Spain, ¹⁰Other, Spain

Submitted to Journal:
Frontiers in Public Health

Specialty Section:
Life-Course Epidemiology and Social Inequalities in Health

Article type:
Original Research Article

Manuscript ID:
1292032

Received on:
23 Sep 2023

Journal website link:
www.frontiersin.org

Scope Statement

In this study, we tested the Spanish version of the Place Standard tool in the participatory evaluation with an equity-focused approach of two Spanish municipalities, one rural and one urban. This adapted and validated instrument facilitates structured conversations about predefined territories in terms of Social Determinants of Health. The tool allows for both quantitative and qualitative assessment of the physical, social, and economic characteristics of neighborhoods or municipalities. We believe that this manuscript is suitable for publication in this journal and field since its ultimate goal is to provide instruments that facilitate a deep understanding of contexts for the implementation of public health policies and actions that positively impact the health and well-being of individuals. Identifying the strengths and weaknesses of contexts allows for health promotion at the local level by developing intersectoral actions and fostering community participation to transform places and reduce health inequalities.

Conflict of interest statement

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

CRediT Author Statement

Ana Ocaña: Conceptualization, Data curation, Formal Analysis, Investigation, Methodology, Project administration, Supervision, Visualization, Writing - original draft, Writing - review & editing. Ivan Santolalla Arnedo: Data curation, Formal Analysis, Writing - review & editing. MARIA ELENA GARROTE CÁMARA: Data curation, Formal Analysis, Writing - review & editing. Joan Josep Paredes-Carbonell: Conceptualization, Investigation, Methodology, Visualization, Writing - review & editing. Rosana Peiró: Conceptualization, Funding acquisition, Investigation, Methodology, Project administration, Resources, Writing - review & editing. Elena Pérez-Sanz: Conceptualization, Funding acquisition, Investigation, Project administration, Resources, Writing - review & editing. Raúl Juárez-Vela: Data curation, Formal Analysis, Methodology, Writing - review & editing. Teresa Sufrate-Sorzano: Data curation, Formal Analysis, Writing - review & editing. Vicente Gea-Caballero: Conceptualization, Methodology, Writing - review & editing.

Keywords

social determinants of health, health equity, Community participation, Urban Health, Surveys and questionnaires, rural areas

Abstract

Word count: 350

The physical, social, and economic characteristics of neighborhoods and municipalities determine the health of their residents, shaping their behaviors and choices regarding health and well-being. Addressing local environmental inequalities requires an intersectoral, participatory, and equity-focused approach. Community participation plays a vital role by providing deeper insights into local contexts, integrating community knowledge and values into processes, and promoting healthier, fairer, and more equitable actions. In recent years, various tools have been developed to assess places and transform them into health-promoting settings. One such tool, the Place Standard Tool (PST), facilitates discussions on Social Determinants grouped into 14 themes, serving as a starting point for local health interventions. In this study, held in 2019 and 2020, we assessed the perceptions of two municipalities in the Valencian Community, Spain, using the validated Spanish version of the PST. This is a provisional file, not the final typeset article. A total of 356 individuals from both municipalities participated in the study through discussion groups, structured interviews, and online survey. We adopted a convergent-parallel design to analyze quantitative and qualitative data, describing convergences and divergences between municipalities. Overall, rural areas received more favorable evaluations compared to urban ones. Public Transport as well as Work and Local Economy were consistently rated the lowest across all groups and contexts, while Identity and Belonging received the highest ratings. Significant differences between urban and rural settings were observed in dimensions related to mobility, spaces, housing, social interaction, and identity and belonging. Our study demonstrated the effectiveness of the PST in identifying strengths and weaknesses in local settings that impact health. Successful implementation requires appropriate territorial delineation, support from local authorities, and effective management of expectations. Furthermore, the tool facilitated community participation in decision-making about local environments, promoting equity by connecting institutional processes with citizen needs. This study underscores the importance of addressing health inequalities at the local level through intersectoral, participatory, and equity-focused approaches. Mixed-methods approach provided deep insights into the causes of differences in the perception and experience of places, essential for guiding local policies and actions aimed at addressing health inequalities and achieving social justice and equity in local contexts.

Funding information

This research was funded by the JOINT ACTION HEALTH EQUITY EUROPE (JAHEE) (Consumers, Health, Agriculture, and Food Executive –CHAFEA; by the delegation of the European Commission), grant number 801600-JAHEE"; and by the FOUNDATION FOR THE PROMOTION OF HEALTH AND BIOMEDICAL RESEARCH (FISABIO) of the Valencian Community (Spain), grant UGP-19-267.

Funding statement

The author(s) declare financial support was received for the research, authorship, and/or publication of this article.

Ethics statements

Studies involving animal subjects

Generated Statement: No animal studies are presented in this manuscript.

Studies involving human subjects

Generated Statement: No human studies are presented in the manuscript.

Inclusion of identifiable human data

Generated Statement: Written informed consent was obtained from the individual(s) for the publication of any potentially identifiable images or data included in this article.

Data availability statement

Generated Statement: The raw data supporting the conclusions of this article will be made available by the authors, without undue reservation.

Health equity in urban and rural settings: implementation of the Place Standard Tool in Spain

1 Ana Ocaña^{1,2}, Vicente Gea-Caballero^{3,4}, Raúl Juárez-Vela^{5,6}, Rosana Peiró^{1,7,8}, Elena Pérez-
2 Sanz^{1,9}, Iván Santolalla-Arnedo^{5,6*}, Teresa Sufrate-Sorzano^{5,6}, María Elena Garrote-Cámara^{5,6},
3 Joan Josep Paredes-Carbonell^{1,10}

4 ¹Local Action and Health Equity Group, Inequality in Health Area, Foundation for the Promotion of
5 Health and Biomedical Research in the Valencian Region (FISABIO), Valencia, Spain

6 ²Gandia Health Department, Gandia, Valencia, Spain

7 ³Department of Health Sciences, VIU Valencia International University, Valencia, Spain

8 ⁴Research Group SALCOM Nursing and Community Health, Valencia International University,
9 Valencia, Spain

10 ⁵Department of Nursing, University of La Rioja, Logroño, La Rioja, Spain

11 ⁶GRUPAC, University of La Rioja, Logroño, La Rioja, Spain

12 ⁷General Directorate of Public Health and Addictions, Valencia, Spain

13 ⁸CIBERESP ISCIII, Madrid, Spain

14 ⁹Public Health Centre of Valencia, Valencia, Spain

15 ¹⁰Ribera Health Department, Alzira, Valencia, Spain

16 * Correspondence:

17 Iván Santolalla Arnedo

18 ivan.santolalla@unirioja.es

19 **Keywords:** Social Determinants of Health, Health Equity, Community Participation, Urban Health,
20 Surveys and questionnaires, Rural Areas

21 1 Abstract

22 The physical, social, and economic characteristics of neighborhoods and municipalities determine the
23 health of their residents, shaping their behaviors and choices regarding health and well-being.
24 Addressing local environmental inequalities requires an intersectoral, participatory, and equity-
25 focused approach. Community participation plays a vital role by providing deeper insights into local
26 contexts, integrating community knowledge and values into processes, and promoting healthier,
27 fairer, and more equitable actions.

28 In recent years, various tools have been developed to assess places and transform them into health-
29 promoting settings. One such tool, the Place Standard Tool (PST), facilitates discussions on Social
30 Determinants grouped into 14 themes, serving as a starting point for local health interventions. In this
31 study, that took place between August 2019 and February 2020, we assessed the perceptions of two
32 municipalities in the Valencian Community, Spain, using the validated Spanish version of the PST.

33 A total of 356 individuals from both municipalities participated in the study through discussion
34 groups, structured interviews, and online survey. We adopted a convergent-parallel design to analyze
35 quantitative and qualitative data, describing convergences and divergences between municipalities.
36 Overall, rural areas received more favorable evaluations compared to urban ones. *Public Transport* as
37 well as *Work and Local Economy* were consistently rated the lowest across all groups and contexts,
38 while *Identity and Belonging* received the highest ratings. Significant differences between urban and
39 rural settings were observed in dimensions related to mobility, spaces, housing, social interaction,
40 and identity and belonging.

41 Our study demonstrated the effectiveness of the PST in identifying strengths and weaknesses in local
42 settings that impact health. Successful implementation requires appropriate territorial delineation,
43 support from local authorities, and effective management of expectations. Furthermore, the tool
44 facilitated community participation in decision-making about local environments, promoting equity
45 by connecting institutional processes with citizen needs.

46 This study underscores the importance of addressing health inequalities at the local level through
47 intersectoral, participatory, and equity-focused approaches. Mixed-methods approach provided deep
48 insights into the causes of differences in the perception and experience of places, essential for
49 guiding local policies and actions aimed at addressing health inequalities and achieving social justice
50 and equity in local contexts.

51 2 Introduction

52 The characteristics of neighborhoods, towns, and cities have the ability to influence the health and
53 well-being of those who live in them, where the physical, social, and economic contexts that make
54 them up are conditioned by the Social Determinants of Health (1). The unequal distribution of these
55 factors exerts its impact along the axes of inequality (2), either enhancing or restricting the behaviors
56 and choices of people living in these environments in relation to their health and well-being (3).

57 There is increasing evidence contributing to the understanding of how these structural factors operate
58 through direct mechanisms, such as social interaction, physical activity, stress, safety, material
59 deprivation, natural environment, and climate change (4-6). Furthermore, these mechanisms
60 interrelate and can create synergies in their impact on health (5). In analyzing the effect of
61 environmental characteristics on health, some studies examine their effect on healthy behaviors (3,7-
62 29), while others explore their relationship with chronic diseases and exposure to related risk factors
63 (3,15,16,30-37). Moreover, there is growing evidence about addressing the existing inequalities
64 between urban and rural areas (5,12,22,27,38-43), where barriers to access to public transport,
65 housing, basic services, and activities that promote social contact indicate the need to consider
66 territory as a more explicit element in the analysis of the effects of environments on health.

67 Addressing social inequalities in the local environment poses a challenge, where acting on physical,
68 social, and economic contexts requires an intersectoral, participatory, and equity-focused perspective
69 (1). To influence these factors, the involvement of both policymakers and the community is
70 necessary. Recent literature (44-48) emphasizes the importance of community engagement in the
71 decision-making process regarding the design, planning, and implementation of policies and actions
72 related to the transformation of neighborhoods and municipalities. Participation provides a deeper
73 and more holistic view of places, integrates community knowledge and values into processes, builds
74 consensus, and promotes empowerment and capacity-building spaces that foster healthier, fairer, and
75 more equitable approaches (49).

76 In the integration of community participation in decision-making processes, multiple formats and
 77 different degrees of engagement have been adopted, ranging from individual consultations to
 78 collective community planning events (49). To assess places, multiple conceptual frameworks,
 79 guides, and participatory tools have been developed (44,45,50-54) with the aim of promoting
 80 community engagement in the transformation of their neighborhoods and municipalities.

81 The Place Standard Tool (PST) (55) has been developed in Scotland to assess places by promoting
 82 structured conversations around 14 topics related to the physical, social, and economic environment
 83 of a place. It is designed to facilitate an in-depth understanding of how a place affects people or
 84 groups involved in it. Furthermore, the PST allows for the identification of strengths and weaknesses
 85 of a defined territory, characterizes them, and establishes action priorities. This tool, included in the
 86 WHO compendium of tools (54) for developing healthy environments, has been implemented in
 87 different contexts and countries (56), and was recently translated, validated, and adapted into Spanish
 88 (57).

89 Therefore, in order to understand the performance of the Spanish adaptation of the PST in real
 90 environments in the Valencian Community, the objective of this study was to pilot the Spanish
 91 adaptation of the PST to assess two municipalities and explore the differences in perception between
 92 rural and urban contexts.

93 **3 Materials and Methods**

94 **3.1 Study Design**

95 The study was conducted from August 2019 to February 2020 in two Spanish municipalities. We
 96 designed a convergent-parallel mixed-method study (QUAL+QUAN) (58). Qualitative and
 97 quantitative data were collected and analyzed separately, and their results were compared during the
 98 interpretation process and integrated into a joint display (Figure 1). Methodological and data
 99 triangulation were employed to integrate corroboration between qualitative and quantitative data to
 100 provide a deeper understanding of the impact of the physical, social, and economic environments in
 101 communities (59). The quality of the study was assessed using the Mixed Methods Appraisal Tool
 102 (MMAT) (60).

103 **3.2 Study Setting**

104 The study was conducted in Denia (urban context) and Yátova (rural context), two municipalities of
 105 the Valencian Community, Spain, affiliated with the Network of Municipalities for Health of the
 106 Valencian Community, XarxaSalut (61). Denia is a coastal city in the province of Alicante with a
 107 population of 42,827 residents, of which 23.7% are of foreign origin (62). Its most important
 108 economic activity is residential tourism (63). The municipality of Denia consists of 10 neighborhoods
 109 and one outlying district. Yátova is a rural municipality located inland in the province of Valencia. It
 110 has a population of 2,079 residents, with over 25% of them being individuals aged 65 and older, and
 111 its primary economic activity is in the service sector (commerce, transportation, and hospitality) (64).
 112 Further details about the municipalities can be found in the supplementary material (Figure S1 and
 113 Table S1).

114 **3.3 Participant Selection, Procedure, and Data Collection**

115 Participation was designed to ensure the representativeness of the population of the territory to be
 116 evaluated and the specific inclusion of groups organized according to sociodemographic

characteristics of the municipality and the axes of inequality (2). To achieve this, three participation methods were provided: discussion groups, structured interviews, and a self-administered online questionnaire (Table 1).

Participant recruitment for any modality was carried out through social networks, social agents, and local community organizations, using convenience snowball and quota sampling. The sample size selected was based on representativeness and the saturation principle (65).

The discussion groups were designed based on the PROGRESS-Plus categories (66) (residential neighborhood, age, gender, employment status, educational level, nationality, and disability). These groups, facilitated by two experienced researchers, took place in various public administration spaces assigned for this purpose, and consisted of a total of 17 sessions lasting 120 minutes each. They were recorded with an audio recorder after obtaining informed consent of the participants, and corresponding field notes were created after their completion. The recordings were transcribed by the same team, maintaining verbatim transcription, and anonymizing their sources.

The structured interviews were conducted during community events with a large public turnout. A stand was set up in each municipality, introducing the project and offering the opportunity to participate on the spot. The online questionnaire was disseminated through a QR code included in dissemination materials and distributed through social networks, community networks, social agents, and community organizations.

All the participants were aged 18 and older and either lived or worked in the municipality being evaluated at the time of the study. They were all informed about the purpose of the study and provided explicit consent for their participation.

A detailed explanation of the sampling methodology and data collection process can be found elsewhere (57).

3.4 Variables, Instruments and Tools

Sociodemographic data were collected from all study participants, regardless of the participation method, including gender, age, education level, employment status, degree of disability, nationality, neighborhood, and municipality of residence or work.

To understand the individual perceptions of the study participants regarding their place of residence or work, and to capture collective discourses related to the physical, social, and economic factors of each municipality, the Spanish adaptation of the Place Standard Tool (PST) called "Entornos de Vida" (EdV) (67) was used. This instrument, with a Cronbach's Alpha reliability of 0.849 and an explained variance percentage of 0.842, allows for the collection of both quantitative and qualitative information describing the participants' perceptions of how much and in what way their living environment affects them. EdV includes 14 main questions that facilitate the evaluation of the 14 topics (Table 2), where each topic is rated on a scale from 1 to 10, with 1 being the worst possible score and 10 being the best.

The purpose of the discussion groups was to understand the key ideas that helped explain why participants assigned certain scores to each assessed dimension. To achieve this, each participant individually rated each of the 14 EdV topics, with 1 being the worst possible score and 10 being the best, and briefly explained the reasoning behind their rating. Subsequently, a group discussion was held where participants shared their scores and provided arguments supporting their assessments.

Both individual responses and comments generated by participants regarding each addressed theme were collected from each group.

Structured interviews and the online self-administered questionnaire allowed for the collection of both quantitative and qualitative information from individual participants. In all modalities, the scores assigned and the reasoning behind the assessments were gathered.

3.5 Data Analysis

3.5.1 Quantitative Analysis

The Kolmogorov-Smirnov test was used to evaluate the normality of the sample distribution. Central tendency and dispersion measures were used to analyze quantitative variables. For qualitative variables, absolute and relative frequencies, expressed as percentages, were used. Non parametric tests (U de Mann-Whitney) were carried out to assess the relationship between rural and urban settings, and the 14 dimensions of EdV. Boxplots were used to describe settings based on the medians (M) and interquartile range (IQR) of each topic of the tool. The level of statistical significance was established at $p < 0.05$. The missing values for the dependent variables were left as missing values. All data were analyzed with Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 25, Spanish.

3.5.2 Qualitative Analysis

The aim of the qualitative analysis was to understand residents' perceptions of the physical and socio-economic aspects of their municipality based on the 14 areas evaluated in EdV. The qualitative analysis was conducted by adapting the thematic analysis model (68,69) to the study's objectives, using deductive categories centered on the 14 topics examined in the EdV tool. Data were coded to identify the themes that explained the central ideas regarding the perception of their municipality. Data saturation was reached by comparing patterns within discussion groups, comparatively with all groups and with interviews. Differences between resultant categories were resolved by a discussion and further clarification among the team members. We used NVIVO v1.7.1 software to manage the analytical process.

3.5.3 Mixed Method Analysis

The two components of the study were analyzed concurrently, following the convergent-parallel approach (58). The quantitative analysis (QUAN) was conducted using the individual data collected through the place assessment instrument across all participation methods, while the qualitative analysis (QUAL) was carried out after conducting structured interviews and discussion groups, involving the coding of the participants' observations. Subsequently, the results from the QUAL and QUAN components were integrated to gain a more comprehensive understanding of the communities' perception of their municipality, compare them, and identify areas of convergence or divergence in the findings. No greater relevance was attributed to either aspect of the study; instead, the focus was on determining whether there was consistency between the qualitative and quantitative data. The analysis and interpretation are represented in a joint display (70).

3.6 Ethical Aspects

This study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the ethics committee at the University of Valencia (reference no.1208176). Participants were fully informed and consented before participating, ensuring confidentiality and compliance with data

199 protection regulations of both Spain and the European Union (Organic Law 3/2018 and General Data
200 Protection Regulation (EU) 2016/679).

201 4 Results

202 4.1 Demographics

203 A total of 356 individuals participated in the study, with 242 from the urban area and 114 from the
204 rural area. The proportion of women compared to men was higher (63.6% women) in all participation
205 methods, except for the urban online questionnaire (50% men). In both municipalities, most
206 participants came from discussion groups, followed by structured interviews and the online
207 questionnaire (40.45%, 36.24%, and 23.31% respectively). The average age was 48.25 years in Denia
208 (standard deviation (SD) = 17.13) and 52.57 in Yátova (standard deviation (SD) = 19.89), with a
209 minimum age of 18 and a maximum age of 95. Regarding employment status, 2.5% were engaged in
210 unpaid caregiving, 10.1% were unemployed, 10.7% were students, 26.1% were retired, and 49.7%
211 were employed. In terms of education level, 12.6% had primary or lower education, 29.2% had
212 completed secondary education, and 37.6% had higher education. Among the participants, 6.18% had
213 a disability degree equal to or greater than 33%. Additionally, 12.69% of participants were foreigners
214 (Table 3).

215 4.2 Quantitative Results

216 The results of the quantitative part of the study showed that the worst-rated themes in both contexts
217 were *Public Transport* as well as *Work and Local Economy*. In the urban area, there were also
218 negative ratings for *Traffic and Parking*, *Housing and Community*, and *Care and Maintenance*. The
219 areas that received the highest overall scores were *Identity and Belonging*, *Natural Spaces*, *Streets*
220 *and Spaces*, *Social Interaction*, and *Services*. In the urban context, the perception of safety, *Feeling*
221 *Safe*, was also highly rated. In the rural area, *Walking or Cycling*, *Traffic and Parking*, *Housing and*
222 *Community*, and *Influence and Sense of Control* were also positively evaluated (Table 4).

223 Regarding scores by population groups, in the urban context, people who were unemployed and those
224 engaged in unpaid caregiving rated more negatively, while those with primary education and
225 disabilities gave more positive evaluations. The rural context received less favorable ratings from
226 individuals aged over 65, retirees, and those with primary education, while it was more positively
227 evaluated by foreign individuals from outside the European Union.

228 When conducting a comparative analysis between the urban and rural contexts (Table 5), it was
229 evident that the perceptions in the rural setting showed a more favorable assessment in most topics,
230 except for *Work and Local Economy*, which received a higher rating in the urban context. However,
231 in *Play and Recreation*, *Services*, *Social Interaction*, and *Feeling Safe*, similar scores were obtained
232 in both places. It is worth noting that five themes showed highly significant differences (with values
233 of $p < 0.01$) between the two settings.

234 4.3 Qualitative Results

235 In the qualitative analysis, key ideas explaining each of the 14 EdV themes were identified. In the
236 urban context, 48 categories and two new emerging themes, *Tourism* and *Accessibility*, were
237 established. In the rural setting, they were grouped into 39 categories. Table 6 includes the categories
238 and descriptive labels for each EdV topic in both contexts.

239 Below, the arguments that make up the perceptions of the participants regarding each of the 14 EdV
240 themes, both in the rural and urban settings, are summarized. The supplementary material (Tables S2
241 and S3) contains verbatim quotes that illustrate the results from discussion groups and structured
242 interviews.

243 *Walking or Cycling*

244 The positive perception of walkability in the city was described as influenced by sidewalk
245 characteristics, the lack of shade, and the absence of amenities, such as benches and public restrooms.
246 Mobility barriers were associated with disabilities and caregiving responsibilities. In the rural setting,
247 the ability to walk or cycle everywhere was positively valued. Negative aspects were linked to
248 narrow sidewalks, lack of amenities, and architectural barriers.

249 Being able to cycle was positively rated due to the climate and the city's characteristics, its size, and
250 the absence of steep slopes. However, barriers were identified, such as a lack of bike lanes, poorly
251 maintained or non-existent bike lanes, and a limited "bike culture." In both settings, there was a
252 perceived insecurity when walking and cycling that related to the lack of compliance with the traffic
253 regulations and to the hegemony of motor vehicles over pedestrians and cyclists.

254 *Public Transport*

255 This topic was rated very negatively in both settings by all social groups. In the city, it was associated
256 with a lack of connectivity to other municipalities, such as the provincial capital or nearby towns,
257 basic facilities like hospitals, shopping centers, schools, and natural spaces, as well as between
258 different neighborhoods within the city. Additionally, there were calls for price discounts for specific
259 groups to lower the cost, which was considered expensive for the service provided. Lack of
260 information about bus frequencies, stops, routes, and schedules was also reported.

261 The residents of the rural setting indicated that public transport was virtually nonexistent. Although
262 there is a local bus and a regional train station in a nearby municipality, issues related to accessibility,
263 mobility, ticket cost, and the lack of connectivity between modes of transportation, basic amenities,
264 and the upper part of the village were described.

265 *Traffic and Parking*

266 In the urban context, this theme, that boasts a dual composition, was characterized by a general lack
267 of free and public parking, and the highly negative impact of traffic due to congestion, noise
268 pollution, and pollution, primarily occurring in the summer. It was emphasized that, although the
269 city's layout makes it easy to walk everywhere, there is a prevailing car culture. Street
270 pedestrianization was considered effective in improving the city's quality of life but faced opposition
271 from a segment of the population. In the rural setting, there was a positive appreciation for being able
272 to park anywhere in the village and the low traffic levels. Negative perceptions were based on
273 excessive car usage for short trips.

274 *Streets and Spaces*

275 The city was described as a pleasant and aesthetically pleasing environment, despite the disparity in
276 architectural styles. Iconic places like the castle, the Les Rotes promenade, and the city center were
277 positively highlighted. It was considered essential for streets and public spaces to have benches and

278 shade during the summer. The rural municipality positively evaluated its streets and called for better
279 lighting, mobility facilitators, trees, and improved maintenance.

280 *Natural Spaces*

281 The Montgó Massif Natural Park and the beaches of Denia were identified as very close and
282 accessible natural spaces whose care was improved in recent years. Beach cleanliness generated
283 controversy due to the presence of posidonians aquatic plant, which accumulates on the beaches
284 during the winter, preventing their degradation but also limiting enjoyment beyond summertime and
285 incurring high cleaning costs. Despite the favorable evaluation of urban parks, there is a need to
286 improve cleaning efforts. The need for more natural spaces, trees, and cool, shaded areas was also
287 emphasized. On the other hand, Yátova is surrounded by highly valuable natural spaces, such as the
288 Martés mountains and the Mijares, Magro, and Juanes rivers, and it has several parks within the inner
289 city. The local government's efforts in accessibility and conservation of these spaces were
290 highlighted.

291 *Play and Recreation*

292 The city has numerous community resources, including associations, a senior center with a varied
293 range of activities, a cultural center with an extensive program, and a highly rated youth center.
294 However, there was a perceived need for more cultural activities, healthy and free leisure alternatives
295 for young people, additional public facilities, and a program for free access to sports. In the rural
296 area, there are sports facilities and activities, a senior center, and it is positively valued that children
297 continue to play outdoors. However, there is a need to offer leisure alternatives for both young and
298 older residents, promote cultural activities, and establish programs during the winter months and on
299 weekends.

300 *Services*

301 In the city, it is considered that there is a wide range of services, and there is a positive appreciation
302 for having a sufficient variety of shops and offices of all government administrations. However, there
303 is a demand for more public services such as universities, daycare centers, and improvements in
304 healthcare services. In the rural context, it is considered that there is sufficient commerce to acquire
305 basic food products, albeit at higher prices, and the senior day center is highly valued. However,
306 there is a demand for improvements in healthcare services and quality restaurants.

307 *Work and Local Economy*

308 In the urban setting, this theme is negatively evaluated due to precarious and seasonal employment,
309 mostly linked to the tourism sector. Additionally, there are mentions about the difficulty in accessing
310 quality jobs for people aged over 45 and young individuals, as well as challenges in creating new
311 local businesses. There are identified latent opportunities in various sectors, such as the nautical and
312 the environment industries, with a demand for specialized training related to these fields. In the rural
313 context, this topic is negatively evaluated due to the lack of local businesses and employment
314 opportunities, which lead some people to migrate to other municipalities. However, potential
315 business areas, like restaurants, tourism and the environment, are positively identified.

316 *Housing and Community*

317 Housing is identified as one of the major problems in the city. Tourist rentals drive up housing costs
318 and make long-term renting difficult. Young people and individuals with fewer resources struggle to
319 access housing in good conditions. On the other hand, in the village, the majority of the population
320 owns their well-maintained homes. However, there is a perceived shortage of housing in good
321 conditions, both for rent and purchase, despite having a significant stock of vacant housing.

322 *Social Interaction*

323 In the city, social interaction is facilitated by the network of associations and by the senior center and
324 youth center. However, barriers to interaction are described, such as a lack of free activities, spaces
325 for adults, and the Valencian language. Loneliness is perceived as an issue among older people and
326 foreign residents. In the rural setting, social interaction is primarily facilitated by the existence of
327 multiple associations, and there is a demand for spaces and activities that promote relationships for
328 children and teenagers.

329 *Identity and Belonging*

330 In the urban setting, the construction of a positive identity was linked to the privileged characteristics
331 of the natural environment and the openness of its people, with a greater sense of belonging among
332 those born in Spain. A weaker connection and sense of identity were associated with belonging to a
333 foreign community and the challenges of integration. In the rural area, a stronger sense of identity
334 was linked to the existence of community organizations, as well as a positive perception of belonging
335 to Yátova and ease of integration. However, an opposing perception was also noted, where
336 integration is not seen as a straightforward process.

337 *Feeling Safe*

338 Safety is addressed in two more areas (Walking or Cycling and Streets and Spaces) and related to
339 road safety and street lighting. Most participants described the city as safe, although concerns were
340 raised about the lack of police presence in summertime and incidents of theft and vandalism. Women
341 expressed feeling unsafe when walking alone at night. In contrast, the rural setting is perceived as
342 very peaceful and safe, with few incidents. The widespread criticism focuses on young people, who
343 are blamed for vandalism, and the ambivalent perception of the absence of local police.

344 *Care and Maintenance*

345 This theme is related to the topics Natural Spaces and Streets and Spaces. In the city, the
346 municipality's efforts in maintaining natural spaces are negatively evaluated, while the cleaning and
347 maintenance of urban spaces are viewed favorably. It is suggested that the lack of civility is the
348 source of problems in this field. Additionally, inadequate use of trash and recycling containers,
349 numerous dog feces in the streets, and specific areas being particularly dirty due to weekend binge
350 drinking and the municipal market, are reported. In the village, the cleaning efforts of municipal
351 services are acknowledged, and the responsibility for the problems in this regard is attributed to the
352 citizens.

353 *Influence and Sense of Control*

354 This topic was argued along three lines: the existing channels of participation, the difficulties in
355 participating, and the perception of the capacity to influence municipal decision-making. In both
356 contexts, some confusion was observed between participation and purely informational channels or

consultative processes. Associationism and social networks were identified as channels of participation. Regarding difficulties, the “lack of a culture of participation” was mentioned, and in terms of the perception of influence capacity, there were reports of a lack of listening and information from the local government, as well as a low capacity to influence local policies. The participation channels described in the urban context were social networks, the municipal app, and neighborhood councilors, while in the rural context, channels were more related to the accessibility of the local government, such as participating in municipal meetings or having direct access to the mayor.

Emerging Themes in the Urban Context

Throughout the study, two themes were identified that cut across all topics and population groups: tourism and accessibility. Tourism had a significant and negative impact on housing, employment, and living conditions during the summer. Issues related to access to information, resources, activities, and public and private services were linked to the digital divide, lack of economic resources, information channels, and architectural barriers.

4.4 Integration of Qualitative and Quantitative Findings

The joint display developed for this mixed methods research is a combination of a side-by-side display and a comparing-result display (70), as it presents a visual representation of the results that combines both quantitative and qualitative data (Table 7). Congruencies, discrepancies between municipalities, and interpretation of the results are also included. In the left column, there is a graph showing the medians and interquartile ranges (IQR) of the scores obtained for each EdV theme, with blue representing the urban setting and orange representing the rural area. In the right column, the qualitative results and interpretation of the meaning of the results are presented. Key points shared by both contexts are highlighted in green, those exclusive to the urban setting are indicated in blue, and those exclusive to the rural context are highlighted in orange. The interpretation of the main results is presented in black.

5 Discussion

5.1 Main findings

In this study, the performance of the EdV tool is described in a real-world context through its pilot testing in two municipalities. Its testing in both rural and urban settings using a heterogeneous sample of population groups has provided results that support the idea that the EdV tool allows for a better understanding of the perception of the impact of the physical, social, and economic environment on the community and how this impact manifests in reality. The findings reveal differences in the perception of places between residents of urban and rural municipalities, with an overall more favorable assessment of the rural municipality. Overall, *Public Transport* and *Work and Local Economy* are the areas rated the lowest by all social groups and contexts, while *Identity and Belonging* is the best-rated dimension (Table 4).

The differences in perception between the rural and urban contexts are significant in the entire mobility block (*Walking or Cycling*, *Public Transport*, *Traffic and Parking*), spaces (*Natural Spaces* and *Streets and Spaces*), *Housing and Community*, *Social Interaction*, and *Identity and Belonging*. We believe that these differences are due to the perception of mobility experienced in each evaluated context.

Similar results were obtained in previous studies (7-12,56,71), in which active mobility is influenced by the condition of streets and sidewalks, the perception of safety, architectural barriers, affecting both people with reduced mobility and care-related activities, the aesthetics of streets and spaces, and the availability of amenities, such as benches, public toilets, trees, and shaded areas. The lack of shade, noted as one of the determining factors in the use of spaces, is contextualized in the Mediterranean climate of this region, which has long, hot summers and increasingly frequent and prolonged heatwaves. This aspect was consistent with studies exploring the relationship between the area and the mobility of older people (10,38).

Despite having favorable topography and climate, cycling mobility is not fully developed due to the absence of specific infrastructure and promotion of its use. While in the urban context, it is considered important to promote active transportation within the city, in the rural setting, it is more related to recreational and intermunicipal activity. In both contexts, and similarly to previous research (4,10,13,14), the main barrier identified was the perception of insecurity, associated with the organization of the public space, where car dominance prevails, and the lack of a well-connected network of bike lanes, and signposted cycling routes separated from road traffic.

It is noteworthy that, while *Public Transport* received the most negative ratings in both contexts, the distinguishing discourses revolve around deficient connections, intraurban in the city and interurban in the rural area, and between essential services and amenities (hospital, high school, shopping areas). In cities, active transportation (walking, cycling, and use of public transport) is associated with health benefits due to increased physical activity and reduced exposure to environmental pollution (4,16,17), where having various means of public transportation, nearby stops connected to each other and financially accessible, are factors that promote physical activity and reduce the use of private vehicles (4,5,18,38). In rural areas, with a widespread negative evaluation, as seen in other studies (38,55,56), differentiated approaches are required to promote active transportation and connected communities (43), where the elderly population has lower mobility and autonomy to drive their own vehicles (12,39,40). Transportation policies and planning influence active mobility, private vehicle use, transportation options, air quality, and noise levels in municipalities (5,15,30). The lack of public transport or barriers to its use, especially in rural areas, exacerbates health inequalities related to access to healthcare resources and social exclusion (5,17,39,73).

In the urban context, traffic was identified as a deterrent to active transportation, both due to the insecurity it generates for pedestrians and cyclists, and the air pollution and noise it produces. The negative impact of traffic has been documented in numerous studies (5,10,38,55,56,71), showing a direct correlation between the negative perception of traffic and population density, with a more favorable assessment in rural areas.

The evaluation of *Natural Spaces* showed significant differences between the two contexts, despite being assessed very positively in both municipalities. The urban community viewed favorably the presence of accessible, well-maintained parks and beaches, while the rural community highlighted the natural spaces located around the municipality. Current evidence suggests that green and blue spaces promote health by encouraging physical activity, emotional well-being, and social interaction, and mitigating the impact of heat, noise, and pollution (5,19,20,35), thus reducing cardiovascular morbidity and mortality and cardiovascular risk factors, such as obesity, stress, high blood pressure, and type 2 diabetes (20,32). Additional findings indicate that, in the perception of natural spaces, quality is more relevant than the total quantity of natural areas available in the setting (20).

440 In the urban evaluation of *Housing and Community*, the difficulties in acquiring housing, both for
441 purchase and rent, were mainly attributed to tourism. In this regard, vulnerable individuals face more
442 challenges in accessing housing, with unequal distribution based on material resources. Those with
443 lower financial capacity experience greater housing instability, access lower-quality housing stock,
444 and reside in more disadvantaged neighborhoods with poorer access conditions (5,33,74). In Spain,
445 over recent decades, national and regional policies have promoted an oversized and underutilized
446 housing stock with ownership as the primary access route, leaving renting as the last resort for
447 individuals without resources and without a social housing stock to provide a stable solution for those
448 facing greater difficulties (33). The problems resulting from the touristification of urban areas
449 primarily impact rentals by increasing prices and worsening rental conditions, thereby preventing
450 these groups from accessing suitable housing (33,75). On the other hand, in the rural context of the
451 evaluation, there was a lack of agreement with previous studies that associated the impact of housing
452 on health with factors, such as architectural barriers for older adults, isolation, total surface area, and
453 housing maintenance (5,38,78). In contrast, the findings of this study suggest that the effects of
454 tourism and depopulation as factors hindering housing accessibility are perceived as more important
455 than the physical characteristics of the housing itself (5,76-80).

456 Both the discussion groups and interviews conducted in the urban area highlighted tourism as a major
457 influencing factor in areas such as transportation, traffic, housing, employment, and cost of living.
458 The impact of tourism has been addressed in previous research, which has identified it as a driver of
459 rising housing prices, increased traffic and noise, and precarious seasonal employment conditions in
460 cities (81-83). Moreover, dependence on tourism can lead to economic vulnerability, as evidenced
461 during the COVID-19 pandemic (81,82,84).

462 Similar to other studies (71,84), the sense of identity and belonging was higher in rural areas than in
463 urban ones. It was inversely proportional to the size of the community and increased with
464 homeownership, participation in community activities, length of residence in the municipality, and
465 being born in or choosing it as a place to settle. In the urban context, it was found that foreign-born
466 individuals, especially Africans and Latin Americans, expressed a lower sense of identity and
467 belonging due to integration difficulties and limited participation in local culture-related activities,
468 such as festivals and the local language (55,71,84,85).

469 Previous research (38,55,71) has highlighted the importance of social contact and its relationship
470 with emotional well-being and identity and belonging (56,86). This relationship is particularly
471 relevant in older adults, where the perception of the environment has a greater impact than their
472 social status (83). In rural contexts, it has been observed that social interaction, especially during
473 childhood and old age, benefits from the availability of essential services, such as shops and public
474 transportation, as well as meeting spaces, like squares, community centers or well-maintained parks
475 (21,22,39,87). When these spaces are energized with activities that promote social contact, greater
476 interaction among people is fostered. This is essential as the use of certain spaces is influenced by the
477 degree of social interaction they facilitate. Furthermore, neighborhoods or municipalities with high
478 social cohesion and community participation are capable of mitigating the impact of poverty during
479 adolescence (88).

480 Social contact plays a fundamental role in reducing the perception of loneliness. Loneliness decreases
481 as social interaction increases, participation in group activities, access to basic facilities, and having
482 access to public transport (34,89-93). Scientific literature presents divergent views on how the rural
483 or urban areas impacts the experience of loneliness. In this context, it is noteworthy that subjective

484 assessment of the quality of the setting has a greater influence than the objective characteristics of the
485 environment itself (34,41,42,94).

486 5.2 Utilization of the PST and Performance in Real Environments

487 The PST has been used in numerous countries and contexts (95), and it is widely implemented in
488 Scotland (55). Its main objective is to facilitate community participation in the development of local
489 plans, assess the quality and characteristics of specific municipalities or neighborhoods, such as
490 Skopje, Nicosia, and the municipalities evaluated in this study (55,56,71), by the general population
491 or specific population groups (38). It has also been used in the evaluation of specific dimensions,
492 such as natural spaces or housing (96,97), or as a basis for the development of other environmental
493 analyses (73).

494 Previous studies have documented difficulties regarding the approach used for territorial delineation
495 (38,55,73). The administrative demarcation of an area, whether it's a neighborhood or a municipality,
496 can lead to a portion of the community not feeling involved in the evaluation process. This issue was
497 evident in the context of the Identity and Belonging theme. This problem can manifest in both
498 neighborhoods and rural districts that are administratively associated with a municipality but have
499 their own identity, as seen in our study with the rural district of La Xara in Denia. The determination
500 of the territorial scope subject to evaluation should align with the inherent purpose of the evaluation,
501 so that the results obtained are relevant in that territory (3). Additionally, in neighborhood
502 evaluations, the perception of this dimension can vary between being considered at the neighborhood
503 level or at the city level, depending on the interviewed person. Therefore, it is of utmost importance
504 to define the territory to be evaluated appropriately, incorporating criteria beyond purely
505 administrative aspects.

506 Similarly, to the Scottish experiences (55), involvement of the local government and municipal
507 technicians in designing the participation strategy favored the inclusion and representativeness of the
508 participating population in the study. The online option was the least effective in our case, especially
509 in the rural setting, whereas discussion groups and in-depth interviews provided the most
510 comprehensive and profound results. The group methodology was the most advantageous because it
511 allowed us to understand the unequal experiences of individuals in relation to their municipality and
512 motivated them to participate in the subsequent phases of the process. The project's goal required a
513 higher level of effective participation rather than a large number of participants. However, despite the
514 meticulous conception of participatory processes, and similar to the experiences observed in
515 Scotland, Macedonia, and Cyprus (55,56,71), a pattern of greater female participation was evident at
516 an approximate rate of 63%, while the average age ranged from 42 to 57 years (urban and rural
517 populations, respectively).

518 In our case, aligning the evaluation of places with the XarxaSalut Strategy (61), which already
519 incorporates participation structures, improves the implementation of the tool. These intersectoral
520 platforms, including local government, citizens, and technical personnel, facilitate the design of
521 evaluation processes and the development of actions stemming from PST results aimed at improving
522 the health of the population with an equity focus. On the other hand, despite having a Network of
523 Health-Promoting Municipalities (XarxaSalut) since 2017 that requires community participation in
524 the development of all its actions, the inclusion of participation in joint decision-making is still
525 incipient. Unlike Scotland (98), there is no specific legislation that obliges community involvement
526 in policy formulation and service delivery (99).

527 Regarding its use, it is a lengthy tool, where the collection of qualitative information, its
528 organization, and analysis require resources and technical expertise. To guarantee a proper
529 implementation of the tool, the process must be carried out by the local government or have specific
530 funding.

531 The organization of the 14 areas to be evaluated presents challenges described in previous
532 experiences (55,73), such as the repetition of topics (*Feeling Safe* or *Care and Maintenance in*
533 *Walking or Cycling, Streets and Spaces* or *Natural Spaces*) or the inclusion of two topics in one
534 theme (*Traffic and Parking* or *Walking and Cycling*). In our study, we also detected the difficulty of
535 assessing aspects that are not known (such as *Public Transport* if one is not a user) or that certain
536 areas, depending on the evaluated territory, work at the city level and not at the neighborhood level
537 (e.g., *Work and Local Economy*). On the other hand, its design with open-ended questions and
538 overlapping topics allows for the inclusion of aspects that are not specifically asked about (e.g., an
539 urban vacant lot as a space that promotes social contact) and highlights the challenges and
540 opportunities of the context for people in more vulnerable situations.

541 One of the strengths of the tool is its ability to identify the wealth and strengths of neighborhoods and
542 municipalities, beyond the deficits they may have. When used with a salutogenic approach, it has the
543 potential to show the dynamics of people's interaction with their environment, the opportunities it
544 offers, and how challenges are confronted. The PST allows for the incorporation of the Sense of
545 Coherence into places, helping to understand what people perceive and experience in their
546 surroundings in terms of comprehensibility, manageability, and meaningfulness (100).

547 As in previous experiences, the challenge of managing expectations generated during the evaluation
548 process has been observed (12,55,71). Community participation may be compromised in the absence
549 of feedback on the results, the lack of implementation of actions derived from the process, and
550 transparency in decision-making (5,26,45,51,97,98,101). To avoid this threat, it is essential to define
551 the purpose of participation in advance, i.e., whether it is about collecting information or initiating a
552 joint decision-action process (50,55). In any case, both the role and responsibility of those conducting
553 the evaluation process and the individuals or institutions responsible for carrying out the prioritized
554 actions should be described (50,55).

555 Given the above, it is advisable to incorporate PST as part of a process rather than considering it an
556 end in itself, where the tool represents another step-in community participation rather than just a
557 citizen consultation. It is desirable to orient the tool toward action, where the feedback of results is
558 linked to the proposal, prioritization, and implementation of actions within a continuous community
559 process and promotes interdisciplinary technical work based on prioritized actions. Results alone do
560 not generate substantive improvements, and their impact will depend on the available resources and
561 the commitment of both citizens and local administrations (51,55). The existence of previous
562 community participation experiences at the local level facilitates the development of processes to
563 improve places (55,56,71).

564 Having validated and effective participatory tools for diagnosing deficits and assets in environments
565 makes it easier to involve the community in decision-making about the design of neighborhoods and
566 towns and connects institutional processes with the needs of citizens. Furthermore, this allows for the
567 incorporation of equity as long as the process addresses different axes of inequality and incorporates
568 a "territorial" perspective into the processes (99). It is important to note that lower levels of
569 involvement in participation (information and consultation) do not have a significant impact on

transforming the balance of power between citizens and local governments and people's living conditions (102).

5.3 Strengths and Limitations

The main strength of this study is the use of mixed methods, which has allowed for a deeper understanding of how the physical, social, and economic context impacted communities and the differentiated experience between rural and urban settings. The incorporation of both quantitative and qualitative approaches in the research design increases the reliability of the results, enabling a solid understanding of the perception of their environments in two different populations. Despite not having a representative sample, as heterogeneous participation was prioritized over a large number of participants, the high participation rate in the study is noteworthy, facilitated by the implementation of three different data collection techniques. The diversity of participants and the richness of their discourses and perceptions have provided information about the facilitating elements and potential barriers in rural and urban contexts, which can be generalized to other municipalities with similar characteristics.

Another strength of the study is the use of the PST within the framework of the XarxaSalut strategy, with the support of the local government, technical staff, and associated citizens. This synergy has made it possible to align the research objectives with community action processes (61) that were being carried out in the municipalities of Denia and Yátova at the time of the study.

Regarding the limitations of the study, despite seeking broad community participation, the pattern of greater female participation and representativeness in terms of age may have influenced the results. Furthermore, these results are not generalizable to other regions with different sociodemographic contexts due to their specific territorial nature. Additionally, the implementation of the PST can be demanding in terms of time and resources, which could limit its applicability in other localities without adequate support.

It is important to mention that the completion of this study coincided with the onset of the COVID-19 pandemic, which made it impossible to provide adequate feedback to the community. On the other hand, its development in pre-pandemic phases means that it cannot take into account possible changes in residents' perceptions of relevant issues during and after the pandemic, such as the digital divide, housing characteristics, access to healthcare resources, availability of outdoor activity spaces, and community networks. Furthermore, it should be taken into consideration that the recent intensification of the effects of climate change in Spain may require the incorporation of a climate perspective into the tool, as is being developed in Scotland or Germany (103,104), to assess its impact in the context of neighborhoods or municipalities.

It is essential to use subjective approaches to understand the influence of environments on different social strata and how individual conditions can impact these perceptions. Future research should address these issues, as well as compare differences in participation methods, exploring possible disparities and nuances in the results obtained.

Conclusions

This study has provided a deep insight into the differentiated perception between rural and urban settings. The PST tool has proven to be effective in revealing its capacity to capture the experience of the impact of physical, social, and economic places on the health and well-being of communities. The results support that PST is a valuable tool for promoting local health due to its versatility and action-

oriented approach. It introduces a structure and methodology that allows for discussions in terms of social determinants and identifies how the place where people live conditions health. Its implementation facilitates the starting point for developing prioritized, intersectoral, and participatory local actions aimed at addressing health inequalities.

References

1. Pons-Vigués M, Díez È, Morrison J, Salas-Nicás S, Hoffmann R, Burstrom B, et al. Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: a scoping review. *BMC Public Health* (2014) 14:198. doi: 10.1186/1471-2458-14-198.
2. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit.* (2012);26(2):182–189. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.024.
3. Díez Roux, A.V.; Mair, C. Neighborhoods and health. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* (2010) 1186, 125–145. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x.
4. Mueller N, Daher C, Rojas-Rueda D, Delgado L, Vicioso H, Gascon M, et al. Integrating health indicators into urban and transport planning: A narrative literature review and participatory process. *Int J Hyg Environ Health* (2021) 235:113772. doi: 10.1016/j.ijheh.2021.113772.
5. Public Health Scotland. Evidence behind Place Standard Tool and Place and Wellbeing Outcomes [Internet]. Scotland.scot. 2022 [citado el 6 de junio de 2023]. Available from: <https://publichealthscotland.scot/media/14808/evidence-behind-the-place-standard-tool-and-the-place-and-wellbeing-outcomes-full-report.pdf>
6. Bird EL, Ige JO, Pilkington P, Pinto A, Petrokofsky C, Burgess-Allen J. Built and natural environment planning principles for promoting health: an umbrella review. *BMC Public Health* (2018) 18:930. doi:10.1186/s12889-018-5870-2.
7. Van Holle V, Deforche B, Van Cauwenberg J, Goubert L, Maes L, Van de Weghe N, et al. Relationship between the physical environment and different domains of physical activity in European adults: a systematic review. *BMC Public Health* (2012) 12:807. doi: 10.1186/1471-2458-12-807.
8. Solbraa AK, Anderssen SA, Holme IM, Kolle E, Hansen BH, Ashe MC. The built environment correlates of objectively measured physical activity in Norwegian adults: A cross-sectional study. *Journal of Sport and Health Science* (2018) 7:19-26. doi: 10.1016/j.jshs.2017.11.002.
9. Farkas B, Wagner DJ, Nettel-Aguirre A, Friedenreich C, McCormack GR. Evidence synthesis - A systematized literature review on the associations between neighborhood built characteristics and walking among Canadian adults. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* (2019) Jan;39(1):1-14. doi: 10.24095/hpcdp.39.1.01.
10. Salvo G, Lashewicz BM, Doyle-Baker PK, McCormack GR. Neighborhood Built Environment Influences on Physical Activity among Adults: A Systematized Review of Qualitative Evidence. *Int J Environ Res Public Health.* (2018) May 2;15(5):897. doi: 10.3390/ijerph15050897.
11. Longo A, Hutchinson WG, Hunter RF, Tully MA, Kee F. Demand response to improved walking infrastructure: A study into the economics of walking and health behaviour change, *Social Science & Medicine* (2015) 143:107-116. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.033.
12. Hofer-Fischanger K, Tuttner S, Amort FM, Helms K, Unger K, Hödl J, et al. Promoting active transport in rural communities through infrastructural modifications: the PABEM needs assessment tool. *Health Promotion International* (2021) 38(4) daab186. doi: 10.1093/heapro/daab186.

13. Iwińska K, Blicharska M, Pierotti L, Tainio M, de Nazelle A. Cycling in Warsaw, Poland - Perceived enablers and barriers according to cyclists and non-cyclists. *Transp Res Part A Policy Pract.* (2018) 113:291-301. doi: 10.1016/j.tra.2018.04.014.
14. Smith M, Hosking J, Woodward A, Witten K, MacMillan A, Field A. et al. Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport – an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys* (2017)14:158. doi: 10.1186/s12966-017-0613-9.
15. Nieuwenhuijsen MJ, Khreis H, Verlinghieri E, Mueller N, Rojas-Rueda D. Participatory quantitative health impact assessment of urban and transport planning in cities: A review and research needs. *Environ Int.* (2017) 103:61-72. doi: 10.1016/j.envint.2017.03.022.
16. Brown V, Barr A, Scheurer J, Magnus A, Zapata-Diomed B, Bentley R. Better transport accessibility, better health: a health economic impact assessment study for Melbourne, Australia. *Int J Behav Nutr Phys Act* (2019) 16:89. doi: 10.1186/s12966-019-0853-y.
17. Cooper E, Shvonne G, Grollman C, Mayer M, Davis B, Bankiewicz U, et al. Transport, health, and wellbeing: An evidence review for the Department for Transport [Internet]. *NatCen Social Research* (2019) [citado el 6 de junio de 2023]. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/847884/Transport_health_and_wellbeing.pdf
18. Sallis JF, Cerin E, Conway TL, Adams MA, Frank LD, Pratt M, et al. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *Lancet* (2016) 28;387(10034):2207-17. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01284-2.
19. Fontán-Vela M, Rivera-Navarro J, Gullón P, Díez J, Anguelovski I, Franco M. Active use and perceptions of parks as urban assets for physical activity: A mixed-methods study. *Health Place* (2021) 71:102660. doi: 10.1016/j.healthplace.2021.
20. Urban green spaces and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (2016). WHO/EURO:2016-3352-43111-60341.
21. Schmidt T, Pawlowski CS, Kerr J, Schipperijn J. Investigating the WHAT and WHY on older adults' use of neighborhood open spaces following an environmental intervention. *Transl Behav Med.* (2021) 16;11(2):582-596. doi: 10.1093/tbm/ibaa004.
22. Machado-Rodrigues AM, Coelho-E-Silva MJ, Mota J, Padez C, Martins RA, Cumming SP, Riddoch C. et al. Urban-rural contrasts in fitness, physical activity, and sedentary behaviour in adolescents. *Health Promot Int.* (2014) 29(1):118-29. doi: 10.1093/heapro/das054.
23. Marks L, Laird Y, Trevena H, Smith BJ, Rowbotham S. A Scoping Review of Citizen Science Approaches in Chronic Disease Prevention. *Front Public Health.* (2022) 9;10:743348. doi: 10.3389/fpubh.2022.743348.
24. Gražulevičienė R, Andrušaitytė S, Dėdelė A, Gražulevičius T, Valius L, Kapustinskienė V, Bendokienė I. Environmental Quality Perceptions and Health: A Cross-Sectional Study of Citizens of Kaunas, Lithuania. *Int J Environ Res Public Health.* (2020) 17(12):4420. doi: 10.3390/ijerph17124420.
25. Pedersen M, Wood GER, Fernes PK, Goldman Rosas L, Banchoff A, King AC. The "Our Voice" Method: Participatory Action Citizen Science Research to Advance Behavioral Health and Health Equity Outcomes. *Int J Environ Res Public Health.* (2022) 10;19(22):14773. doi: 10.3390/ijerph192214773.
26. Rosas LG, Rodriguez Espinosa P, Montes Jimenez F, King AC. The Role of Citizen Science in Promoting Health Equity. *Annu Rev Public Health.* (2022) 43:215-234. doi: 10.1146/annurev-publhealth-090419-102856.
27. Frost SS, Goins RT, Hunter RH, Hooker SP, Bryant LL, Kruger J, Pluto D. Effects of the built environment on physical activity of adults living in rural settings. *Am J Health Promot.* (2010) 24(4):267-83. doi: 10.4278/ajhp.08040532.

28. Toma A, Hamer M, Shankar A. Associations between neighborhood perceptions and mental well-being among older adults. *Health Place*. (2015) 34:46-53. doi: 10.1016/j.healthplace.2015.03.014.
29. Schmidt T, Kerr J, Schipperijn J. Associations between Neighborhood Open Space Features and Walking and Social Interaction in Older Adults-A Mixed Methods Study. *Geriatrics* (Basel). (2019) 6;4(3):41. doi: 10.3390/geriatrics4030041.
30. Khomenko S, Nieuwenhuijsen M, Ambrós A, Wegener S, Mueller N. Is a liveable city a healthy city? Health impacts of urban and transport planning in Vienna, Austria. *Environ Res*. (2020) 183:109238. doi: 10.1016/j.envres.2020.109238.
31. Mueller N, Rojas-Rueda D, Basagaña X, Cirach M, Cole-Hunter T, Dadvand P, et al. Urban and Transport Planning Related Exposures and Mortality: A Health Impact Assessment for Cities. *Environ Health Perspect*. (2017) 125(1):89-96. doi: 10.1289/EHP220.
32. Gullón P, Fontán-Vela M, Díez J, Nieuwenhuijsen M, Rojas-Rueda D, Escobar F, et al. Who benefits from green spaces? Surrounding greenness and incidence of cardiovascular disease in a population-based electronic medical records cohort in Madrid. *Int J Hyg Environ Health*. (2023) 252:114221. doi: 10.1016/j.ijheh.2023.114221.
33. Novoa A, Bosch J, Díaz F, Malmusi D, Darnell M, Trilla C. El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de Vivienda. *Gac Sanit*. (2014) 28(S1):44-50. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.018.
34. Bower M, Kent J, Patulny R, Green O, McGrath L, Teesson L, et al. The impact of the built environment on loneliness: A systematic review and narrative synthesis. *Health Place*. (2023) 79:102962. doi: 10.1016/j.healthplace.2022.102962.
35. Geneshka M, Coventry P, Cruz J, Gilbody S. Relationship between Green and Blue Spaces with Mental and Physical Health: A Systematic Review of Longitudinal Observational Studies. *Int J Environ Res Public Health*. (2021) 26;18(17):9010. doi: 10.3390/ijerph18179010.
36. Kivimäki M, Batty GD, Pentti J, Nyberg ST, Lindbohm JV, Ervasti J, et al. Modifications to residential neighbourhood characteristics and risk of 79 common health conditions: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*. (2021) 6(6):e396-e407. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00066-9.
37. Spring A. Short- and Long-Term Impacts of Neighborhood Built Environment on Self-Rated Health of Older Adults. *Gerontologist*. (2018) 18;58(1):36-46. doi: 10.1093/geront/gnx119.
38. Ioannou B. Ageing in suburban neighbourhoods: Planning, densities and Place Assessment. (2019) 4(2):18-30. doi:10.17645/up.v4i2.1863.
39. Verma I, Taegen J. Ageing and Inclusion in Rural Areas. *Stud Health Technol Inform*. (2021) 4;282:348-357. doi: 10.3233/SHTI210409.
40. Verma I, Taegen J. Access to Services in Rural Areas from the Point of View of Older Population-A Case Study in Finland. *Int J Environ Res Public Health*. (2019) 2;16(23):4854. doi: 10.3390/ijerph16234854.
41. Abshire DA, Graves JM, Amiri S, Williams-Gilbert W. Differences in Loneliness Across the Rural-Urban Continuum Among Adults Living in Washington State. *J Rural Health*. (2022) 38(1):187-193. doi: 10.1111/jrh.12535.
42. Henning-Smith C, Moscovice I, Kozhimannil K. Differences in Social Isolation and Its Relationship to Health by Rurality. *J Rural Health*. (2019) 35(4):540-549. doi: 10.1111/jrh.12344.
43. Vitale E, Cotella G. Improving Rural Accessibility: A Multilayer Approach. *Sustainability* (2020) 12:2876. doi: 10.3390/su12072876.
44. Wood GER, Pykett J, Daw P, Agyapong-Badu S, Banchoff A, King AC, et al. The Role of Urban Environments in Promoting Active and Healthy Aging: A Systematic Scoping Review

- of Citizen Science Approaches. *J Urban Health*. (2022) 99(3):427-456. doi: 10.1007/s11524-022-00622-w.
45. Afzalan N, Sanchez TW, Evans-Cowley J. Creating smarter cities: Considerations for selecting online participatory tools. *Cities* (2017) 67:21-30. doi: 10.1016/j.cities.2017.04.002.
46. National Institute for Health and Care Excellence. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities [Internet]. [London]: NICE; 2016 [cited 2023 Jun 16]. (Clinical guideline [CG90]). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
47. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2018). ISBN: 978-84-09-06561-5
48. O’Faircheallaigh C. Public participation and environmental impact assessment: Purposes, implications, and lessons for public policy making. *Environ Impact Assess Rev*. (2010) 30(1):19–27. doi: 10.1016/j.eiar.2009.05.001.
49. Nieuwenhuijsen MJ, Khreis H, Verlinghieri E, Mueller N, Rojas-Rueda D. Participatory quantitative health impact assessment of urban and transport planning in cities: A review and research needs. *Environ Int*. (2017) 103:61-72. doi: 10.1016/j.envint.2017.03.022.
50. Hofland ACL, Devilee J, van Kempen E, den Broeder L. Resident participation in neighbourhood audit tools - a scoping review. *Eur J Public Health*. (2018) 1,28(1):23-29. doi: 10.1093/eurpub/ckx075.
51. Hes, D., Hernandez-Santin, C., Beer, T., Huang, SW. Place Evaluation: Measuring What Matters by Prioritising Relationships. In: Hes, D., Hernandez-Santin, C. (eds) *Placemaking Fundamentals for the Built Environment*. Palgrave Macmillan, Singapore (2020). P.275-303. doi: 10.1007/978-981-32-9624-4_13.
52. Nickelson J, Wang AR, Mitchell QP, Hendricks K, Paschal A. Inventory of the physical environment domains and subdomains measured by neighborhood audit tools: A systematic literature review. *J Environ Psychol*. (2013) 36:179-89. doi: 10.1016/j.jenvp.2013.07.009.
53. Nieuwenhuijsen, M.J. Urban and transport planning, environmental exposures and health-new concepts, methods and tools to improve health in cities. *Environ Health*. (2016) 15 (Suppl 1), S38. doi:10.1186/s12940-016-0108-1
54. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European Healthy Cities Network 2020; Compendium of Tools, Resources and Networks; World Health Organization Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark (2020). WHO/EURO:2020-5626-45391-64952
55. NHS Health Scotland. Place Standard process evaluation: learning from case studies in year one. Edinburgh: NHS Health Scotland (2017).
56. Kleopa, D., Panayiotou, A., Kouta, C. et al. Profiling the variability and inequity in the residential environment in Cyprus according to citizens’ ratings: a cross-sectional internet-based “Place Standard” survey. *BMC Public Health* (2022) 22:267. doi: 10.1186/s12889-022-12706-y.
57. Ocaña A, Gea-Caballero V, Peiró R, Juárez-Vela R, Pérez-Sanz E, Corchón S, et al. Properties of the Spanish Version of the Place Standard Tool. *Int J Environ Res Public Health*. (2022) 31;19(15):9395. doi: 10.3390/ijerph19159395.
58. Creswell JW, Plano Clark VL *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 2nd Edition. Los Angeles: Sage Publications. (2011)
59. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ* (2010) 17:341:c4587. doi: 10.1136/bmj.c4587.

60. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P. et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ. Inf.* (2018) 34:285–291. ISSN 0167-8329.
61. Generalitat Valenciana. Procedimiento para trabajar la acción comunitaria para la salud desde los municipios en cinco etapas. Serie de Guías XarxaSalut nº 1. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2018).
62. Generalitat Valenciana. Conselleria de Economia Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo. Portal estadístico de la Generalitat Valenciana. Ficha Municipal Dénia Edición 2021. Available online: <http://www.pegv.gva.es/auto/scpd/web/FICHAS/Fichas/03063.pdf> (accessed on 3 March 2021).
63. Agencia Tributaria. Estadística de los declarantes de IRPF por municipios 2019 [internet]. Gobierno de España [citado 30 noviembre de 2022]. Available from: https://www.agenciatributaria.es/AEAT/Contenidos_Comunes/La_Agencia_Tributaria/Estadisticas/Publicaciones/sites/irpfmunicipios/2019/jrubik4f9ac63a34e55950831264cd51df1dc37cc09d25.html
64. Generalitat Valenciana. Conselleria de Economia Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo. Portal estadístico de la Generalitat Valenciana. Ficha Municipal Yátova Edición 2021. Available online: <https://pegv.gva.es/auto/scpd/web/FICHAS/Fichas/46261.pdf>
65. Berenguer A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol) (2014)
66. O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *J Clin Epidemiol.* (2014) 67(1):56–64. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.08.005.
67. Ocaña A, Paredes-Carbonell JJ, Peiró R, Pérez E, Gea V. Evaluación participativa del territorio con enfoque de equidad: adaptación y validación de la Place Standard al contexto español. *Gac Sanit.* (2022) 36(4):360–367. doi: 10.1016/j.gaceta.2021.03.006.
68. Braun V, Clarke V. What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *Int J Qualitative Stud Health Well-being.* (2014) 9:26152. doi: 10.3402/qhw.v9.2615270.
69. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology* (2006) 3(2):77–101, doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
70. Guetterman TC, Fetter MD, Creswell JW. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *Ann Fam Med.* (2015). 13(6):554–61. doi: 10.1370/afm.1865.
71. Gjorgiev D, Dimovska M, Morris G, Howie J, Borota Popovska M, Topuzovska Latkovikj M. How Good Is our Place-Implementation of the Place Standard Tool in North Macedonia. *Int J Environ Res Public Health.* (2019) 27;17(1):194. doi: 10.3390/ijerph17010194.
72. Lam TM, Wang Z, Vaartjes I, Karssenberg D, Ettema D, Helbich M, et al. Development of an objectively measured walkability index for the Netherlands. *Int J Behav Nutr Phys.* (2022) 19:50. doi: 10.1186/s12966-022-01270-8.
73. Olsen JR, Thornton L, Tregonning G, Mitchell R. Nationwide equity assessment of the 20-min neighbourhood in the scottish context: A socio-spatial proximity analysis of residential locations. *Soc Sci Med.* (2022). 315:115502. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.115502.
74. Saénz C, Daher C, Hidalgo L, Nieuwenhuijsen. Vivienda y salud Características y condiciones de la vivienda. Barcelona: Diputació Barcelona (2021). ISBN: ISBN: 978-84-19091-12-3.
75. Rubio A (coord). Libro blanco de la vivienda – Comunitat Valenciana. Valencia: Instituto Valenciano de la Edificación (2018). ISBN: 978-84-948821-7-3

76. Ros JM (coord). *Despoblación rural: soluciones en el marco de la agenda urbana española*. Madrid: Conarquitectura ediciones (2021). ISBN: 978-84-120768-9-9.
77. Anguelovski I, Cole H, O'Neill E, Baró F, Kotsila P, Sekulova F, et al. Gentrification pathways and their health impacts on historically marginalized residents in Europe and North America: Global qualitative evidence from 14 cities. *Health Place* (2021) 72:102698. doi: 10.1016/j.healthplace.2021.102698.
78. Mercader-Moyano P, Flores-García M, Serrano-Jiménez A. Housing and neighbourhood diagnosis for ageing in place: Multidimensional Assessment System of the Built Environment (MASBE). *Sustainable Cities and Society* (2020). 62:102422. doi: 10.1016/j.scs.2020.102422.
79. Cole HVS, Mehdipanah R, Gullón P, Triguero-Mas M. Breaking Down and Building Up: Gentrification, Its drivers, and Urban Health Inequality. *Curr Environ Health Rep.* (2021) 8(2):157-166. doi: 10.1007/s40572-021-00309-5.
80. Mehdipanah R, Marra G, Melis G, Gelormino E. Urban renewal, gentrification and health equity: a realist perspective. *Eur J Public Health.* (2018) 28(2):243-248. doi: 10.1093/eurpub/ckx202.
81. Godovykh M, Ridderstaat J. Health outcomes of tourism development: A longitudinal study of the impact of tourism arrivals on residents' health. *Journal of Destination Marketing & Management.* (2020) 17:100462. Doi: 10.1016/j.jdmm.2020.100462.
82. Carvajal S. Impactos socioeconómicos y medio ambientales del turismo en España. *Obs. Medioambient.* (2020). 23:243-288. Doi: 10.5209/OBMD.73171.
83. Brooks C, Waterton E, Saul H, Renzaho A. Exploring the relationships between heritage tourism, sustainable community development and host communities' health and wellbeing: A systematic review. *PLoS One.* (2023) 29;18(3):e0282319. doi: 10.1371/journal.pone.0282319.
84. Anton, CE, Lawrence C. Home is where the heart is: The effect of place of residence on place attachment and community participation. *Journal of Environmental Psychology.* (2014) 40:451-461. doi: 10.1016/j.jenvp.2014.10.007.
85. Zisakou A, Figgou L. Integration, urban citizenship, and spatial aspects of (new) mobilities: Greek migrants' constructions of integration in European cities. *Br J Soc Psychol.* (2023) 00:1-18. doi: 10.1111/bjso.12649.
86. Jones R, Heim D, Hunter S, Ellaway A. The relative influence of neighbourhood incivilities, cognitive social capital, club membership and individual characteristics on positive mental health. *Health Place.* (2014) 28:187-93. doi: 10.1016/j.healthplace.2014.04.006.
87. Veitch J, Salmon J, Ball K. Children's Perceptions of the Use of Public Open Spaces for Active Free-play, Children's Geographies. (2007) 5:4, 409-422, doi: 10.1080/14733280701631874
88. Aminzadeh K, Denny S, Utter J, Milfont TL, Ameratunga S, Teevale T, Clark T. Neighbourhood social capital and adolescent self-reported wellbeing in New Zealand: a multilevel analysis. *Soc Sci Med.* (2013) 84:13-21. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.012.
89. Wee LE, Tsang TYY, Yi H, Toh SA, Lee GL, Yee J, Lee S, Oen K, Koh GCH. Loneliness amongst Low-Socioeconomic Status Elderly Singaporeans and its Association with Perceptions of the Neighbourhood Environment. *Int J Environ Res Public Health.* (2019) 18;16(6):967. doi: 10.3390/ijerph16060967.
90. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. *Maturitas.* (2018) 113:80-84. doi: 10.1016/j.maturitas.2018.04.014.
91. Nyqvist F, Victor CR, Forsman AK, Cattán M. The association between social capital and loneliness in different age groups: a population-based study in Western Finland. *BMC Public Health.* (2016) 11;16:542. doi: 10.1186/s12889-016-3248-x.
92. Coll-Planas L, Del Valle Gómez G, Bonilla P, Masat T, Puig T, Monteserin R. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health Soc Care Community.* (2017) 25(1):145-157. doi: 10.1111/hsc.12284.

- 901 93. Zhang X, Dong S. The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis
 902 and review. *Acta Psychol (Amst)*. (2022) 227:103616. doi: 10.1016/j.actpsy.2022.103616.
 903 94. Luhmann M, Buecker S, Rüsberg M. Loneliness across time and space. *Nat Rev Psychol*.
 904 (2023) 2(1):9-23. doi: 10.1038/s44159-022-00124-1.
 905 95. Organised by: BZgA (Germany), Scottish Government, Public Health Scotland (UK), EUPHA
 906 Public health monitoring and reporting section, EUPHA Health impact assessment section,
 907 JAHEE, Chair persons: Christina Plantz - Germany, Kat Hasler - UK, 16.D. Workshop: The
 908 Place Standard Tool around the world – experience on impact, equity aspects and
 909 transferability, *European Journal of Public Health*, Volume 30, Issue Supplement_5, September
 910 2020, ckaa165.771. doi: 10.1093/eurpub/ckaa165.771.
 911 96. Donaldson GH, João, EM. Using green infrastructure to add value and assist place-making in
 912 public realm developments, *Impact Assessment and Project Appraisal* (2019) 38:6:464-478.
 913 doi: 10.1080/14615517.2019.1648731.
 914 97. Horgan D, Dimitrijević B. Frameworks for citizens participation in planning: From
 915 conversational to smart tools. *Sustainable Cities and Society*. (2019) 48:101550. Doi:
 916 10.1016/j.scs.2019.101550.
 917 98. Covid Recovery and Public Service Reform Directorate. Minister for Parliamentary Business.
 918 Participation framework. Scottish Government (2023). ISBN 9781805254775.
 919 99. Galarraga P, Vives M, Cabrera-Manzano D, Urda L, Brito M, Gea-Caballero V. La
 920 incorporación de la salud comunitaria en la planificación y la transformación del entorno
 921 urbano. *Informe SESPAS 2018. Gac Sanit*. (2018) 32(S1):74–81. doi:
 922 10.1016/j.gaceta.2018.08.001
 923 100. Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, Pelikan JM, Sagy S, Eriksson M, et al. The
 924 Handbook of Salutogenesis (2nd edition) [Internet]. Springer International Publishing; 2022.
 925 [citado el 12 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.salutogenesi.org/dalla-letteratura-](https://www.salutogenesi.org/dalla-letteratura-internazionale/the-handbook-of-salutogenesis-2nd-edition-2022)
 926 [internazionale/the-handbook-of-salutogenesis-2nd-edition-2022](https://www.salutogenesi.org/dalla-letteratura-internazionale/the-handbook-of-salutogenesis-2nd-edition-2022)
 927 101. Lewis S, Bambra C, Barnes A, Collins M, Egan M, Halliday E, et al. Reframing "participation"
 928 and "inclusion" in public health policy and practice to address health inequalities: Evidence
 929 from a major resident-led neighbourhood improvement initiative. *Health Soc Care Community*.
 930 (2019) 27(1):199-206. doi: 10.1111/hsc.12640.
 931 102. Popay, J. Community Empowerment and Health Improvement: The English Experience. In:
 932 Morgan, A., Davies, M., Ziglio, E. (eds) *Health Assets in a Global Context*. New York:
 933 Springer (2010). doi:10.1007/978-1-4419-5921-8_10.
 934 103. Sniffer, Sustainable Scotland Network, Architecture&Design Scotland, Place Standard with a
 935 Climate Lens (2023). <https://www.ourplace.scot/Place-Standard-Climate> [accessed Agost 03,
 936 2023].
 937 104. Tollmann P, Mekel O, Mensing M, Claßen T, Sammet T, Boos R, et al. Creating a German
 938 "StadtRaumMonitor" with a climate lens - The approach and design of the piloting, *European*
 939 *Journal of Public Health*. (2022) 32:3. doi: 10.1093/eurpub/ckac129.360

940 Figures

941 Figure 1. Schema for the mixed-method research design

942 Tables

943 Table 1. Participation methods and number of participants by method.

Participation method	Urban Setting	Rural Setting
----------------------	------------------	------------------

This is a provisional file, not the final typeset article

A. Discussion groups	91	53
Intersectoral Participation Structure of XarxaSalut (professionals, local administration and citizens)	13	11
Associations and Local Entities	10	13
Neighborhood Groups (Citizens and Local Administration)	17	-
Women in a vulnerable socioeconomic situation	7	7
People with Disabilities	10	3
Foreign Residents	8	-
Elderly People	12	19
Young People	14	-
B. Structured interview	83	46
C. Online questionnaire	68	15
Total participants	242	114

944 **Table 2.** Topics and main questions of the Place Standard Tool.

	Topic	Main question
T1	Walking or Cycling	How easy is it to move around and get to where I want to go?
T2	Public Transport	What is public transport like in my place?
T3	Traffic and Parking	How do traffic and parking affect how I move around my place?
T4	Streets and Spaces	What are the buildings, streets and public spaces like in my place?
T5	Natural Space	How easy is it for me to regularly enjoy natural space
T6	Play and Recreation	How good are the spaces and opportunities for play and recreation in my place?
T7	Services	How well do services in my place meet my needs?
T8	Work and Local Economy	How active is the local economy in my place and are there good opportunities for work, volunteering, and training?
T9	Housing and Community	How well do the homes in my place meet the needs of my community?
T10	Social Interaction	How good is the range of opportunities which allow me to meet and spend time with other people?
T11	Identity and Belonging	To what extent does my place have a positive identity that supports a strong sense of belonging?
T12	Feeling Safe	How safe does my place make me feel?
T13	Care and Maintenance	How well is my place looked after and cared for?
T14	Influence and Sense of Control	When things happen in my place how well am I listened to and included in decision-making?

945 **Table 3.** Sociodemographic characteristics of the sample by participation method and setting (n=356)

(n, %)	Urban Setting (242,67.98)			Rural Setting (114,32.02)		
	Discussion group	Structured Interview	Online questionnaire	Discussion group	Structured Interview	Online questionnaire
	91(37.60)	83(34.30)	68 (28.10)	53(46.54)	46(40.35)	15 (13.16)
<i>Gender(n, %)</i>						
Female	61 (67.03)	58 (69.89)	33(48.53)	38(71.70)	25(54.35)	10(66.67)
Male	30(32.97)	25 (30.12)	34(50.00)	14(26.41)	20(43.48)	5(33.33)
Other	-	-	1(1.47)	-	-	-
Missing data	-	-	-	1(1.89)	1(2.17)	-

<i>Age (n, %)</i>						
18 to 35 years	27(29.67)	14 (16.87)	26(38.24)	7(13.21)	18(39.13)	5(33.33)
36 to 50 years	20(21.98)	18 (21.69)	23(33.82)	7(13.21)	6(13.04)	7(46.67)
51 to 65 years	25(27.47)	32 (38.55)	14(20.59)	14(26.41)	18(39.13)	2(13.33)
66 or above	18(19.78)	19 (22.89)	5(7.35)	23(43.40)	4(8.70)	1(6.67)
Missing data	1(1.10)	-	-	2(3.77)	-	-
<i>Education Level (n, %)</i>						
Primary school or below	13(14.29)	4 (4.81)	2(2.94)	20(37.74)	6(13.04)	-
Secondary school uncomplete	15(16.48)	18 (21.69)	3(4.41)	11(20.75)	17(36.96)	8(53.33)
Secondary school complete	39(42.86)	26 (31.32)	21(30.88)	9(16.98)	9(19.56)	-
Tertiary education or above	24(26.37)	35 (42.17)	42(61.76)	12(22.64)	14(30.43)	7(46.67)
Missing data	-	-	-	1(1.89)	-	-
<i>Employment status (n, %)</i>						
Student	18(19.78)	2 (2.41)	10(14.71)	2(3.77)	3(6.52)	3(20)
Employed	31(34.07)	45 (54.22)	43(63.24)	17(32.07)	31(67.39)	11(73.33)
Unemployed	12(13.19)	5 (6.02)	8(11.76)	7(13.21)	4(8.70)	-
Unpaid care	1(1.10)	2 (2.41)	1(1.47)	1(1.89)	3(6.52)	1(6.67)
Retired	29(31.87)	29 (34.94)	6(8.82)	25(47.17)	4(8.70)	-
Missing data	-	-	-	1(1.89)	1(2.17)	-
<i>Degree of Disability (n, %)</i>						
33% or below	81(89.01)	78 (93.98)	67(98.53)	47(88.68)	46(100)	14(93.33)
33% or above	10(10.99)	5 (6.02)	1(1.47)	5(9.43)	-	1(6.67)
Missing data	-	-	-	1(1.89)	-	-
<i>Nationality (n, %)</i>						
Spanish	68(74.72)	68 (81.93)	43(63.24)	52(98.11)	44(95.65)	14(93.33)
European Union	7(7.69)	11 (13.25)	2(2.94)	1(1.89)	-	1(6.67)
Not European Union	14(15.39)	4 (4.82)	-	-	2(4.35)	-
Missing data	2(2.20)	-	23(33.82)	-	-	-

946 **Table 4.** Quantitative assessment of the municipality based on sociodemographic characteristics and
947 setting

Sociodemographic characteristics		Topic													
		T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14
Urban Setting															
Sex	Female	6.00	4.00	4.00	7.00	7.00	6.00	7.00	4.00	5.00	7.00	8.00	7.00	6.00	6.00
	Male	6.50	4.00	5.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	5.00	7.00	8.00	8.00	5.00	6.00
Age group	18-35	7.00	4.00	4.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	5.00	6.00	8.00	7.00	6.00	6.00
	36-50	5.00	3.00	3.00	6.00	7.00	6.00	7.00	4.00	5.00	6.00	8.00	8.00	5.00	6.00
	51-65	7.00	4.00	5.00	7.00	7.00	6.00	7.00	4.50	5.00	7.00	8.00	7.00	5.00	5.00
	>65	7.00	5.00	5.00	7.00	6.00	6.00	8.00	4.00	6.00	8.00	8.00	7.50	6.00	7.00
Educational Level	Primary	6.50	5.00	5.00	7.50	8.00	7.00	8.00	4.00	4.50	8.00	9.00	8.00	7.00	8.00
	Second Incomplete	6.00	3.00	3.00	7.00	6.00	6.00	7.00	5.00	4.00	7.00	8.00	7.00	5.00	5.00
	Secondary	6.00	4.00	4.00	7.00	7.00	5.00	7.00	4.00	5.00	6.00	8.00	7.00	6.00	6.00
	Tertiary	6.00	3.00	5.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	6.00	7.00	7.00	8.00	6.00	6.00
Student		6.00	4.50	4.00	7.00	7.00	6.00	8.00	5.00	5.00	5.50	8.00	8.00	6.00	5.00

This is a provisional file, not the final typeset article

Employment Situation	Employed	6.00	3.00	4.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	5.00	7.00	8.00	7.00	5.00	6.00
	Unemployed	6.00	3.50	4.00	7.00	7.00	5.00	7.00	3.00	3.00	5.00	8.00	6.00	5.00	5.00
	Unpaid care	5.00	5.00	2.00	5.00	8.00	6.00	7.00	3.50	5.00	5.00	7.00	7.50	5.00	7.00
	Retired	7.00	5.00	5.00	7.00	8.00	6.00	8.00	4.00	5.00	8.00	8.00	8.00	6.00	6.00
Disability	≥33%	7.00	4.00	4.00	8.00	8.00	8.00	8.00	5.00	4.50	8.00	9.00	8.00	5.00	7.00
	<33%	6.00	4.00	4.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	5.00	7.00	8.00	7.00	5.50	6.00
Nationality	Spanish	6.00	4.00	4.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	5.00	7.00	8.00	7.00	5.00	6.00
	European	7.00	4.00	5.00	8.00	7.50	7.00	8.00	4.00	5.50	8.00	9.00	7.50	5.00	6.00
	Non-EU	7.00	4.00	4.00	8.00	8.00	6.00	8.50	4.00	3.50	6.00	9.00	9.00	7.00	8.00
Rural Setting															
Sex	Female	7.00	5.00	7.00	8.00	8.00	5.00	7.00	5.00	7.00	7.00	9.00	6.75	6.00	7.00
	Male	7.00	5.00	7.00	7.00	8.00	6.00	7.00	4.00	6.00	7.00	9.00	7.00	6.00	6.00
Age group	18-35	7.00	6.00	8.00	8.00	8.00	6.00	7.00	5.00	8.00	7.00	9.00	6.50	6.00	5.00
	36-50	8.00	4.50	8.00	8.00	9.00	6.50	7.50	4.50	6.00	7.00	9.00	7.00	7.00	7.00
	51-65	7.00	5.00	8.00	8.00	8.00	6.00	6.00	4.50	7.00	8.00	9.00	6.50	6.00	8.00
	>65	5.00	4.00	4.75	7.00	6.50	4.00	5.00	3.00	5.00	5.00	8.00	6.00	5.00	7.00
Educational Level	Primary	5.00	5.00	5.00	7.00	7.00	4.50	5.00	3.00	6.00	6.00	7.00	5.50	6.00	6.50
	Second Incomplete	7.00	5.00	7.00	8.00	9.00	6.00	7.00	4.00	7.00	8.00	10.00	6.75	5.50	6.50
	Secondary	7.00	5.00	8.00	8.00	9.00	5.00	7.00	5.00	7.00	6.00	9.00	7.00	6.00	8.00
	Tertiary	8.00	4.00	8.00	8.00	8.00	6.00	7.00	5.00	6.00	7.00	9.00	7.00	6.00	7.00
Employment Situation	Student	7.00	7.00	8.00	8.00	8.00	6.50	6.50	5.50	7.00	8.00	9.50	7.00	7.00	8.00
	Employed	8.00	5.00	8.00	8.00	8.00	6.00	7.00	4.00	7.00	7.00	9.00	7.00	6.00	7.00
	Unemployed	7.00	5.00	8.00	8.00	9.00	6.00	7.00	5.00	8.00	9.00	9.00	6.00	4.00	5.00
	Unpaid care	9.00	5.00	8.00	10.00	10.00	7.00	6.00	6.00	7.00	8.00	10.00	5.00	6.00	2.00
	Retired	5.00	5.00	5.00	7.00	7.00	5.00	5.00	4.00	5.00	6.00	8.00	6.50	5.00	8.00
Disability	≥33%	5.50	4.00	8.50	7.00	7.50	5.50	5.50	3.50	8.00	7.00	8.50	5.50	6.50	7.50
	<33%	7.00	5.00	7.00	8.00	8.00	6.00	7.00	4.00	6.00	7.00	9.00	7.00	6.00	7.00
Nationality	Spanish	7.00	5.00	7.00	7.50	8.00	6.00	7.00	4.00	7.00	7.00	9.00	7.00	6.00	7.00
	European	8.50	5.00	5.50	6.50	10.00	6.00	6.00	3.50	7.50	10.00	5.50	6.50	4.00	2.00
	Non-EU	8.50	10.00	7.50	9.00	9.00	6.50	10.00	4.50	5.50	10.00	10.00	10.00	9.00	6.50

Note: Medians are ordered by color from red to green, red being the lowest score and green corresponding to the highest score.

948 Table 5. Comparison of Medians by Setting and EdV Topic

Topic	Setting (n)	Median (IQR)	Min-Max	p
Walking or Cycling	Urban(237)	6.00(4)	1-10	0.018*
	Rural(113)	7.00(3)		
Public Transport	Urban(236)	4.00(4)	1-10	0.002*
	Rural(110)	5.00(3)		
Traffic and Parking	Urban(237)	4.00(3)	1-10	0.000*
	Rural(111)	7.00(4)		
Streets and Spaces	Urban(237)	7.00(3)	1-10	0.000*
	Rural(112)	8.00(2)		
Natural Space	Urban(237)	7.00(3)	1-10	0.000*
	Rural(111)	8.00(3)		
Play and Recreation	Urban(240)	6.00(3)	1-10	0.827
	Rural(109)	6.00(3)		
Services	Urban(239)	7.00(2)	1-10	0.596
	Rural(111)	7.00(4)		
Work and Local Economy	Urban(238)	5.00(2)	1-10	0.581

	Rural(109)	4.00(3)		
	Urban(240)	5.00(3)		
Housing and Community	Rural(110)	7.00(3)	1-10	0.000*
	Urban(239)	7.00(3)		
Social Interaction	Rural(110)	7.00(3)	1-10	0.024*
	Urban(238)	8.00(3)		
Identity and Belonging	Rural(111)	9.00(3)	1-10	0.000*
	Urban(239)	7.00(4)		
Feeling Safe	Rural(109)	7.00(3)	1-10	0.056
	Urban(238)	5.00(3)		
Care and Maintenance	Rural(111)	6.00(3)	1-10	0.280
	Urban(236)	6.00(4)		
Influence and Sense of Control	Rural(108)	7.00(4)	1-10	0.147

* $p < 0.05$

949 **Table 6.** Themes and descriptive labels for each assessed topic of EdV in rural and urban settings

Topic	Categories and description	
	<i>Urban Setting</i>	<i>Rural Setting</i>
T1	Barriers to Walking Condition of sidewalks and urban infrastructure that hinders pedestrian movement.	Facilitating and hindering elements for walking street and sidewalk features, infrastructure, and architectural barriers.
	Road Safety Lack of safety for pedestrians and cyclists.	Road Safety Lack of safety for cyclists.
	Cycling Characteristics of the cycling network and cycling culture.	Cycling Characteristics of the cycling network and cycling culture.
T2	Connections Inefficient connections between essential facilities, neighborhoods, and transportation modes.	Connections Lack of connection to essential facilities, other municipalities, and transportation modes.
	Prices Transportation costs and discount systems.	Accessibility Barriers to accessing transportation services.
	Information and Service Access to transportation information, such as schedules, and quality of transportation services.	Transportation Service Limited transportation availability and frequency.
	Where It Doesn't Take You Places that cannot be reached by public transportation.	
T3	Parking Conditions of public and private parking.	Parking Ease of parking.
	Pedestrianization of Streets Experiences related to pedestrian zones.	
	Traffic Negative perception of the impact of traffic on well-being.	Traffic Low traffic and impact of car overuse.
T4	Shade	Lack of Facilities Mobility aids, lighting, and shade.

This is a provisional file, not the final typeset article

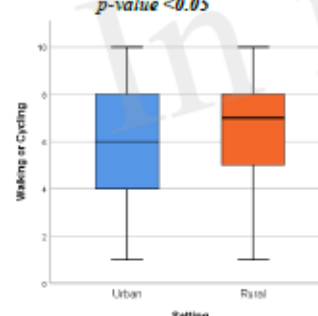
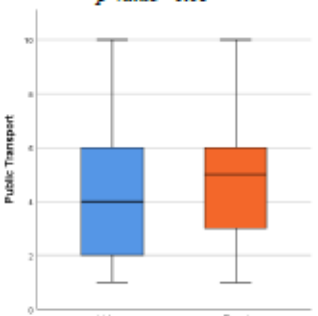
	Shaded areas as a requirement on streets and public spaces.	
	Pedestrian Experience Walking experience on city streets and in public spaces.	Aesthetics Aesthetic perception of public places.
T5	Natural Areas in the Vicinity of the City Natural spaces, facilities, and highlighted features.	Natural Areas Outside the Town Natural zones and the Mijares mountain range.
	Urban Parks Characteristics of parks within the urban area.	Natural Areas Inside the Town Characteristics of municipal parks.
	Beaches Characteristics of the municipality's beaches, and issues with algae.	
	Demands Shortages in spaces, facilities, and maintenance of natural areas.	
T6	Positively Valued Activities Characteristics of leisure activities and target population.	Spaces and Activities Characteristics of the leisure space and activity offerings.
	Demand for Activities Demand for specific activities.	Demands for Play and Leisure Requests for spaces and activities by population groups.
	Cinema Access difficulties to movie theaters.	
	Sports Characteristics of the municipality's sports offerings.	
	Young People Lack of leisure offerings for young people.	
T7	Public Services Accessibility to administrative procedures and lack of public services.	Public Services Characteristics of the public service offerings.
	Healthcare Demands for improvement in the quality of public healthcare services.	Demand Demand for new services and improvement of existing ones.
	Local Commerce Characteristics of the local commercial offerings.	Local Commerce Characteristics of the local commercial offerings.
T8	Employment Opportunities Unemployment, job difficulties, and job insecurity.	Employment Opportunities Possibility of employment or creation of new jobs.
	Local Economy Characteristics of local businesses and types of industries.	Local Economy Characteristics of the local economic activity.
	Education and Training Supply and demand for training in the local economic sectors.	Impact of Local Unemployment Opportunities for employment outside the municipality.

T9	Housing Rental Characteristics of the rental housing market.	Housing Supply Characteristics of available rental or purchase housing.
	Housing Access Barriers preventing access to housing.	Owner-Occupied Housing Types of local owner-occupied housing.
		Vacant Housing Characteristics and causes of vacant housing.
T10	Social Spaces Places that facilitate gatherings and demands for new spaces.	Social Spaces Demand for spaces for social interaction.
	Promotion of Social Contact Groups and organizations that promote social contact.	Promotion of Social Contact Local associations.
	Relationship Challenges Lack of meeting places, language barriers, consumption-related leisure.	Activities Activities that promote social contact.
	Loneliness Groups and individuals with a perception of loneliness.	Childhood and Adolescence Demand for social interaction spaces and activities during winter and weekends.
T11	Integration Challenges Barriers that hinder a sense of identity and belonging to the municipality.	Integration Challenges Negative aspects related to the sense of belonging and integration.
	Identity Factors Aspects that contribute to a sense of belonging to the municipality.	Identity Elements Factors that facilitate the feeling of belonging to the municipality.
T12	Threats to Personal Safety Experiences of fear and danger perception.	Disruptions Events that threaten security.
	Police Presence and perception of police activity.	Police Perception of police absence.
	Perception of Safety Factors that promote the perception of personal safety.	Perception of Safety Factors related to personal safety.
T13	Municipal Actions Activities perceived as the responsibility of municipal services that are not being carried out or need improvement.	Municipal Actions Activities perceived as the responsibility of municipal services that are not being carried out or need improvement.
	Garbage and Recycling Municipal and community compliance with garbage collection and recycling.	Garbage and Recycling Garbage and recycling collection system and perception of municipal and community compliance.
	Natural Spaces Perception of the care and maintenance of both urban and out-of-town natural areas.	Cleanliness Perception of the cleanliness level of public space.
	Activities Generating Litter Public drinking and street markets.	
	Lack of Civic Responsibility Neighbor behavior related to a lack of care and maintenance.	Lack of Civic Responsibility Neighbor behavior related to a lack of care and maintenance.
T14	Participation Channels	Participation Channels

This is a provisional file, not the final typeset article

	Characteristics of the known local participation channels.	Characteristics of the known local participation channels.
	Challenges in Participating Cultivation of a participation culture and efforts to encourage involvement.	Challenges in Participating Barriers to engagement.
	Influence and Participation in Decision-Making Perceived capacity in local decision-making.	Influence and Participation in Decision-Making Perceived capacity in local decision-making.
E**	Tourism Impact on employment, housing, and living conditions during the summer.	
	Accessibility Economic, informational, architectural, and digital difficulties and barriers.	
*Themes evidenced in discussion groups and structured interviews. **Emerging Themes.		

950 Table 7. Joint Display of Quantitative and Qualitative Results

Quantitative scores by EdV theme and setting (Medians, IQR and p)	Key qualitative results shared, by context and interpretation
<i>p-value <0.05</i> 	Common results: Walkable municipalities everywhere. Lack of bike lanes, road safety needs improvement, and bike culture needs to be promoted. Mobility barriers. Lack of amenities: shade and benches. Urban context: Lack of amenities, such as public toilets, benches, shaded areas. Road insecurity. Car hegemony. Rural context: Mobility and caregiving challenges: narrow sidewalks, need to walk on the road, architectural barriers. Interpretation: The more negative assessment in the urban context is influenced by not having a developed cycling network and a culture similar to other cities in the province. Also, traffic is perceived as a source of insecurity for walking or cycling. Architectural barriers that hinder mobility and caregiving-related activities prevail in the rural context, with a higher perception of walkability, even on the road, influenced by low road traffic.
<i>p-value <0.05</i> 	Common results: Poor connectivity to basic facilities (hospital, schools) and other municipalities. No price discounts for specific groups. Urban context: Lack of connectivity to other municipalities, between neighborhoods, with the shopping center, and natural areas. Scarce and inaccessible information about the service: frequencies, stops, routes. High prices. Rural context: Train station connected by bus. Lack of coordination between transportation modes (train-bus). Transportation not accessible to people with reduced mobility. Interpretation: In the rural context, the lack of access to better public transportation is often considered normal, leading to a greater reliance on private vehicles. In contrast, in the urban setting, transportation is more often a public service intended to meet the mobility needs of the population. As a result, the quality of this service is evaluated more critically, highlighting aspects such as the disconnection of basic infrastructure and a greater impact on various population groups, such as migrants, older adults, and women.
<i>p-value <0.05</i>	Common results: Car culture prevail over walking for commuting. Perception of lack of road safety in shared areas with vehicles. Urban context: Lack of free public parking. Deficiency in discouraging parking facilities that promote walking. Lack of public transport. Traffic

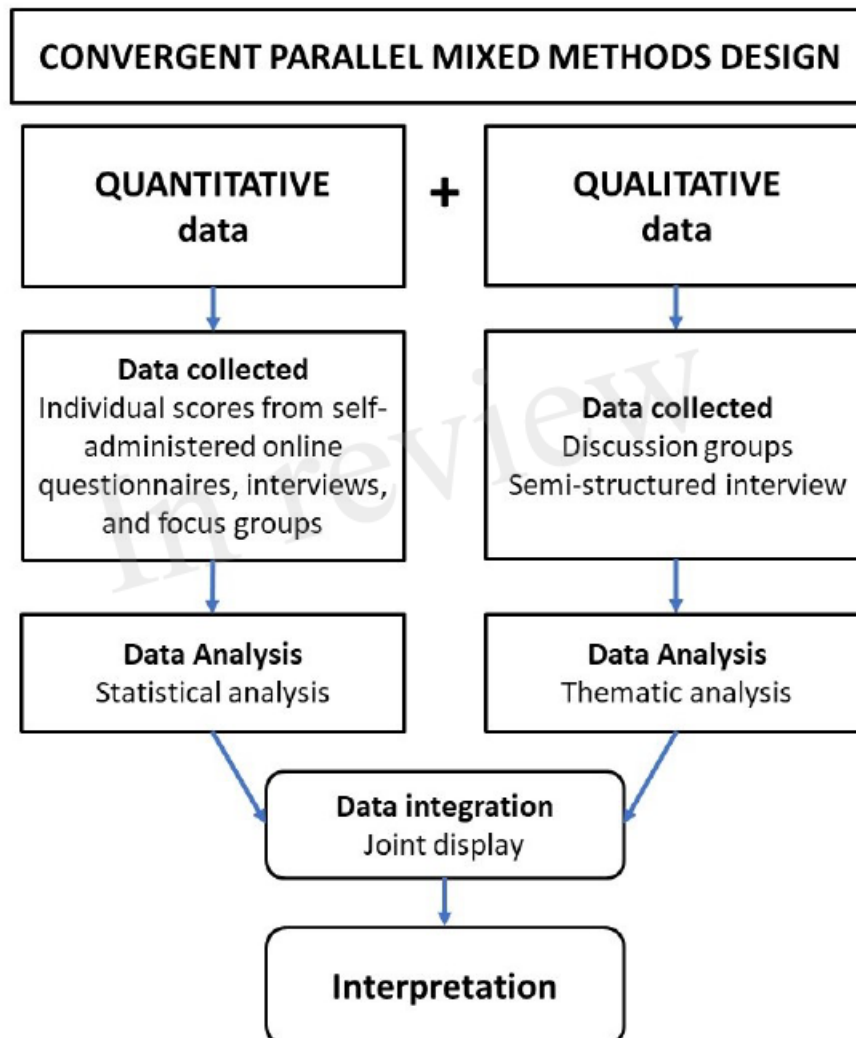
Traffic and Parking Setting	jams, pollution, and noise. Effective and contentious street pedestrianization experiences. Rural context: Low traffic. Public parking without difficulty. Overuse of cars for short trips. Interpretation: The significant disparity between both contexts lies in the noticeable influence of heavy traffic and insufficient parking in the urban context, in contrast to the availability of space and limited presence of vehicles in the rural setting. This theme also influences the assessment of public transport, as its inadequacy is identified as a factor that encourages excessive use of private cars. Additionally, in walking or cycling, it is related to the perceived road insecurity in both settings. The dispersion of rural scores is linked to the favorable perception of those who can park close to their homes and the negative opinion that in the past, there were fewer vehicles on the streets, and they were safer.
Streets and Spaces Setting $p\text{-value} < 0.05$	Common results: Streets and public spaces are considered pleasant places to walk through. There is a demand for shaded areas and benches for sitting during summertime. Street cleanliness needs improvement. There are architectural barriers that hinder transit. Urban context: Large differences between areas related to the heterogeneous urban and architectural model contribute to the creation of aesthetically unattractive areas. Heat and availability of shade, along with traffic density, determine the assessment of street transit. There is a noticeable demand for improving lighting in various areas. Rural context: Pleasant and beautiful village. Demand for trees on the streets and improvement in cleanliness. The difference in elevation between one part and another of the village hinders transit. Interpretation: The planning and architectural heterogeneity with differences between neighborhoods contribute to greater variability in scores in the urban setting, whereas there is a homogeneous model in the rural context. In the urban context, street cleanliness, lack of shade, and road traffic have a more negative impact. The perception of this dimension is strongly influenced by the care and maintenance aspect, where a lack of cleanliness is the main reason for lower scores.
Natural Spaces Setting $p\text{-value} < 0.05$	Common results: Nearby natural spaces are an important asset in both contexts. The involvement of local governments in their care and maintenance is emphasized. There is a demand for more wooded areas and cool, shaded spaces. Urban context: Beaches generate controversy due to the marked difference in their quality during the summer when they are highly appreciated and in winter due to the presence of seagrass. Accessible and adapted beaches are highly valued. There is a demand for more urban parks that are better cared for and maintained. Rural context: Natural spaces in the municipality's surroundings are accessible and adapted and are highly valued. The municipality has few parks, but they are well appreciated. There are public projects for environmental conservation and enhancement of specific natural environments. Interpretation: Positive appreciation is related in the urban context to the quantity and quality of urban parks, while in the rural context, it is associated with the natural spaces surrounding the municipality. The lack of care and maintenance of parks and beaches contributes to the negative assessment of the city. The dispersion toward higher scores in the rural context is linked to recent local investment projects in the conservation and enhancement of the natural environment.
$p\text{-value} > 0.05$	Common results: There are associations and centers for seniors and young people with scheduled activities. There is a demand for more cultural and healthy leisure activities for young people, as well as free options. There is also a call for more play areas for children and improved access to sports. The lack of activities during the winter and on weekends is noted. Urban context: There is a demand for spaces such as theaters, cinemas, and access to the shopping center. Free leisure activities are requested. A significant portion of young people's leisure activities are related to bars,

Play and Recreation Setting Urban Rural 305 314	pubs, and nightclubs. Rural context: Activities related to natural spaces. Leisure alternatives in nearby towns. Children continue to play in the street. Interpretation: Play and recreation are related to cultural, sports, and social interaction-promoting activities. In both contexts, it is recognized that children and adolescents are particularly vulnerable groups due to the lack of spaces and activities. There is a perceived lower availability of activities in winter and on weekends, attributed to the tourist-focused leisure approach in the city and the low population density and limited recreational offerings in the rural municipality. In the city, the absence of free activities for adults not linked to consumption stands out, while in the rural municipality, children are encouraged to play in the street.
<i>p-value > 0.05</i> Services Setting Urban Rural 305 314	Common results: Perception of having sufficient basic services. Local businesses that allow for the purchase of essential products. Demand for improved healthcare services and more public services. Urban context: Presence of public administration offices. Wide variety and availability of businesses. Demand for daycare services. Rural context: It is necessary to travel to another municipality to access supermarkets and the secondary school. Prices of essential products are higher in local stores. There is a perceived need for more restaurant options in the municipality. Interpretation: Despite the existing variations between the two environments regarding the commercial offer, diversity of services, and specific demands by population groups, overall satisfaction in both contexts does not differ significantly. However, in the rural setting, there is greater variability in perceptions related to generational differences. Older individuals tend to view local businesses and existing public services more positively, while younger individuals are more critical, expressing the need for more shopping options and an improvement in the available public services.
<i>p-value > 0.05</i> Work and Local Economy Setting Urban Rural 305 314	Common results: Limited employment opportunities, which encourage migration to other places in search of better job prospects. Potential areas for the development of new local businesses that generate employment for the local population was identified. Urban context: Employment is precarious and seasonal, influenced by the tourism sector. The young population and those older than 45 face the greatest difficulties in accessing the job market. Migration is common to seek skilled employment opportunities. Challenges are identified in establishing and maintaining local businesses. There is a strong economic dependency on tourism that shapes the local job market. Rural context: Lack of local businesses and industrial estate development. Migration is common to seek employment. Identified potential areas for local development include catering, tourism, and the environment. Interpretation: There are common challenges and issues in terms of employment, such as precarious jobs, a lack of opportunities, and the need to develop alternative economic sectors. Despite these differences, the perception of work and the economy in both municipalities shows similarities. It is noteworthy that the tourism sector is perceived as both a potential opportunity and a challenge for local development. The variability of opinions in the rural context is related to better expectations among younger individuals with higher levels of education.
<i>p-value < 0.05</i>	Common results: Perception of a shortage of housing in suitable conditions and high prices. Difficulties in accessing housing for young people and individuals with fewer resources. Lack of local policies that promote access to housing. Emigration to nearby municipalities due to a lack of housing. Urban context: Tourism is pointed out as the main cause of the lack of long-term rental housing and rising prices. Rural context: Limited availability of housing in the market is perceived. Homeownership predominates, with a significant number of vacant homes. The presence of second homes is noticeable. Interpretation: The price of housing, difficulties in accessing it, and the

Housing and Community Setting	higher cost of living in the urban setting adversely affect the perception of this theme. Older individuals give higher ratings in the urban context and lower ratings in the rural context. The underlying reasons point to architectural barriers and the economic cost of maintaining large single-family homes as determining factors. Both contexts exemplify current housing issues in Spain, such as rising prices due to strong tourist demand and depopulation in rural areas.
<i>p-value < 0.05</i> Social Interaction Setting	Common results: Associative fabric is considered essential for social interaction. The existence of associations is valued as spaces where people can meet and establish social relationships. Urban context: Spaces and activities for adults are identified. There is a demand for free activities. Language is perceived as a barrier to social contact. Loneliness issues are noted in older people and foreigners. Rural context: Demand for spaces and activities for children and adolescents. Demand for activities for the elderly and during winter and weekends. The village is considered a space for social contact. Interpretation: Closer and more intimate social interactions leading to greater community cohesion occur in the rural area, thanks to its dense network of associations, compared to the greater cultural diversity and availability of public spaces in the urban area. The rural municipality benefits from a robust network of associations and a less dense population, which promotes greater social interaction. In the urban context, activities and spaces are more structured, although they present accessibility challenges for all community groups. Meanwhile, the low population density in the rural area hinders the implementation of a wide and varied range of activities.
<i>p-value < 0.05</i> Identity and Belonging Setting	Common results: In both contexts, there is a strong sense of identity and belonging rooted in their community. Urban context: The natural environment, community openness, and cultural diversity are factors that promote positive identity and belonging. The lack of integration of non-EU foreign individuals is a limiting factor for belonging. Rural context: Strong sense of identity related to the associative network and belonging to a small community. Difficulties in integrating new people into the municipality. Interpretation: The greater presence of migrants and cultural diversity has a more pronounced impact in the city, resulting in a less favorable evaluation of this topic. In the rural context, where the community tends to be more cohesive, a stronger sense of identity is promoted. Differences are linked to the reasons people have for residing in the municipality. Those who were born in the place and own property tend to experience a greater sense of belonging, while those who migrated for work-related reasons and have temporary residence may feel a lower degree of identity and connection.
<i>p-value > 0.05</i> Security Setting	Common results: There is a positive perception of the sense of security. Concerns about safety are addressed in terms of road safety, streets and public space lighting, and police presence. Insecurity is related to home burglaries, vandalism, and behaviors associated with alcohol consumption in public spaces. Urban context: There is a perceived lack of police presence during summertime, which is the peak tourist season with more nighttime leisure activities. Women feel unsafe when walking at night in certain areas of the city. Rural context: Few incidents are reported. The presence of the police is seen with mixed feelings. Interpretation: In both contexts, safety is a shared concern, especially

Feeling Safe Setting	regarding the presence of the police and the feeling of insecurity at night and in specific areas. The lack of local police is the factor that most influences the variability of opinions in the rural context. On the other hand, in the city, the diversity of opinions is more related to the location of the residence, areas with isolated houses and those with nightlife venues being perceived as less safe.
$p\text{-value} > 0.05$ Care and Maintenance Setting	Common results: The common factors are the lack of care and maintenance of natural spaces and the uncivil behavior of the citizens as a source of cleanliness problems. Proper use of garbage and recycling bins is not being practiced. Urban context: Municipal cleaning efforts in urban spaces are positively evaluated, but negatively in natural areas. Some neighborhoods are perceived as cleaner than others. Rural context: Recognition of the municipal administration's efforts in care and maintenance. Interpretation: The common perception revolves around the role of the community and the local administration in caring for and maintaining the environment. In both contexts, citizens are seen as responsible for the cleanliness of spaces and the improper use of waste disposal systems. Additionally, the work of local administrations is recognized, though more positively in the rural setting. In the urban context, opinions vary depending on the area of the city where one lives, commercial areas and the city center receiving higher evaluations.
$p\text{-value} > 0.05$ Influence and Sense of Control Setting	Common results: There is confusion between participation and informational and consultative channels. Associationism and social networks are identified as effective channels of participation. The lack of a participation culture is explained by the lack of involvement, attendance in processes, and interest in monitoring actions, both on the part of citizens and the local government. Urban context: There is a wide variety of participation channels. Lack of changes or improvements despite citizen participation. Rural context: Participation channels are related to accessibility to the local government. There is more informal participation outside the established channels. Lack of listening processes by the local government. Interpretation: The variety of participation channels, accessibility to local authorities, and transparency in decision-making are factors related to a better perception of this dimension. Associative networks are identified as a collective force that promotes listening rather than actual participation in processes. Lower scores in the urban context are associated with a limited perception of participation in decision-making and process transparency. In the rural context, this is linked to the presence of few organized and structured collective participation processes and limited community involvement in matters related to their municipality.

Figure 1.JPEG



Properties of the Spanish Version of the Place Standard Tool

Autoría (P.O. Firma): Ocaña A, Gea-Caballero V, Peiró R, Juárez-Vela R, Pérez-Sanz E, Corchón S, Paredes-Carbonell JJ

Cita: Ocaña A, Gea-Caballero V, Peiró R, Juárez-Vela R, Pérez-Sanz E, Corchón S, et al. Properties of the Spanish version of the Place Standard Tool. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(15):9395. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159395>



Article

Properties of the Spanish Version of the Place Standard Tool

Ana Ocaña ^{1,2,3}, Vicente Gea-Caballero ^{4,5,*}, Rosana Peiró ^{2,6,7}, Raúl Juárez-Vela ^{8,9}, Elena Pérez-Sanz ^{2,10},
Silvia Corchón ¹¹ and Joan Josep Paredes-Carbonell ^{2,12}

- ¹ Inequality in the Health Area, Foundation for the Promotion of Health and Biomedical Research in the Valencian Region (FISABIO), 46020 Valencia, Spain; a.ocanao@gmail.com
- ² Local Action and Health Equity Group, Foundation for the Promotion of Health and Biomedical Research in the Valencian Region (FISABIO), 46020 Valencia, Spain; peiro_ros@gva.es (R.P.); perez_elesan@gva.es (E.P.-S.); paredes_joa@gva.es (J.J.P.-C.)
- ³ Public Health Centre of Gandia, Gandia, 46701 Valencia, Spain
- ⁴ Faculty of Health Sciences, VIU Valencia International University, 46006 Valencia, Spain
- ⁵ Research Group SALCOM Community Health and Care, Valencia International University, 46006 Valencia, Spain
- ⁶ General Directorate of Public Health and Addictions, 46020 Valencia, Spain
- ⁷ CIBERESP ISCIII, 28029 Madrid, Spain
- ⁸ Department of Nursing, University of La Rioja, 26006 Logroño, Spain; raul.juarez@unirioja.es
- ⁹ GRUPAC, University of La Rioja, 26006 Logroño, Spain
- ¹⁰ Public Health Centre of Valencia, 46024 Valencia, Spain
- ¹¹ Nursing Department, University of Valencia, 46010 Valencia, Spain; silvia.corchon@uv.es
- ¹² Ribera Health Department, Alzira, 46600 Valencia, Spain

* Correspondence: vages@universidadviu.com



Citation: Ocaña, A.; Gea-Caballero, V.; Peiró, R.; Juárez-Vela, R.; Pérez-Sanz, E.; Corchón, S.; Paredes-Carbonell, J.J. Properties of the Spanish Version of the Place Standard Tool. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 9395. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159395>

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 7 June 2022

Accepted: 28 July 2022

Published: 31 July 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: (1) Background: The social determinants that maintain health inequalities are organized in the physical, social, and economic contexts of neighborhoods and municipalities. Their characteristics influence the behaviors and choices of the people living in them, with an impact on their health and well-being. In recent years, several local applications and urban development tools have been designed to learn how to promote the development of health and wellness environments. Aim: The purpose was to test the properties of the Spanish adaptation of the Place Standard Tool through its implementation in a Valencian community municipality. (2) Methods: Metric properties were analyzed from a sample of 242 participants. Descriptive statistics were used to analyze the sociodemographic data and to describe item responses. Cronbach's alpha was used to provide a measure of the internal consistency, whereas the Kaiser-Meyer Olkin test was relied upon to study the relationship between different variables. (3) Results: The questionnaire showed an internal consistency index of 0.849 and a KMO of 0.842, with a single factor variance of 81.50%. (4) Conclusions: The Spanish adaptation of the Place Standard Tool is a valid tool for assessing neighborhoods and municipalities with a focus on social determinants of health and equity.

Keywords: social determinants of health; community participation; urban health; surveys and questionnaires; validation study

1. Introduction

Scientific evidence shows that people living in urban areas with disadvantaged socioeconomic characteristics have poorer health conditions. These health inequalities are determined by social factors, defined by the WHO as “the conditions in which people are born, grow, work, live, and age”, and they are attributable to unequal access to health-related opportunities and to their distribution by social class, gender, country of origin, age, and territory [1].

The social determinants that create and maintain inequalities in neighborhoods, towns, and cities are organized in physical, social, and economic contexts. The physical environment refers to the natural environment and the built environment that encompasses the planning of infrastructure and urban development; the use of public spaces, equipment, natural spaces, housing, mobility, and transport; environmental factors such as noise or pollution; and access to healthy food. The socioeconomic environment also includes aspects such as quality of employment and working conditions, family and domestic environment, public policies (education, health, and social services), security, social cohesion, and community participation. Places are spaces of coexistence where these factors interact, determining health and well-being. Therefore, the characteristics of neighborhoods and cities influence the behaviors and choices of people living in them, having positive or negative impacts on their health and well-being [2]. Actions on specific determinants, such as urban planning, transport, or housing, are effective in increasing opportunities to access a healthy lifestyle and have positive impacts on levels of emotional well-being, physical activity, healthy eating, social cohesion, and security [3–6].

Over the past few years, various assessment tools were developed to gather the impressions of inhabitants about the place where they live. Although many of these tools are based on physical characteristics and, to a lesser extent, on social and economic peculiarities, the resident participation is rather limited [7,8].

The World Health Organization (WHO), in the context of the Healthy Cities Network, published in 2020 [9] a compendium of tools that promote the development of health and wellness environments, highlighting instruments of local application and urban development. One of these tools, translated into more than a dozen languages, is the Place Standard Tool (PST) [10].

Since 2015, the Scottish government has implemented the PST throughout its territory within the scope of a national strategy to address determinants of health inequalities, based on an intervention in settings combined with community participation [11]. This tool evaluates the physical, social, and economic aspects of a territory through a questionnaire that collects the perspectives of its inhabitants, making visible the perceptions of how the characteristics of a place affect particular people or groups. In addition, the PST allows identification of the strengths and weaknesses of a territory, characterizes them, and establishes priorities for action based on specific determinants.

For the purpose of having such a tool in Spain, the PST was translated and adapted into Spanish, and its content was validated by qualitative methods [12], although its properties have not been described so far. The failure to have a tested questionnaire to assess the living environments of people, which is important and influential from a health perspective, justifies the development of this study.

Therefore, the aim of this study was to explore the metric properties of the Spanish adaptation of the Place Standard Tool (Entornos de Vida) in its implementation in a Valencian community municipality (Spain).

2. Materials and Methods

2.1. Design and Setting

An observational cross-sectional study of the metric properties of the Entornos de Vida (EdV) tool was undertaken in Denia (Spain) between 2019 and 2020.

The study was part of the XarxaSalut strategy [13] to study the health situation analysis stage in Denia. Following the approval by the town council and authors of the original tool, the piloting of the EdV tool took place with a view to evaluate the physical, social, and economic contexts of Denia.

Denia is a coastal municipality of the Alicante province. It has a population of 42,827 inhabitants, of which 22.7% are of foreign origin, with an average gross income of EUR 23,781. It has more than 21,000 tourist accommodation places and 450 restaurants. It is thus worth emphasizing that the urban development of the city is closely associated with residential tourism [14].

2.2. Participant Selection and Data Collection

The criteria for inclusion in the study were as follows: (i) to be living or working in the municipality at the time of the evaluation; (ii) to be over 18 years of age; and (iii) to expressly consent to participate in the study.

The design definition of the participation was based on three assumptions: (a) to include the equity approach in health [15,16]; (b) to count on the participation of the local administration, associated and non-associated citizenship, and professional/technical resources that manage services, programs, or benefits of the assessed municipality; and (c) to encourage the participation of the community in general.

To this end, three participation approaches were organized: (a) discussion groups, (b) field interviews, and (c) a self-administered online questionnaire.

The equity approach was applied to form the discussion groups using convenience sampling, with the aim of obtaining perceptions about items according to different axes of inequality: age, gender, functional diversity, socioeconomic level, migration status, and territory. The design of the groups and their uptake was based on the demographic characteristics of the resident population and relied on the participation of technical municipal employees and social agents of the municipality.

The sample that took part in the study through field interviews was captured during a highly attended community event. To promote online participation, a QR code that led to the online questionnaire was created. The code was included in the project outreach material and promoted through municipal social media (Facebook, Twitter, and Instagram) and community communication networks (municipal public announcements, WhatsApp, and information points in local businesses).

2.3. Measures

2.3.1. Demographic and Socioeconomic Characteristics

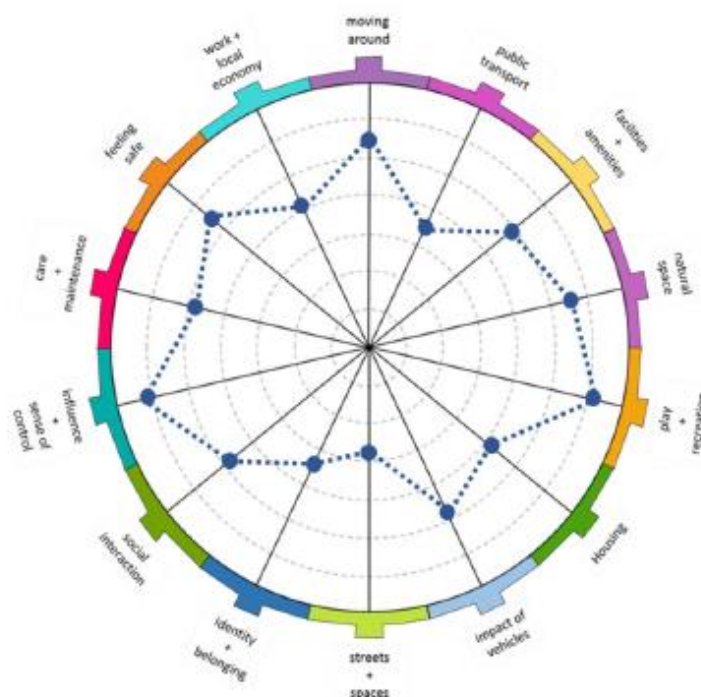
At the time of participation in the study, regardless of the participation mode, and in addition to the EdV tool, all participants were requested to provide sociodemographic characteristics: gender, age, level of education, employment status, degree of disability, nationality, and neighborhood of residence or work.

2.3.2. Place Assessment

The EdV tool was used to analyze the physical, economic, and social contexts of Denia [12]. The instrument is based on social determinants of health at the urban level, and its design facilitates the participatory analysis of a defined territory. It allows the identification of its strengths and weaknesses, and of how the most vulnerable groups are affected by their own traits/characteristics. It promotes structured discussions on 14 cross-linked issues that impact health and well-being (Table 1), and gathers the meaning of the characteristics in the location of its residents, defining how much it affects them unevenly, and in which ways. Each item comprises a brief description, a main question, and several secondary questions to encourage further consideration (Table A1 in Appendix A). Each item receives a score from 1 to 10, with 1 being the least favorable and 10 being the most favorable. At the end of the questionnaire, the score is graphically transferred to a spider diagram, showing which topics receive the best and worst evaluations (Figure 1).

Table 1. The 14 topics of the physical, social, and economic environment assessed using the EdV tool

Themes Evaluated with <i>Entornos de Vida</i>
Walking or Cycling
Public Transport
Traffic and Parking
Streets and Spaces
Natural Space
Play and Recreation
Services
Work and Local Economy
Housing and Community
Social Interaction
Identity and Belonging
Feeling Safe
Care and Maintenance
Influence and Sense of Control

**Figure 1.** Spider diagram.

2.4. Data Analysis

As for the sampling, according to Iacobucci and Duhachek [17], the sample size must be related to the length of the scale. The sample was recruited in the year 2019. For the exploratory factor analysis, Rouquette and Falissard [18] recommend 5 and 10 subjects per item, with at least 200 subjects in total. As EdV included 14 items, a minimum of 140 subjects were needed. To measure the reliability of the scale, Cronbach's alpha was used. The Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) test was used to assess the relationship between variables. The explained variance of the questionnaire was calculated. Sociodemographic variables were summarized with descriptive statistics (mean and standard deviation in quantitative variables; frequencies and percentages in categorical variables). Descriptive

statistics were used to describe item responses and to summarize scale scores. For each item, quantitative variable were calculated by summing the scores obtained for each question and taking their arithmetic mean.

Data analysis was performed using SPSS and IBM SPSS-AMOS V24 (IBM Corporation, New Orchard Road Armonk, New York, NY, USA).

2.5. Ethical Review

Before data collection began, the study protocol was reviewed and approved by a local research ethics committee (reference no. 1208176). All participants were fully informed about the aims of the study and signed the consent form prior to completing the research instruments, and the anonymity and confidentiality of the information were maintained. This study adhered to European and Spanish data protection regulations (Organic Law 3/2018 and General Data Protection Regulation [EU] 2016/679).

3. Results

The study involved 242 people, 91 in discussion groups, 83 field interviews, and 68 on-line interviews. The participants were aged between 18 and 95 years (mean: 48.32 years; standard deviation (SD): 17.09); the majority were women (62.81%), 17.51% had a nationality other than Spanish, and 77.28% had completed middle or higher education. The districts with the most participants were Saladar, El Montgo, and Puerto/Centro (16.8%, 14.9%, and 11.9%, respectively). Table 2 describes the sociodemographic characteristics of the participating population.

Regarding the scores given to the 14 EdV items (Figure 2), the aspects related to mobility (Walking or Cycling, Public Transport, Traffic and Parking) received the worst scores (5.91, 4.04, and 4.38, respectively), along with Work and Local Economy (4.41). Other components of the built environment (Housing and Community, Care and Maintenance) also obtained low scores (5.21 and 5.28, respectively). The most valued item was Identity and Belonging (7.39), followed by Facilities and Amenities (6.87), Feeling Safe (6.80), and Natural Space (6.43).

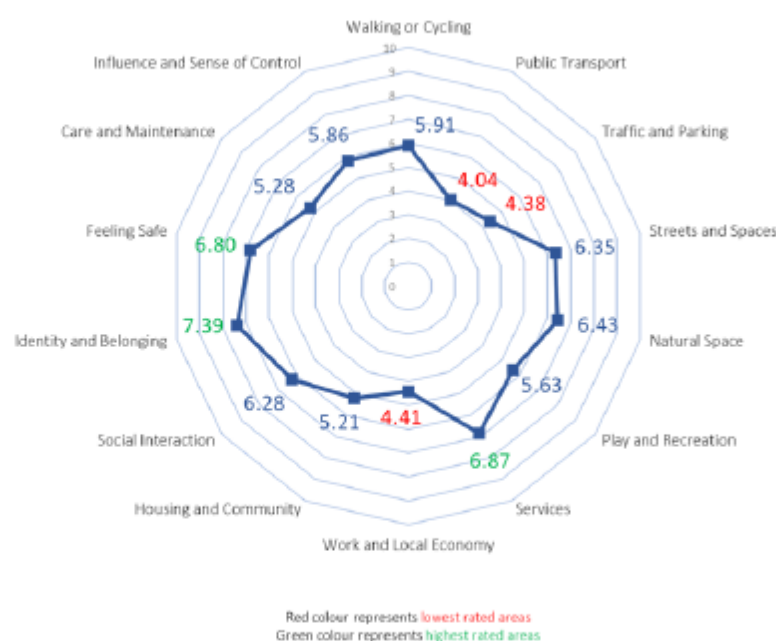


Figure 2. Summary of the mean scores obtained in the 14 items of the EdV tool.

The internal consistency of the EdV questionnaire was measured with Cronbach's alpha reliability coefficient, obtaining a result of 0.849.

The degree of relationship between derived quantitative variables, measured with the KMO test, had a result of 0.842.

Given the high reliability obtained, the percentage of explained variance was assessed. With a percentage of explained variance of 81.50%, the tool can be considered as a single factor.

Table 2. Sociodemographic characteristics of the sample.

Variables	n	%
<i>Gender (n = 242)</i>		
Female	152	62.81
Male	89	36.78
Other	1	0.41
<i>Age (n = 241)</i>		
18 to 35 years	67	27.80
36 to 50 years	61	25.31
51 to 65 years	71	29.46
65 or above	42	17.43
<i>Education Level (n = 242)</i>		
Primary school or below	19	7.84
Secondary school uncomplete	36	14.88
Secondary school complete	86	35.54
Tertiary education or above	101	41.74
<i>Employment status (n = 242)</i>		
Student	30	12.40
Employed	119	49.17
Unemployed	25	10.33
Unpaid care	4	1.65
Retired	64	26.45
<i>Degree of Disability (n = 242)</i>		
33% or below	226	93.39
33% or above	16	6.61
<i>Nationality (n = 217)</i>		
Spanish	179	82.49
European Union	20	9.22
Not European Union	18	8.29
<i>Neighborhood (n = 202)</i>		
Les Roques	11	5.45
Les Marines	16	7.92
Les Rotes	9	4.46
La Xara	12	5.94
Baix La Mar	15	7.43
Port/Centro	24	11.88
La Faroleta	9	4.46
Saladar	34	16.83
París-Pedrera/Camp Roig	23	11.39
Oest-Campaments	19	9.41
El Montgó	30	14.85

4. Discussion

Our study aimed to measure the structural validity and reliability of a newly validated tool using qualitative methods [19] from another original tool (Place Standard) that, despite being produced and translated into multiple languages, had not been validated in any country, language, or culture in the world, even though it was used to assess territories [10]. This is a necessary study as it reinforces the evidence and reliability of a tool with great

international acceptability—the PST, validated in Spain as EdV, which has been proposed by the WHO itself as a tool of interest to promote healthy living environments that will improve both the health and well-being of communities [9].

4.1. Validation of the EdV Tool

With regard to the results obtained, it can be emphasized that the true strengths of the present study are that it is possible to determine that the EdV turned out to be highly reliable. In terms of its properties, we consider that a reliability rate of 0.849 is a good result, in line with most sources that consider any score between 0.7 and 0.9 as a good internal consistency for a one-dimensional scale [20]. This result, which quantifies the correlation between the scale items, underpins its structural validity. To validate the degree of relationship between the variables, the KMO test was used, the result of which (0.842) allows us to claim that the variables of EdV are highly related to one another [21]. Finally, regarding the explained variance, we consider that the percentage of 81.50% is sufficiently high to allow the acceptance of the unifactorial structure of the tool.

As the minimum sample calculated based on the background was 200 participants, and we had a final sample of 242, we gathered a sample that allows us to have confidence in the results produced. This element is essential in this type of study, as the usual conditions are the minimum number of participants, as well as the representativeness of the sample. It is important to emphasize that, the more real and diverse the participation is during data collection with a view to assessing territories, the more visible the health of specific groups, especially vulnerable ones. By doing so, concrete intervention plans can be built for each living environment, which will enable actions to be taken based on the determinants of health inequalities [10].

4.2. Place Assessment

In this study, the items Walking or Cycling, Public Transport, and Traffic and Parking—which include aspects such as having suitable areas for walking and cycling; affordable, regular, and well-connected public transport; and adequate traffic and parking regulation—have obtained the worst global scores. Different studies have shown that negative impacts of aspects related to mobility, such as accessibility to public transport or dependence on cars, generate significant health inequalities [22]. As community interventions in these areas are more effective than individual interventions to promote health [23], transport planning policies are required to transform urban environments into healthy, equitable, and sustainable places [24].

The item Identity and Belonging, which refers to the history, culture, and sense of community, had the best overall score. Integrated as a dimension of social neighborhood environment, it is related to the practice of physical activity, play, active transport, and mental health [25].

The combination of assessment tools related to environments with other instruments that focus greater attention on analyzing how lifestyles are affected by specific characteristics of neighborhoods or municipalities [26–30] makes it easier to identify which factors of the social, physical, and economic contexts require effective and concrete strategies aimed at improving the health and well-being of the affected community.

The main limitation of the present study is not comparing the 14 items of the EdV Tool among groups of participants. Likewise, as it is a tool that is first validated quantitatively, and there are no other similar tools with which to compare the results, the data will have value in the future, but it is not possible to compare or discuss the results with previous backgrounds of the same nature. On the other hand, the fact that it is a short tool has caused it to be one-dimensional, which is nonetheless positive as it simplifies its structure and yields positive metric results. In future studies, it would be interesting to focus on the differences in place assessment according to sociodemographic characteristics.

As a strength, it should be noted that a readily available instrument adapted to the Spanish population that can be administered in a local context is useful to collect the perspectives of citizens about their neighborhoods and municipality.

5. Conclusions

The Spanish adaptation of the Place Standard Tool, Entornos de Vida, is a reliable and valid tool in Spanish to evaluate neighborhoods and municipalities with a focus on social determinants of health and equity. Its use in the preparation of health situation reviews will allow the participation of citizens in actions aimed at addressing the impacts that living environments have on their health.

Author Contributions: Conceptualization, V.G.-C., R.J.-V., and A.O.; methodology, A.O., V.G.-C., R.P., E.P.-S., and J.J.P.-C.; software, R.J.-V.; validation, A.O., V.G.-C., R.P., E.P.-S., R.J.-V., S.C., and J.J.P.-C.; formal analysis, R.J.-V.; data curation, A.O.; writing—original draft preparation, A.O. and V.G.-C.; writing—review and editing, A.O., V.G.-C., R.P., E.P.-S., R.J.-V., S.C., and J.J.P.-C. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was funded by the JOINT ACTION HEALTH EQUITY EUROPE (JAHEE) (Consumers, Health, Agriculture, and Food Executive—CHAFEA; by the delegation of the European Commission), grant number 801600-JAHEE"; and by the FOUNDATION FOR THE PROMOTION OF HEALTH AND BIOMEDICAL RESEARCH (FISABIO) of the Valencian Community (Spain), grant UGP-19-267.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and approved by the Institutional Review Board (or Ethics Committee) of the University of Valencia (Spain) (1208176 data of approval 08 November 2019)".

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Data are available upon request from the author. Data are not publicly available owing to privacy and ethical concern.

Acknowledgments: We are thankful to the NHS Scotland and the Planning & Architecture Scottish Government for authorizing the use of the Place Standard Tool for its Spanish adaptation and to the JAHEE for facilitate the implementation. We also acknowledge our gratefulness to the city of Denia administration and cooperation, and to the citizens of Denia who participated in this study.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.

Appendix A

Table A1. Themes and main questions of *Entornos de Vida* Tool (in Spanish).

Topic	Question
Desplazamiento a pie o en bicicleta	¿Puedes caminar y/o desplazarte en bicicleta (o en otro medio de transporte no motorizado) fácilmente y por trayectos agradables y seguros por tu barrio o municipio?
Transporte público	¿El transporte público responde a las necesidades de todas las personas del barrio o municipio?
Tráfico y aparcamiento	¿La regulación del tráfico y de las zonas de aparcamiento es adecuada en tu barrio o municipio?
Calles y espacios	¿Están los edificios bien cuidados y las calles y espacios públicos abiertos son agradables y fáciles para transitar por ellos?
Espacios naturales	¿Puedes disfrutar en tu barrio o municipio de un espacio natural atractivo, seguro y de fácil acceso?

Table A1. Cont.

Topic	Question
Juego y ocio	¿Se pueden realizar actividades de ocio y esparcimiento en tu barrio o municipio?
Servicios	¿Los servicios que tiene tu barrio o municipio satisfacen las necesidades de todas las personas?
Trabajo y economía local	¿Hay una economía local activa en el municipio que favorezca el acceso a un buen empleo?
Vivienda y comunidad	¿Las viviendas de tu barrio o municipio satisfacen las necesidades de la población?
Contacto social	¿Hay oportunidad y variedad suficiente de espacios y actividades para relacionarse con otras personas en tu barrio o municipio?
Identidad y pertenencia	¿Tu barrio o municipio tiene una identidad positiva y sientes que perteneces o que puedes pertenecer a él?
Seguridad	¿Te sientes segura/o en tu barrio o municipio?
Cuidado y mantenimiento	¿Se cuidan adecuadamente los edificios y espacios del barrio o municipio, tanto públicos como privados?
Influencia y participación	¿Sientes que puedes participar en la toma de decisiones y ayudar a cambiar las cosas para mejorar tu barrio o municipio?

References

- Pons-Vigués, M.; Díez, E.; Morrison, J.; Salas-Nicás, S.; Hoffmann, R.; Burstrom, B.; Van Dijk, J.P.; Borrell, C. Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: A scoping review. *BMC Public Health* **2014**, *14*, 198. [CrossRef] [PubMed]
- Díez Roux, A.V.; Mair, C. Neighborhoods and health. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* **2010**, *1186*, 125–145. [CrossRef] [PubMed]
- Grant, M. European Healthy City Network Phase V: Patterns emerging for healthy urban planning. *Health Promot. Int.* **2015**, *30*, i54–i70. [CrossRef] [PubMed]
- Cannuscio, C.C.; Hillier, A.; Karpyn, A.; Glanz, K. The social dynamics of healthy food shopping and store choice in an urban environment. *Soc. Sci. Med.* **2014**, *122*, 13–20. [CrossRef]
- Mahamoud, A.; Roche, B.; Homer, J. Modelling the social determinants of health and simulating short-term and long-term intervention impacts for the city of Toronto, Canada. *Soc. Sci. Med.* **2013**, *93*, 247–255. [CrossRef]
- Minh, A.; Muhajarine, N.; Janus, M.; Brownell, M.; Guhn, M. A review of neighborhood effects and early child development: How, where, and for whom, do neighborhoods matter? *Health Place* **2017**, *46*, 155–174. [CrossRef]
- Hofland, A.C.L.; Devilee, J.; Van Kempen, E.; Den Broeder, L. Resident participation in neighborhood audit tools—A scoping review. *Eur. J. Public Health* **2018**, *28*, 23–29. [CrossRef]
- Nickelson, J.; Wang, A.R.; Mitchell, Q.P.; Hendricks, K.; Paschal, A. Inventory of the physical environment domains and subdomains measured by neighborhood audit tools: A systematic literature review. *J. Environ. Psychol.* **2013**, *36*, 179–189. [CrossRef]
- World Health Organization Regional Office for Europe. *WHO European Healthy Cities Network 2020; Compendium of Tools, Resources and Networks*; World Health Organization Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark, 2020.
- NHS Health Scotland. *Place Standard Process Evaluation: Learning from Case Studies in Year One*; NHS Health Scotland: Edinburgh, Scotland, 2017.
- Scottish Government. *Place Standard Tool: Strategic Plan 2020–2023*; Scottish Government: Edinburgh, UK, 2020.
- Ocaña Ortiz, A.; Paredes Carbonell, J.J.; Peiró Pérez, R.; Pérez Sanz, E.; Gea Caballero, V. Participatory evaluation in place-based communities: Adapting and validating the Place Standard tool to Spanish context. *Gac. Sanit.* **2022**, *36*, 360–367. [CrossRef]
- Generalitat Valenciana. *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; Serie de Guías XarxaSalut nº 1*; Generalitat Valenciana: Valencia, CA, USA, 2018.
- Generalitat Valenciana. *Conselleria de Economia Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo*. 2019. Portal estadístico de la Generalitat Valenciana. Ficha Municipal Dénia Edición 2021. Available online: <http://www.pegv.gva.es/auto/scpd/web/FICHAS/Fichas/03063.pdf> (accessed on 3 March 2021).
- Sen, A. Why health equity? *Health Econ.* **2002**, *11*, 659–666. [CrossRef]
- Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. *Int. J. Health Serv.* **1992**, *22*, 429–445. [CrossRef]
- Iacobucci, D.; Duhachek, A. Advancing Alpha: Measuring reliability with confidence. *J. Consum. Psychol.* **2003**, *13*, 478–487. [CrossRef]
- Rouquette, A.; Falissard, B. Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* **2011**, *20*, 235–249. [CrossRef]
- De Yébenes Prous, M.J.; Salvanés, E.R.; Ortells, L.C. Validación de cuestionarios. *Reumatol. Clín.* **2009**, *5*, 171–177. [CrossRef]

20. González Alonso, J.; Pazmiño Santacruz, M. Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert. *Rev. Publicando* **2015**, *2*, 62–67. Available online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssar-423821> (accessed on 21 March 2022).
21. López-Aguado, M.; Gutiérrez-Provecho, L. Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE Rev. D'innovació Recer. Educ.* **2019**, *12*, 1–14. [\[CrossRef\]](#)
22. Van Schalkwyk, M.C.L.; Mindell, J.S. Current issues in the impacts of transport on health. *Br. Med. Bull.* **2018**, *125*, 67–77. [\[CrossRef\]](#)
23. Nieuwenhuijsen, M.J. Urban and transport planning, environmental exposures and health—new concepts, methods, and tools to improve health in cities. *Environ. Health* **2016**, *15* (Suppl. 1), 38. [\[CrossRef\]](#)
24. Mueller, N.; Daher, C.; Rojas-Rueda, D.; Delgado, L.; Viciosa, H.; Gascon, M.; Marquet, O.; Vert, C.; Martin, I.; Nieuwenhuijsen, M.J. Integrating health indicators into urban and transport planning: A narrative literature review and participatory process. *Int. J. Hyg. Environ. Health* **2021**, *235*, 113772. [\[CrossRef\]](#)
25. Kepper, M.M.; Mayers, C.A.; Denstel, K.D.; Hunter, R.F.; Guan, W.; Broyles, S.T. The neighborhood social environment and physical activity: A systematic scoping review. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* **2019**, *16*, 2–14. [\[CrossRef\]](#)
26. Greene, G.; Fone, D.; Farewell, D.; Rodgers, S.; Paranjothy, S.; Carter, B.; White, J. Improving mental health through neighbourhood regeneration: The role of cohesion, belonging, quality and disorder. *Eur. J. Public Health* **2020**, *30*, 964–966. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
27. Heath, G.W.; Parra, D.C.; Sarmiento, O.L.; Andersen, L.B.; Owen, N.; Goenka, S.; Montes, F.; Brownson, R.C. Evidence-based intervention in physical activity: Lessons from around the world. *Lancet* **2012**, *380*, 272–281. [\[CrossRef\]](#)
28. Cereijo, L.; Gullon, P.; Del Cura, I.; Valades, D.; Bilal, U.; Badland, H.; Franco, M. Exercise facilities and the prevalence of obesity and type 2 diabetes in the city of Madrid. *Diabetologia* **2022**, *65*, 150–158. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
29. Gravina, L.; Jauregui, A.; Fernandez-Aedo, I.; Diez, J.; Guittelsohn, J.; Colon-Ramos, U.; Franco, M. Residents' Insights on Their Local Food Environment and Dietary Behaviors: A Cross-City Comparison Using Photovoice in Spain. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *181*, 134. [\[CrossRef\]](#)
30. Rivera-Navarro, J.; Bonilla, L.; Gullón, P.; González-Salgado, I.; Franco, M. Can we improve our neighborhoods to be more physically active? Residents' perceptions from a qualitative urban health inequalities study. *Health Place* **2021**, *27*, 102658. [\[CrossRef\]](#)

Apéndice D: Artículo 4

Herramienta Entornos de Vida: innovación en el análisis participativo de salud con enfoque de equidad.

Autoría (P.O. Firma): Ocaña Ortiz A, Peiró R, Gea-Caballero V, Pérez-Sanz E, Paredes-Carbonell JJ

Cita: Ocaña Ortiz A, Peiró R, Gea-Caballero V, Pérez-Sanz E, Paredes-Carbonell JJ. Herramienta Entornos de Vida: innovación en el análisis participativo de salud con enfoque de equidad. Gac Sanit. 2023;(37):102245.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102245>

Nota metodológica

Herramienta *Entornos de Vida*: innovación en el análisis participativo de salud con enfoque de equidadAna Ocaña Ortiz^{a,b,c,d,*}, Rosana Peiró Pérez^{b,d,e,f}, Vicente Gea Caballero^{g,h}, Elena Pérez Sanz^{b,i} y Joan Josep Paredes-Carbonell^{b,c,j}^a Centro de Salud Pública de Gandía, Departamento de Salud de Gandía, Gandía (Valencia), España^b Grupo de investigación Acción Local y Equidad en Salud (ALES), Fundación FISABIO, Generalitat Valenciana, Valencia, España^c Grupo PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria) de la Comunitat Valenciana, Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària (SoVaMFIC), Valencia, España^d Facultad de Enfermería y Podología, Universitat de València, Valencia, España^e Oficina Valenciana d'Acció Comunitària per a la Salut, Direcció General de Salut Pública i Addiccions, Generalitat Valenciana, Valencia, España^f CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España^g Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de Valencia, Valencia, España^h Grupo de Investigación en Salud Comunitaria y Cuidados SALCOM, Universidad Internacional de Valencia, Valencia, Españaⁱ Departamento de Salud Pública de Valencia, Generalitat Valenciana, Valencia, España^j Departamento de Salud de La Ribera, Generalitat Valenciana, Alzira (Valencia), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de febrero de 2022

Aceptado el 18 de abril de 2022

Palabras clave:

Promoción de la salud
Salud urbana
Determinantes sociales
Equidad
Participación de la comunidad
Encuestas y cuestionarios

RESUMEN

Los gobiernos municipales tienen capacidad para abordar los determinantes sociales de la salud que actúan sobre sus territorios. La estrategia de acción local en red de la Comunitat Valenciana promueve un abordaje intersectorial, participativo y con enfoque de equidad de las desigualdades en salud resultantes de la distribución de estos determinantes en los barrios y municipios. Para orientar la acción local en salud se requieren metodologías que recojan los conocimientos y las experiencias de la comunidad, y que favorezcan su participación en todas las etapas de la acción. Esta nota metodológica expone cómo llevar a cabo el proceso de evaluación de un territorio aplicando la herramienta *Entornos de Vida*. Este instrumento permite analizar los barrios y municipios identificando de forma específica y operativa cómo sus características impactan en la salud y en el bienestar de las personas que los habitan.

© 2022 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Entornos de Vida tool: innovation in participatory health analysis with an equity approach

ABSTRACT

Municipal governments have the capacity to tackle the social determinants of health that play a role in their territories. The Valencian Community's local health action strategy promotes an intersectorial, participatory and equity-oriented approach to health inequalities affecting neighborhoods and municipalities across the region. To guide local health action, there is a need to adopt methodologies that capture community-based knowledge and experiences, encouraging community engagement at all stages. This article presents a methodology to carry out a local health needs assessment applying the *Entornos de Vida* tool. This tool enables the analysis of neighborhoods and municipalities through identifying how their characteristics have an impact on the health and well-being of their inhabitants.

© 2022 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introducción

Los determinantes sociales en el ámbito urbano comprenden aspectos físicos, sociales y económicos¹. De su organización y gestión en el territorio depende la magnitud de las desigualdades

en salud. En los entornos urbanos se expresan los factores que determinan la salud, cuyo impacto se distribuye en función de los ejes de desigualdad: clase social, género, país de origen, territorio y edad².

XarxaSalut³ es una estrategia de acción local en red de la Comunitat Valenciana, orientada a mejorar la salud actuando sobre los determinantes sociales mediante un abordaje intersectorial, participativo y con enfoque de equidad. Los municipios que se adhieren a XarxaSalut se comprometen a implementar el ciclo de la acción

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: a.ocanao@gmail.com (A. Ocaña Ortiz).

comunitaria³⁻⁵ en cinco etapas: 1) adhesión a XarxaSalut; 2) creación del grupo de trabajo para la acción (espacio de participación); 3) análisis de la situación de salud, identificación de activos para la salud y priorización de acciones; 4) diseño e implementación de acciones; y 5) evaluación.

El objetivo de este trabajo es compartir la metodología utilizada en la aplicación de la herramienta *Entornos de Vida* (EdV)⁶ a partir de la experiencia de implementarla en diferentes municipios de XarxaSalut.

Exposición del método

Descripción de la herramienta

EdV es la adaptación validada al español de *Place Standard Tool*⁷, que permite orientar las acciones hacia la salud y el bienestar al evaluar y actuar sobre los factores físicos, sociales y económicos⁸. Está basada en los determinantes sociales de la salud en el ámbito urbano y su diseño facilita el análisis participativo de un territorio definido. Permite diseñar y desarrollar acciones que mejoren la vida de la comunidad, al identificar las debilidades y fortalezas del territorio y cómo los colectivos más vulnerables se ven afectados por sus características.

EdV promueve conversatorios estructurados sobre 14 dimensiones conectadas transversalmente con elementos que ejercen impacto sobre la salud y el bienestar⁶. Recoge de manera cuantitativa y cualitativa el significado que las características del lugar tienen para las personas que lo habitan, aportando el cuánto y el cómo este les afecta de manera desigual^{8,9}.

Cada dimensión consta de una breve descripción, una pregunta principal y varias preguntas secundarias para favorecer una reflexión más profunda. Cada dimensión se puntúa de 1 a 10, siendo 1 lo más negativo y 10 lo más positivo. Seguidamente se ponen en común los puntos de vista que argumentan la puntuación individual y se consensua la puntuación colectiva. Finalmente, se trasladan las puntuaciones a un diagrama (tela de araña) para identificar de manera sencilla y visual qué dimensiones están mejor o peor evaluadas. La información cualitativa comprende los porqués de las puntuaciones.

Cómo utilizar *Entornos de Vida*

Para aplicar EdV, el primer paso es contar con un grupo de personas (espacio de participación, mesa intersectorial o consejo de salud) que impulse el proceso, y definir quién o quiénes van a asumir las tareas de coordinación, planificación y desarrollo de cada etapa de la evaluación. Este grupo debe estar organizado de acuerdo con el ámbito de aplicación de la herramienta y ser heterogéneo (administración, ciudadanía y profesionales y técnicos). Para seleccionar a las personas que evaluarán el territorio se deberá realizar un diseño muestral estructural por grupo social y territorial (por barrios, distritos, áreas pequeñas, etc.). La selección de las personas de cada grupo vendrá definida por los criterios y perfiles del grupo al que se asigna.

La perspectiva de equidad se aplica: 1) visibilizando la afectación desigual de las características del territorio, relacionada con los determinantes sociales de la salud; 2) promoviendo la participación de personas que reciben un impacto más negativo en función de los ejes de desigualdad; y 3) incluyendo la representatividad de esos grupos en los espacios de participación, así como en todas las etapas del análisis y de las acciones comunitarias derivadas.

El proceso metodológico de aplicación de EdV (Tabla 1 del Apéndice online) se desarrolla a través de diferentes etapas adecuadas al contexto que se vaya a evaluar (Tabla 1).

Niveles de aplicación de la herramienta

La delimitación del territorio a evaluar es el inicio del análisis. Debe tenerse en cuenta si existen barrios, pedanías o casas aisladas alejadas del núcleo urbano, y si se corresponde la delimitación geográfica o administrativa con la que realiza la comunidad, y cómo se denomina. Este análisis y el tamaño del territorio permiten decidir si la evaluación será a escala de barrio (municipios medianos o grandes) o de municipio completo.

La evaluación se puede desarrollar con diferentes formatos de la herramienta y diversos grados de participación. En el nivel individual se emplea la entrevista estructurada (presencial u online, según las circunstancias), en el nivel grupal el conversatorio y en el nivel colectivo la sesión comunitaria. Los métodos grupales que cuentan con dinamización (grupo de conversación o sesión comunitaria) permiten obtener más información cualitativa, mientras que los individuales proporcionan más información cuantitativa, contando todos con una participación similar. El objetivo, más que lograr una participación homogénea y masiva, debe ser conseguir una participación representativa y heterogénea que permita alcanzar la saturación. Esto facilitará un análisis posterior que integre y conecte las puntuaciones con los contenidos de las conversaciones.

Análisis e interpretación de resultados, y devolución

El objetivo del análisis es identificar cuánto y cómo las fortalezas y debilidades del entorno evaluado inciden sobre diferentes grupos poblacionales. Para ello, se realizan un análisis estadístico descriptivo y un análisis de contenido de las argumentaciones individuales. Inicialmente se analizan las puntuaciones y las narrativas recogidas por variable sociodemográfica y dimensión. Luego, se analizan las conversaciones grupales que mostrarán cómo impactan las dimensiones en cada colectivo participante. Representar gráficamente los resultados (Fig. 1 del Apéndice online) favorece su difusión, el análisis colectivo y reconocer fácilmente hacia dónde deben orientarse las acciones.

La devolución de los resultados a la comunidad es imprescindible para cumplir las expectativas de participación que se hayan ido generando a lo largo del proceso. En esta etapa, las debilidades y las fortalezas identificadas se pueden relacionar con los determinantes sociales de la salud con el objeto de movilizar la acción hacia la mejora de las condiciones de vida y de trabajo. Para aplicar el enfoque de equidad debe visibilizarse el impacto que tienen dimensiones concretas sobre colectivos o territorios definidos, para actuar reduciendo el grado de vulnerabilidad y vulneración de estos grupos.

Limitaciones y fortalezas

Según nuestra experiencia, las principales limitaciones de EdV son: 1) el formato online proporciona escasa información cualitativa y no incrementa la participación de manera significativa; 2) es imprescindible adecuar la metodología a las características del contexto, precisando formación básica previa para su dinamización; y 3) se requiere manejar las expectativas generadas y la posible frustración de la ciudadanía ante la falta de acción derivada del proceso.

En cuanto a sus fortalezas, destacan su diseño mixto y su amplia versatilidad; se puede orientar tanto hacia necesidades como a activos para la salud; hacia una evaluación como punto de partida o como una evaluación posterior; y es aplicable en diferentes tipos y tamaños de territorios. Además, incluir conversaciones en la aplicación de la herramienta estimula la participación, orienta a la acción y capacita a quienes participan en los determinantes sociales de la salud. Asimismo, disponer de este instrumento validado al español

Tabla 1
Etapas para la aplicación de la herramienta *Entornos de Vida* en un territorio

Etapa	Breve descripción de las actividades
0: Cómo iniciar el proceso	• Promover el proceso desde una mesa o espacio intersectorial o consejo de salud. • Identificar los miembros del grupo motor que coordine la aplicación de la herramienta. • Proporcionar información básica sobre la utilización de la herramienta a quienes vayan a dinamizar la evaluación.
1: Definición del territorio, participantes y planificación	• Delimitar el territorio a evaluar. • Identificar qué grupos de conversación se van a realizar de acuerdo con las características sociodemográficas del territorio y con los ejes de desigualdad (género, edad, territorio, estatus migratorio, diversidad funcional, clase social, etnia). • Diseñar una estrategia de difusión y participación específica para cada grupo social.
2: Recogida de información	• Seleccionar el tipo de herramienta a utilizar, los métodos de recogida de información y la información que se recogerá.
3: Análisis de la información	• Analizar los datos cuantitativos a partir de las medias de las puntuaciones obtenidas en función de los grupos o variables y de las dimensiones evaluadas, atendiendo a: – Cómo se relacionan las variables sociodemográficas con las 14 dimensiones. – Cómo varía la puntuación de cada dimensión entre los barrios o territorios evaluados. • Analizar los datos cualitativos mediante la transcripción de las argumentaciones, la organización, el análisis y la clasificación en función de las categorías definidas. Se deberá orientar a conocer: – Cómo describen cada dimensión evaluada. – Por qué hay dimensiones peor o mejor evaluadas. – Cuáles son los argumentos que subyacen a las puntuaciones. – Cuáles son las áreas problemáticas y qué activos para la salud identifican. • Analizar globalmente: – Cómo se describe en conjunto cada dimensión evaluada. – Cuáles son los argumentos que subyacen a las puntuaciones. – Cuáles son las áreas problemáticas y qué activos para la salud identifican.
4: Devolución de la información y vínculo con la acción	• Organizar los resultados de la evaluación para visibilizar las desigualdades existentes entre los diferentes grupos que componen la comunidad y relacionarlos con los determinantes sociales. • Contar con todas las personas que hayan participado en el proceso. • Finalizar el proceso priorizando necesidades o acciones de mejora. • Categorizar las necesidades detectadas, los activos para la salud, los recursos comunitarios y las mejoras propuestas en función de los niveles de intervención con perspectiva de determinantes sociales⁵: individual, de comunidad, de políticas públicas y de estructura social.

facilita su implementación en territorios hispanohablantes, y compartir experiencias y resultados de su aplicación.

Conclusiones

EdV introduce en los clásicos diagnósticos comunitarios una estructura y una metodología que permiten conversar en términos de determinantes sociales e identificar de forma concreta y operativa cómo el lugar donde viven las personas impacta en su salud y bienestar. Basándose en conocimientos y experiencias de las personas sobre su barrio o municipio, EdV crea un punto de partida capaz de sustentar pequeñas acciones o planes de salud local y una hoja de ruta que oriente la acción hacia las áreas priorizadas. Estas características hacen de EdV una potente herramienta para incluir en las estrategias de promoción de la salud estatales, autonómicas y municipales.

Contribuciones de autoría

A. Ocaña, R. Peiró-Pérez y E. Pérez-Sanz idearon el método descrito. A. Ocaña y J.J. Paredes-Carbonell escribieron el artículo, y R. Peiró-Pérez, V. Gea-Caballero, E. Pérez-Sanz y J.J. Paredes-Carbonell realizaron su revisión crítica. La versión definitiva del artículo cuenta con la aprobación de todas las personas autoras.

Agradecimientos

Las personas autoras manifiestan su agradecimiento a John Howie, del NHS Scotland, y a Kat Hasler, del Planning & Architecture Scottish Government, por compartir la experiencia adquirida en la aplicación de la *Place Standard Tool* en Escocia; a la Joint Action Health Equity Europe 2014-2020, especialmente a Christina Plantz y a las personas participantes en el *Work Package 6: Living Environments*, por facilitar espacios de reflexión sobre la evaluación de

entornos; y a los ayuntamientos de Dénia, Vátova, Potries y Miramar (Comunitat Valenciana), adheridos a la estrategia *XarxaSalut*, por facilitar el trabajo en sus territorios con *Entornos de Vida* y por su compromiso con la promoción de la salud.

Financiación

Este estudio cuenta con financiación procedente de la Joint Action Health Equity Europe (The Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency [CHAFAEA], por delegación de la Comisión Europea), *grant agreement number* 801600-JAHEE, y de una ayuda a la investigación concedida por la Fundación para la Investigación Sanitaria y Biomédica (FISABIO) de la Comunitat Valenciana (UGP-19-267).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2022.102245.

Bibliografía

1. Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, et al. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67:389-91.
2. Pons-Vigués M, Díez E, Morrison J, et al. Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: a scoping review. *BMC Public Health*. 2014;14:198.
3. Procedimiento para trabajar la acción comunitaria para la salud desde los municipios en cinco etapas. València: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2018. Serie Guías *XarxaSalut* n. 1.

4. Sobrino C, Hernán M, Cofiño R. De qué hablamos cuando hablamos de salud comunitaria? *Gac Sanit*. 2018;32 (Supl 1):5–12.
5. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid; 2021.
6. Ocaña A, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, et al. Evaluación participativa del territorio con enfoque de equidad: adaptación y validación de la Place Standard al contexto español. *Gac Sanit*. 2021 May 10;S0213-9111:00077-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.03.006>. Online ahead of print.
7. NHS Health Scotland. Place Standard process evaluation: learning from case studies in year one. NHS Health Scotland: Edinburgh; 2017.
8. Vicepresidència Segona i Conselleria d'Habitatge i Arquitectura Bioclimàtica. Generalitat Valenciana. Observatorio del Hábitat y la Segregación Urbana. Visor de Espacios Urbanos Sensibles de la Comunitat Valenciana (VEUS); 2022 (Consultado el 17/3/2022) Disponible en: <https://calab.es/observatorio-del-habitat/veus/>.
9. Instituto Nacional de Estadística. Subdirección General de Estadísticas Sociodemográficas. Atlas de distribución de renta de los hogares (ADRH); 2022. (Consultado el 17/3/2022). Disponible en: <https://inespain.maps.arcgis.com/apps/MinimalGallery/index.html?appid=c8b41b2c471845afbc8f8eb20c54382e>.

Apéndice E: Ponencias relacionadas

Ponencias y presentaciones en congresos

Diagnósticos participativos de salud: una oportunidad para la acción local en salud con enfoque de determinantes sociales. Ponencia mesa Salud Comunitaria. Congreso Internacional de Enfermería Familiar y Comunitaria XII FAECAP, XIV ASANEC y IX Encuentro de EIR y tutores. Granada. Abril 2023.

Transforming Urban Environments for Health using the Place Standard Tool – an international perspective. Workshop. 18th ICUH International Conference on Urban Health. Valencia. Octubre 2022.

Entornos de Vida: herramienta participativa para la evaluación de entornos físicos y socioeconómicos con enfoque de equidad. Comunicación Oral. 18th ICUH International Conference on Urban Health. Valencia. Octubre 2022.

What determines health of places? Participatory analysis of the health situation with a focus on social determinants and equity. Comunicación Oral. IUHPE European Conference on Health Promotion. Girona. Junio 2021.

Participation, equity and health policies at the local level: tools for their implementation. 16th World Congress on Public Health 2020. Public Health for the Future of Humanity: Analysis, Advocacy and Action. Virtual Edition. 2020.

Equity in local health participatory tool to assess physical and socioeconomic settings in Spain. 16th World Congress on Public Health 2020. Public Health for the Future of Humanity: Analysis, Advocacy and Action. Virtual Edition. 2020.

Participación e intersectorialidad: estrategias de abordaje de las desigualdades en salud. Ponencia mesa Participación en Salud. X Jornadas Nacionales de AEC y VII Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria. Valencia. Octubre 2019.

Entornos de Vida: una herramienta participativa para evaluar los entornos físicos y socioeconómicos de la población urbana. Póster. X Jornadas Nacionales de AEC y VII Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria. Valencia. Octubre 2019.

Ponencias en cursos y jornadas

Análisis de la situación de salud del territorio. Curso “XarxaSalut: Mejorando la salud desde nuestros pueblos y ciudades a través de la acción comunitaria”. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). Valencia. Octubre 2023.

Metodologías participativas para explorar el territorio: innovando en los diagnósticos comunitarios enfocados en la acción. Escuela de Verano de la Escuela de Salud Pública de Menorca. Conselleria Salut Illes Balears. Septiembre 2022 y 2023.

Metodologías Participativas para la Salud Comunitaria. Seminario en el Máster de Cooperación al Desarrollo. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Marzo 2023.

Análisis de salud de la comunidad desde las metodologías participativas. Seminario de Investigación en el Máster de Investigación y Cuidados de Enfermería en Poblaciones Vulnerables. Universidad Autónoma de Madrid. Diciembre 2022.

Análisis de la situación de salud del territorio. Curso “Acción local en salud”. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). Valencia. Mayo 2022, octubre 2021, octubre 2020.

Metodologías de investigación en Promoción de la Salud. Análisis de situación en salud. Máster de Metodología de investigación aplicada a los cuidados enfermeros. Universidad de Barcelona. Curso 2019-2020, 2020-2021 y 2021-2022.

Herramientas XarxaSalut: una oportunidad para la acción local en salud. Seminario XarxaSalut. Centro de Salud Pública de Denia. Departamento de Salud Marina Alta. Octubre 2021.

Treballant per la Salut Local i el Benestar a la Marina Baixa. Seminario de Salud Local. Ayuntamientos de Altea y Callosa d’En Sarrià. Octubre 2019.

Determinantes de la salud, análisis de la situación y priorización. Seminario de Salud Local. Ayuntamientos de Benissa, Calpe y Ondara. Octubre 2019.

Apéndice F: Becas y premios

Premios

Herramienta participativa para evaluar los entornos físicos y socioeconómicos de la población urbana. Premio a la mejor comunicación póster de postgrado: EIR, Máster y Doctorados. X Jornadas Nacionales de AEC y VII Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria. Valencia. Octubre 2019.

Becas

Obtención de la ayuda en la **Convocatoria de ayudas de I+D+i en Enfermería 2019. Programa de Ayudas FISABIO 2018-2020**. Investigadora principal del proyecto: “Herramienta participativa para evaluar los contextos físicos y socioeconómicos de población urbana”.

Inclusión en el **Programa de Ayudas a Doctorandos y realización de Tesis 2022**. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España e Instituto Español de Investigación Enfermera.

Acción local en salud

Estrategia de abordaje de la salud y el bienestar centrado en actuaciones y políticas locales, implicando la colaboración entre diferentes sectores, la participación de la comunidad y el enfoque de equidad.

Acción comunitaria

La acción comunitaria es la dinamización de las relaciones de cooperación entre las personas y grupos de un determinado ámbito o espacio de convivencia. Con ella se busca mejorar las condiciones de vida, reforzar los vínculos sin abandonar a nadie y promover las capacidades de acción individual y colectiva.

Análisis de situación de salud

Proceso dirigido a identificar el estado actual de una comunidad en relación con su salud y bienestar, los factores que condicionan su salud y los recursos y activos que la generan.

Atención Primaria de Salud

La atención primaria de salud es la prestación integral y accesible de servicios de salud esenciales, centrados en las personas, familias y comunidades, que abordan las necesidades de atención básicas, actuando como la primera línea de contacto entre los individuos y el sistema de salud. La atención primaria promueve la continuidad de la atención, la coordinación entre diferentes niveles de atención y la participación comunitaria.

Caminabilidad

Capacidad de un lugar o entorno para facilitar y promover el desplazamiento a pie. En el ámbito de la planificación urbana y la movilidad activa se refiere a la amigabilidad de un territorio en términos de accesibilidad, seguridad vial, características de los espacios públicos, proximidad de destinos y aquellos aspectos que favorecen la movilidad a pie.

Capital social

Es el grado de cohesión social existente en una comunidad. Se refiere a los procesos que se dan entre personas que favorecen la creación de redes y compromiso social, facilitando la coordinación y cooperación comunitaria.

Ciencia ciudadana

Enfoque de investigación en el que la ciudadanía se involucra en la recopilación, análisis y generación de datos científicos, fomentando la democratización del conocimiento científico.

Ciudades Saludables

Una ciudad saludable se caracteriza por su constante esfuerzo en crear y mejorar los entornos físicos y sociales, así como en ampliar los recursos comunitarios que facilitan la colaboración entre individuos para llevar a cabo todas las funciones vitales y alcanzar el desarrollo pleno de sus capacidades y potencialidades.

Comportamientos relacionados con la salud

Conjunto de actitudes y conductas adoptadas de forma individual o colectiva que interaccionan con las condiciones de vida y de trabajo, y están determinados por factores sociales, culturales y económicos del contexto.

Consecuencias diferenciales

Resultados desiguales que experimentan personas, grupos o comunidades debido a sus características socioeconómicas, ubicación geográfica, género, etnia u otras, las cuales influyen en cómo se experimentan determinados eventos o situaciones.

Consejo de Salud de Zona Básica

Estructuras de participación intersectorial, independientes funcionalmente, cuyo objetivo es promover la salud comunitaria y las políticas de salud mediante la promoción de la salud, la acción comunitaria y la participación comunitaria de la zona básica de salud.

Contexto físico

Hace referencia al entorno natural, como el clima o la geografía, y al entorno construido, como la vivienda y la planificación urbanística. Incluye aspectos relacionados como el uso del espacio público, infraestructuras públicas, equipamientos locales, políticas de vivienda, movilidad, disponibilidad de espacios verdes y la calidad del aire.

Contexto socioeconómico

Conjunto de condiciones sociales y económicas que caracterizan a una persona, grupo o comunidad concreta. Incluye factores como el nivel de ingresos, servicios públicos de educación, entorno familiar, redes sociales, condiciones laborales y tipo de empleo, participación, distribución de la riqueza y aquellos aspectos relacionados con la estructura y dinámica económica y social.

Desigualdades en salud

Se denominan a las diferencias en salud que son injustas, potencialmente evitables y que se producen entre grupos poblacionales definidos por factores sociales, demográficos, económicos y/o geográficos.

Determinantes sociales de la salud

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan la salud de las personas, grupos y comunidades. Son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como el sistema de salud.

Ejes de desigualdad

Los ejes de desigualdad determinan jerarquías de poder que condicionan las oportunidades de tener una buena salud. Los principales ejes son la clase social, el género, la edad, la etnia, el territorio y la discapacidad.

Empoderamiento ciudadano

Proceso mediante el que las personas adquieren un mayor control sobre las acciones y decisiones que afectan a su salud. Es el proceso en el que las personas fortalecen sus capacidades, visión y protagonismo para impulsar cambios positivos en sus entornos y circunstancias de vida.

Enfoque de aguas abajo o *downstream*

Estrategias de salud pública y políticas públicas centradas en el abordaje de las causas de los problemas de salud. Interviene en niveles estructurales de las condiciones sociales, económicas y ambientales para generar impacto positivo y colectivo en la salud a largo plazo, a partir de acciones que mejoren las condiciones de vida y de trabajo y promuevan la equidad en salud.

Enfoque de aguas arriba o *upstream*

Implementación de acciones dirigidas a las consecuencias inmediatas de los problemas de salud sin abordar necesariamente sus causas más profundas.

Entornos favorecedores de salud

Contextos residenciales, laborales, educativos y de socialización que fomentan la salud de las personas y protegen frente a los riesgos, favoreciendo su autonomía y el desarrollo de sus capacidades en relación con su salud y bienestar.

Equidad en salud

La equidad en salud implica que todas las personas deben tener las mismas oportunidades para lograr alcanzar plenamente su potencial en salud. Esto implica que las necesidades de las personas deben guiar la distribución de los recursos y oportunidades para reducir las diferencias en salud al nivel más bajo posible.

Exposición diferencial

Variación de la exposición a determinados factores, riesgos o condiciones entre diferentes grupos de población, determinados por características específicas como el género, la etnia o el nivel socioeconómico.

Gobernanza en salud

Acciones del gobierno local, la sociedad civil, el tercer sector y el sector privado, que a través de organizaciones y agentes sociales, se dirigen a abordar las causas de las desigualdades sociales en salud mediante actuaciones en el contexto físico y socioeconómico, de carácter intersectorial.

Gradiente social de salud

Es la asociación sistemática y consistente entre el nivel socioeconómico y el estado de salud de la población. A medida que se desciende en la escala socioeconómica, se observa peor estado de salud y mayor prevalencia de enfermedad.

Intersectorialidad – acción intersectorial

Acción coordinada de instituciones y/o sectores sociales para mejorar la salud. Consiste la alineación de recursos y estrategias de actuación de dos o más sectores políticos para lograr objetivos de forma complementaria que mejoren la salud y el bienestar.

Justicia social

La necesidad de lograr un reparto equitativo de los bienes sociales, asegurando la dignidad de todas las personas y promoviendo la cohesión social.

Mesa intersectorial

Estructura de participación de ámbito local que tienen como fin impulsar la acción comunitaria y local en salud, promoviendo la intersectorialidad, la equidad y la participación comunitaria en las políticas de salud locales.

Municipio rural

Población con menos de 30.000 habitantes y menos de 100 habitantes por km². Se considera un municipio rural pequeño cuando acoge menos de 5.000 habitantes.

Nivel 3 de orientación comunitaria

Nivel colectivo de la orientación comunitaria de la Atención Primaria de salud, donde los Equipos de Atención Primaria participan en acciones o procesos comunitarios.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

Son 17 objetivos interrelacionados entre sí adoptados por las Naciones Unidas en 2015 para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que en 2030 todas las personas puedan disfrutar de paz y prosperidad.

Observatorio ciudadano

Espacio colaborativo comunitario de monitoreo ambiental para la co-creación, diseño y seguimiento de acciones locales destinadas a transformar los entornos en espacios saludables, sostenibles, resilientes e inclusivos.

Participación comunitaria

Es el proceso de involucrar a las comunidades en la toma de decisiones, y/o diseño, planificación, coordinación, implementación o evaluación de acciones o programas mediante métodos de colaboración y/o empoderamiento.

Place Principle – Principio de Lugar (traducción propia)

Iniciativa gubernamental escocesa que busca mejorar la salud y el bienestar mediante el desarrollo y planificación de espacios o contextos en los que viven y/o trabajan las personas. Incluye acciones y políticas a nivel local para crear entornos favorecedores de la salud.

Putting Health into Place – Integrando la salud en el entorno (traducción propia)

Integración de la salud desde una perspectiva intersectorial mediante el diseño y la planificación de entornos que promuevan la salud de las personas y comunidades. Se reconoce la influencia directa del entorno sobre la salud y el bienestar.

Poder y recursos diferenciales

Variabilidad en el acceso y disponibilidad de recursos entre diferentes grupos o comunidades definidos por características específicas como el género, la etnia o el nivel socioeconómico.

Promoción de la salud

Proceso que permite a las personas, grupos y comunidades incrementar el control sobre su propia salud para mejorarla. Abarca no solo el fortalecimiento de las habilidades y capacidades individuales y colectivas sino las acciones orientadas a modificar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud con el fin de potenciar su impacto positivo en la salud.

Salud en todas las políticas

Enfoque para la formulación de políticas públicas que considera las implicaciones sobre la salud de las decisiones en todos los sectores. Busca sinergias para generar salud y abordar las desigualdades en salud más allá del sector de la salud.

Salutogénesis

Paradigma que estudia el origen de la salud, a partir del reconocimiento de los recursos y activos para la salud individuales y colectivos, incluido el sentido de coherencia, ayuda a las personas a mantener o mejorar su salud.

Ciudad inteligente o *Smart City*

Una ciudad inteligente utiliza tecnología digital y electrónica para transformar los entornos de vida, mejorando la toma de decisiones informadas, la integración de sistemas de intercambio de información, maximización de la sostenibilidad y conservación del medio ambiente. Implica la presencia de redes compuestas por múltiples fuentes de datos que ofrecen más oportunidades para la movilidad sostenible, participación o el acceso a la información, que permiten mejorar la eficiencia de los servicios públicos y la calidad de vida.

Transporte activo

Método de desplazamiento que no dependen de motores o combustibles y se consideran sostenibles y saludables. El fomento del transporte público implica el aumento del transporte activo.

Vulnerabilidad diferencial

Disparidad en la susceptibilidad a riesgos o factores de riesgo entre diferentes grupos o comunidades definidos por características específicas como el género, la etnia o el nivel socioeconómico.

Anexos

Anexo A: Dictamen del Comité de Ética de Investigación

Anexo B: Información del proyecto y Consentimiento Informado

Anexo C: Place Standard Tool

Anexo D: Herramienta Entornos de Vida

Anexo A: Dictamen del comité de ética de investigación



D. José María Montiel Company, Profesor Contratado Doctor del departamento de Estomatología, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 7 de noviembre de 2019, una vez estudiado el proyecto de investigación titulado:

"Entornos de vida: una herramienta participativa para evaluar los contextos físicos y socioeconómicos de la población urbana", número de procedimiento 1208176, cuyo responsable es D. Vicente Gea Caballero, ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a ocho de noviembre de dos mil diecinueve.

A blue ink signature is written over a circular official stamp. The stamp contains the text "UNIVERSITAT DE VALÈNCIA" and "VICERECTORAT D'INVESTIGACIÓ" around a central emblem.

Anexo B: Información del proyecto y consentimiento informado

Consentimiento Informado proyecto *Entornos de Vida*

Identificación del proyecto: “Entornos de vida: una herramienta participativa para la evaluación de entornos físicos y socioeconómicos”

Versión 1; 09/09/19

IP: Ana María Ocaña Ortiz

Centro/organismo que realizará el estudio:

Promueve: Dirección General de Salud Pública – Generalitat Valenciana

Financiación:

El objetivo de este proyecto es describir la percepción que tienen las personas sobre los aspectos físicos y socioeconómicos del barrio o municipio donde viven o pasan la mayor parte de su tiempo.

Si usted accede a participar en este proyecto, se le pedirá que participe en un grupo respondiendo y comentando una serie de preguntas. La sesión durará 2 horas aproximadamente. Lo que hablemos durante la sesión se grabará para poder facilitar la recuperación de todas las ideas que haya expresado. Todo lo conversado en los grupos como lo escrito, será estrictamente confidencial, es decir, será una información solo conocida por parte de las personas que participan el proyecto. La información será codificada usando un número de identificación y por lo tanto no llevará su nombre. Una vez transcritas las entrevistas, los archivos con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él; igualmente podrá conocer los resultados finales del mismo y podrá retirarse o negarse a responder cualquier pregunta que usted considere prudente omitir la respuesta o le afecte emocionalmente.

Agradecemos su participación

Acepto participar voluntariamente en este proyecto y he sido informada/o de la meta de este estudio. Me han indicado también, que debo responder unas preguntas y que puedo retirarme de la investigación o negarme a responder cuando yo lo considere necesario. He sido informado además del tiempo de mi participación en el grupo/ entrevista.

En virtud de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre) los datos de carácter personal que nos facilite quedarán registrados en un fichero de acceso protegido. Los datos serán gestionados por la OVACS y el Ayuntamiento del municipio donde realice la evaluación, con la finalidad de analizar la utilidad de este cuestionario para mejorar la salud. Los resultados podrán ser publicados en foros científicos y sociales. La información recogida no será cedida a terceras personas. Puede ejercer su derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición escribiéndonos a entornosdevidaCV@gva.es

En _____, a _____ de _____ de 2019.

Nombre y apellidos de la persona participante:
Firma:

Entornos de vida: ¿qué calidad tiene tu entorno?

Entornos de vida es una guía que se utiliza para mejorar la calidad de los lugares donde las personas viven, trabajan, se relacionan o envejecen.

Esta guía es fácil y sencilla de usar. Consiste en 14 preguntas sobre elementos físicos y sociales del territorio a evaluar. Una vez son contestadas, los resultados se trasladan a un simple diagrama en el que se muestra gráficamente la valoración sobre las áreas preguntadas.

¿Por qué es importante el lugar donde vivo?

Los lugares donde pasamos gran parte de nuestro tiempo tienen un efecto importante sobre nuestra salud y bienestar. Conocer qué fortalezas y debilidades tiene nuestro entorno nos ayuda a pensar qué se necesita para mejorarlo. Los 14 temas de *Entornos de vida* están relacionados con la salud y bienestar que nos proporciona nuestro entorno.

¿Cómo se utiliza *Entornos de Vida*?

La guía consta de 14 áreas. Cada área consta de una pregunta principal y una serie de preguntas que te ayudarán a reflexionar sobre el tema. Una vez lo hayas valorado, deberás puntuar el área del 1 al 10 y explicar brevemente los motivos de tu puntuación.

Cuando hayas evaluado las 14 áreas podrás traspasar tu puntuación al diagrama situado al final del cuestionario. Así, de un solo vistazo, verás cómo has evaluado tu entorno.

Finalmente, podrás proponer acciones prioritarias que se pueden realizar para mejorar las áreas que peor has puntuado.

Tu eres quien mejor conoce dónde vives, ¿participas?

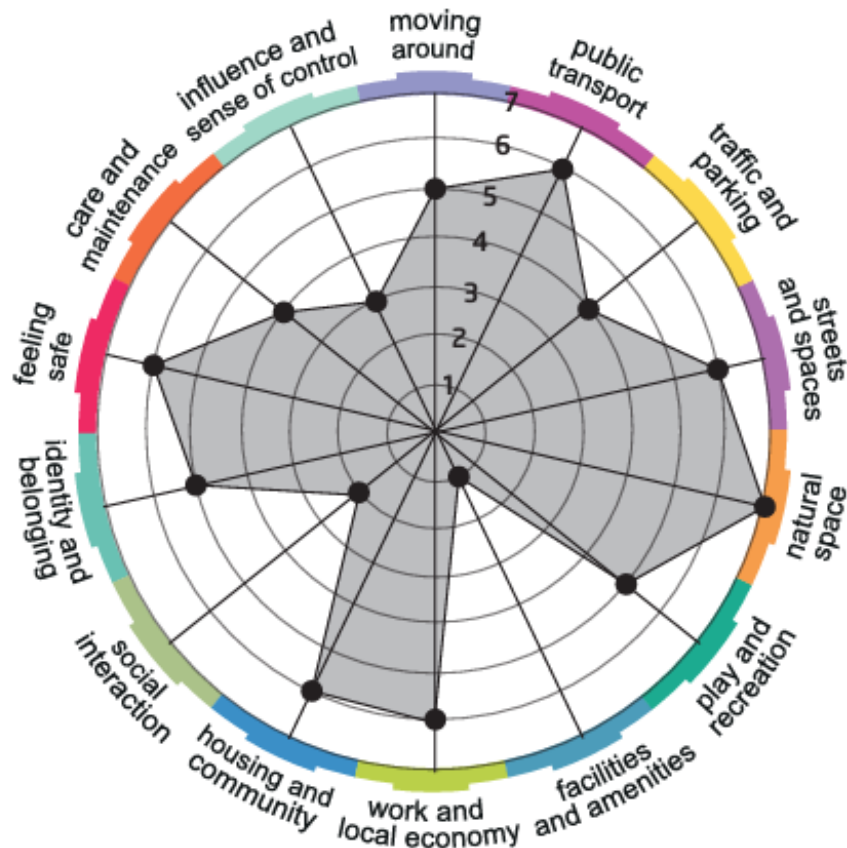
Bienvenida/o a *Entornos de Vida*. El objetivo de la evaluación es mejorar los entornos físicos y socioeconómicos de las personas. Los beneficios de utilizar *Entornos de Vida* es participar activamente en la mejora del espacio donde se vive. Antes de empezar queremos informarte de que los datos que se recogerán a continuación serán almacenados garantizando tu anonimato y solo serán utilizados con fines estadísticos. Nunca serán tratados de forma individual. En cumplimiento de la normativa europea y española de protección de datos especiales de carácter personal, solicitamos tu consentimiento explícito para poder almacenar las respuestas a este cuestionario. Para aceptar, marca en la casilla a continuación:

- ☐ Acepto que los datos recogidos a continuación sean tratados de forma agregada y únicamente con fines de evaluación para proporcionar mejoras en los entornos.

En virtud de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre) los datos de carácter personal que nos facilites por medio de la siguiente guía quedarán registrados en un fichero de acceso protegido. Los datos serán gestionados por la OVACS y el Ayuntamiento del municipio donde realices tu evaluación, con la finalidad de analizar la utilidad de este cuestionario para mejorar la salud. Los resultados podrán ser publicados en foros científicos y sociales. Así mismo, te informamos que los datos recogidos no serán cedidos a terceros. Puedes ejercer tu derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndote a nosotros por correo electrónico a entornosdevidaCV@gva.es

- ☐ He leído y acepto la política de Privacidad.

Place Standard – How good is Our Place?



The Place Standard is a tool to evaluate the quality of a place. It can evaluate places that are well-established, undergoing change, or still being planned. The tool can also help users to identify their priorities.

The tool is simple and free to use. It consists of 14 questions which cover both the physical and social elements of a place. Prompts are provide to help users answer the questions. When all 14 questions have been completed, the results are shown in a simple diagram.

Why Place is important

Research shows that the places where we spend our time have an important impact on our lives. The way a place looks, functions and feels can influence our health and wellbeing, and the opportunities we have access to. Improving the quality of places can help to tackle inequalities.

Understanding the existing and potential strengths of a place can inform good decision making, allowing resources to be targeted to where they are most needed. This approach can deliver better results over the long term.

The tool can also support the design and delivery of successful places, creating quality development where people want to live.

Who it is for

The tool is designed to be accessible for everyone to use: communities; public sector; third sector; and the private sector. People will want to use the tool in different circumstance and for different purposes, but it allows people to work together productively across sectors and boundaries in a consistent way.

Area

The tool allows different sizes and types of places to be assessed. This can include whole towns or neighbourhoods in urban or rural locations. The tool can be used to assess existing places as well as places that are still being planned. Whatever the place, the area to be evaluated should be agreed in advance by those involved.

How to use

You can either complete the tool on paper or placestandard.scot

- Record who you are, noting if you are an individual or representing a group, and agree the area you are going to assess.
- Answer each question by recording a rating on a scale from 1 to 7. Some prompts are provided as a starting point for discussion. The rating should be agreed amongst the group carrying out the assessment. Space is provided to record the reasons for your answers.
- When you have answered all the questions, plot each rating on the 'compass diagram'. In this example (below) the "Moving Around" question was rated as '4'. The next question, Public Transport, was rated a "6". A line should be drawn between each point.



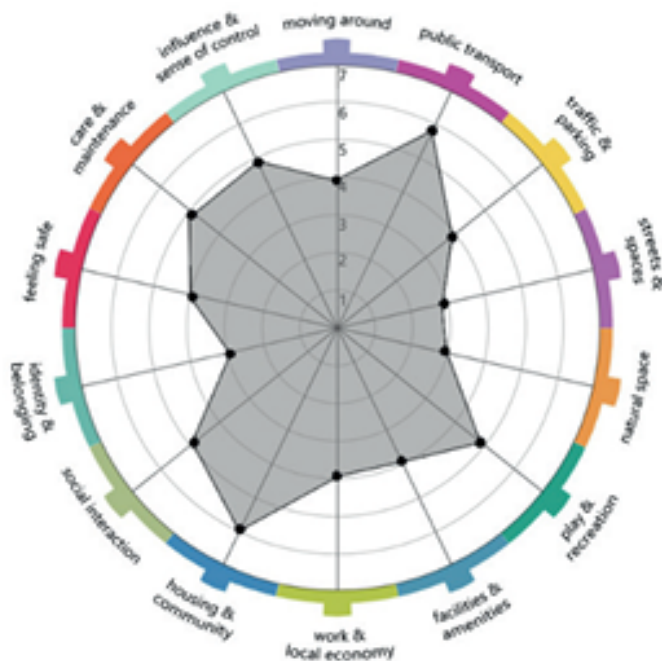
- After completing the diagram, you can reflect on the results by agreeing priorities and actions. Space is provided for you to list the main issues.

There may be occasions where the question does not seem relevant or where you feel you do not have enough information to answer. In these cases you should think about the area that is being evaluated as part of a larger place or ensure that there is a way in which community views can properly be taken into account.

When the tool is being used to help plan a new development where there is no established community, you will want to think about what it will be like to live there. It will also be useful to consider the needs of, or impact on neighbouring communities.

Output

The diagram that is produced is easy to understand. It shows at a glance the areas where a place is performing well and where there is room for improvement. Where a place has been assessed as good, the shape will be fuller, reaching towards the edge of the circle (in the example below: *public transport*). Where it is viewed as performing poorly the shape will be smaller, remaining towards the centre (eg: *streets and spaces*).



There is no benchmark or minimum standard. The tool is used to determine the strengths and assets of a place and to indicate areas in which action may be taken.

When to use

The place standard tool can help you to achieve a number of aims.

Communities can use the tool to assess what works about their place and where it needs to improve. This may be part of a wider discussion about the regeneration of an area, or it might be to inform a new place or development which is planned nearby.

Local authorities and Community Planning Partnerships can use the tool to help plan their activities and prioritise appropriate action.

The development sector can use the tool to establish to the needs of communities and create good places where people want to live.

What happens next

The place standard tool is part of a process, not the end of a process. In considering what you do next, you should think about opportunities to develop and build upon the conversations and relationships the tool has initiated.

The method allows assessment to be consistent and comparable over time to see if improvement has been made. In order to get the most out the tool you will want to record the qualities of the place and the reasons for your rating. This will be useful for people to set the ambition for their place.

Moving around

Walking and cycling are good for both our health and the environment. The design and layout of a place can encourage walking and cycling by providing pleasant and safe routes that connect people to where they want to go.

Now consider the question:

Can I easily walk and cycle around using good quality routes?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

You might want to think about the following :

- Are there enough routes for walking and cycling? Are these given priority over cars and other traffic as much as possible?
- Do routes provide obvious and direct links with the places that people want to go, such as schools, shops, parks and public transport?
- Are routes of good quality, in an attractive environment and pleasant to use?
- Do routes meet the needs of all people regardless of age, mobility or disability? Is seating available for those who may need it?
- Do routes feel safe to use all year round and at different times of the day?
- If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Public transport

Access to an affordable, reliable and well-connected public transport service is important for communities in any place. Good public transport allows people to get around in a sustainable way which in turn is good for the environment.

Now consider the question:

Does public transport meet my needs?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Are public transport services frequent and reliable? Do they take people to the places they need to go?
- Is public transport accessible for all regardless of age, mobility or disability?
- Are bus stops and stations in convenient places and within walking distance of people's homes? Is seating available for those who may need it?
- Are public transport services affordable for all?
- Are facilities and vehicles of a good quality and well maintained? Do they encourage use and help people to feel safe?
- Do public transport hubs offer good facilities such as toilets, secure parking and cycle storage?
- If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Traffic and parking

Places that are dominated by traffic and parked cars can have a negative impact on our daily lives. Appropriate arrangements for traffic and parking that allow people to move around safely can help people to get the most out of a place.

Now consider the question:

Do traffic and parking arrangements allow people to move around safely and meet the community's needs?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Do people take priority over cars and other traffic?
- Does the amount and location of parking affect how people feel about the place and how they use it?
- Are there any aspects of the place that are adversely affected by the levels of traffic and parking? You might want to think about access, noise and air quality.
- Are there appropriate road safety measures in place to ensure everyone can get about safely regardless of age, mobility or disability?
- Are traffic calming measures used effectively to benefit the community?
- Is parking in a safe and secure location?

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Streets and spaces

Buildings, landmarks, greenery, views and natural landscape can all help to create an attractive, distinctive place that people enjoy being in. These features can also help people to find their way around.

Now consider the question:

Do buildings, streets and public spaces create an attractive place that is easy to get around?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Is being in or passing through this place a pleasant experience?
- Are there positive features such as local landmarks, historic buildings, public squares or natural features that make the place feel distinctive?
- Are there distinctive features and routes that help you to find your way around?
- Do buildings, features and public spaces look interesting and attractive?
- Are there negative features such as derelict buildings, vacant land or excessive noise? Does the design of the area help to lessen their impact?
- Is the experience of the place positive both day and night and in different seasons or weather conditions?

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Natural space

Natural space includes a wide variety of different environments from parks, woodlands, fields, streams and rivers to green space alongside paths and roadways and tree lined streets. These spaces are good for wildlife, can improve air quality and benefit our health and wellbeing.

Now consider the question:

Can I regularly experience good quality natural space?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Are there a range of natural spaces that are readily available to people and can be used for a variety of purposes?
- Are there opportunities for people to experience and have contact with nature?
- Is natural space accessible to all regardless of age, mobility or disability? Is seating available for those who need it?
- Is the available natural space attractive, well maintained and free from hazards? Is it affected by negative features such as excessive noise or poor air quality?
- Is the natural space used, and felt safe to use, by all regardless of age, gender, ethnicity, religious belief, sexual orientation or disability?
- Will the available natural space continue to meet people's needs in the future?

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Play and recreation

Good places encourage children to play and allow adults to enjoy leisure and sporting activities. Opportunities for play and recreation can improve the quality of our lives and our health.

Now consider the question:

Do I have access to a range of space and opportunities for play and recreation?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Are there opportunities and spaces for all to engage in play and recreation? You might want to think about some specific groups like teenagers, children with disabilities and older people.
- Are there appropriate spaces and facilities to support play and recreational activities? Are these used to their full potential?
- Are the available spaces and facilities of good quality and well maintained?
- Are the available spaces and facilities accessible for all? And are they affordable to use?
- Are children able to challenge themselves during play and build confidence through exposure to and experience of judging and managing risk? Is the presence of children playing outdoors welcomed by the community?
- Do the available spaces and facilities feel safe to get to, be in and use? Is this affected by the time of day or year?

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Facilities and amenities

Facilities and amenities are the things that we need to live and enjoy life; this can include local shops, schools, nurseries, libraries, GPs and places to eat, drink and meet friends. Access to good quality facilities and amenities is important in supporting people to lead healthy, fulfilling lives.

Now consider the question:

Do facilities and amenities meet my needs?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Is there a range of facilities and amenities available to meet a variety of different needs?
- Are these accessible and used by all regardless of age, gender, ethnicity, religious belief, sexual orientation or disability?
- Do the available facilities and amenities help to support a healthy lifestyle?
- Are they within a reasonable distance and easily accessible by walking, cycling or public transport?
- Are facilities and amenities good quality and well maintained?
- Are the available facilities and amenities being used to their full potential? Will they continue to meet people's needs in the future?

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Work and local economy

Good quality work can offer important benefits through the income, activity, social networks and sense of identity and satisfaction that it can bring. A thriving local economy can provide work opportunities and help create lively and attractive places where people want to spend time.

Now consider the question:

Is there an active local economy and the opportunity to access good quality work?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Is there an active local economy that helps to create a thriving place?
- Are there job opportunities that are available and accessible to local people regardless of age, gender, ethnicity, religious belief, sexual orientation or disability?
- Are there effective services that help people to find and keep work, such as Jobcentres, recruitment agencies and affordable childcare, available locally?
- Are there opportunities for people to gain skills for work such as education, training and volunteering?
- Are there opportunities and spaces for local businesses to start up and grow?

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Housing and community

The housing on offer can determine who lives in an area and how a place looks and feels. Good places have a well-integrated mix of quality homes that support a range of household sizes and people of different ages and incomes.

Now consider the question:

Does housing support the needs of the community and contribute to a positive environment?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Is housing a positive feature of the area?
- Does the variety of housing allow people to stay in the area even as their needs change?
- Is there a range of house types, sizes and tenures (i.e. rented, privately owned, etc) to meet different needs and are these well-integrated with each other.
- Is there a range of good quality housing available for people, regardless of their income.

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Social interaction

Feeling isolated can be damaging to our health and wellbeing. Good places provide a variety of spaces to meet and spend time with others.

Now consider the question:

Is there a range of spaces and opportunities to meet people?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Are there spaces that provide opportunities for people to meet and interact?
- Is there a range of different spaces for interaction; these could be indoor, outdoor, purpose built and more informal?
- Can they be used at different times of the day and year or in different weathers?
- Does the place encourage people from across the whole community to mix and get to know each other?

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Identity and belonging

How people feel about a place can be influenced by many factors, including how the place looks; how other people view the place; and the place's culture and history. Places with a positive identity, and where people feel they belong, can help to build strong communities.

Now consider the question:

Does this place have a positive identity and do I feel I belong?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Do people perceive the place positively?
- Are the history, heritage and culture of the place apparent and celebrated?
- Do people feel connected to their neighbours and the community?
- Do all people in the place feel like they belong regardless of age, gender, ethnicity, religious belief, sexual orientation or disability?
- Are people positively engaged in their community? Are there groups and networks that help strengthen a sense of community?

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Feeling safe

How safe a place feels can affect people's wellbeing and how they spend time there. Good design and maintenance can help make places feel safer and minimise crime and antisocial behaviour.

Now consider the question:

Do I feel safe?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Is the area safe for all regardless of age, gender, ethnicity, religious belief, sexual orientation or disability?
- Are routes and spaces overlooked by buildings and are these well used, adding to a feeling of safety?
- Are routes and spaces safe and well used at different times of the day and throughout the year?
- Do people feel safe both at home and when out and about?
- Is the area free of negative features, such as empty or derelict property, crime, or anti-social behaviour?

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Care and maintenance

Places that are well-cared for can make us feel positive, while those that are not looked after properly can have the opposite effect. Having proper maintenance arrangements in place, and ways in which residents can get support when needed, allows people to feel positive about their environment.

Now consider the question:

Are buildings and spaces well cared for?

Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Are public areas, facilities and properties well maintained?
- Are there any specific problems in the area, such as litter, vandalism or dog fouling?
- Are there good facilities for refuse storage and collection? Are recycling facilities available and easily accessed?
- Do local authorities, housing associations, landlords and residents all know their roles and responsibilities? Is action taken when necessary?
- Is communication clear and effective? Residents should be kept informed of any change to services and be able to easily report problems if they arise.
- Is there a local residents association? Is it effective?

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

Influence and sense of control

Having a voice in decision making and feeling empowered to make changes can help to build stronger communities and better places. Having this sense of control can make people feel positive about their lives.

Now consider the question:

Do I feel able to participate in decisions and help change things for the better?

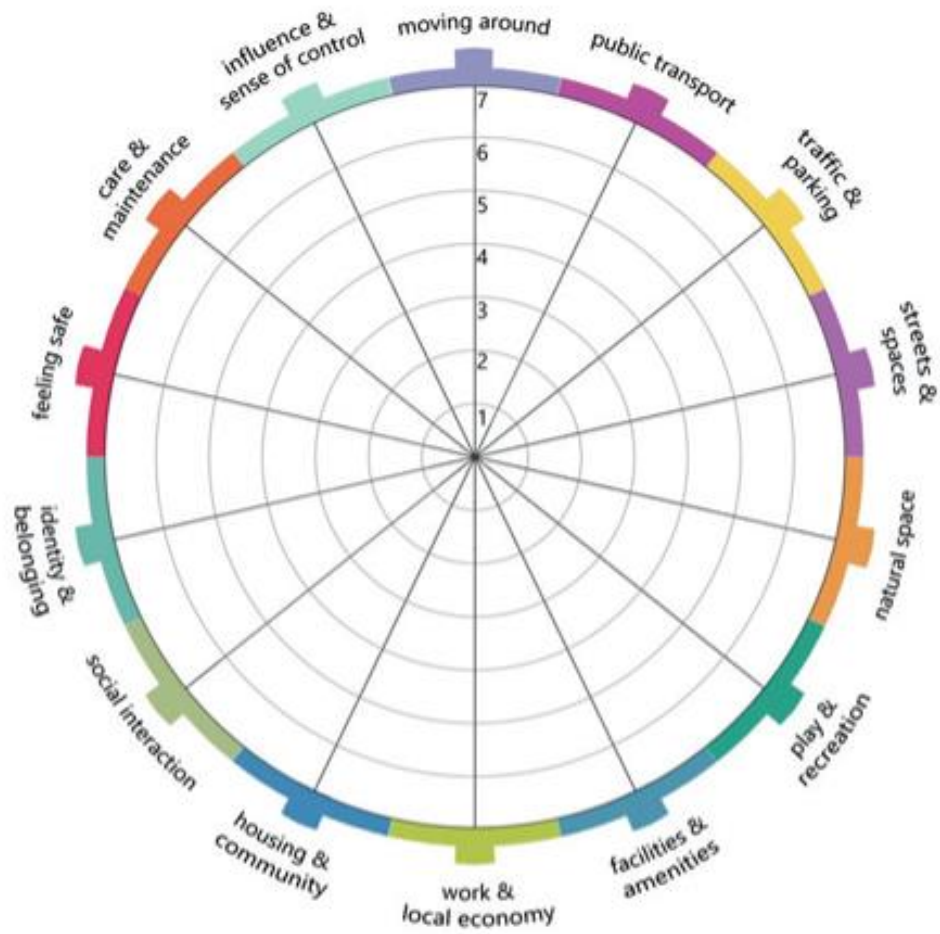
Next, rate your place on a scale from 1 to 7 where 1 means there is a lot of room for improvement and 7 means there is very little room for improvement. Record your rating on the compass.

Here are some things that you might want to think about as you consider your rating:

- Are people able to contribute to decisions that affect them?
- Are all people able to contribute regardless of age, gender, ethnicity, religious belief, sexual orientation or disability?
- Do organisations such as local authorities, health services and housing associations actively work with the community to understand their needs?
- Do people feel listened to?
- Are there local community services or groups that allow people to get involved?

If you wish, note why you rated your answer the way you did below:-

When you have answered all the questions, plot each rating on the 'compass diagram'



Priorities for action

What are the main issues and priorities for change that you have identified?

Priorities for action

What actions could be taken to address these?



© Crown copyright 2015

**Architecture &
Design Scotland**
Aitheòrachd is Dealbhadh na h-Alba

NHS
**Health
Scotland**


**The Scottish
Government**
Riaghaltas na h-Alba



¿Cómo respira tu ciudad?



Proceso participativo para evaluar la
calidad del lugar donde vivimos

Imagen: freepik.com

Entornos de vida: ¿cómo es el lugar donde vives?

Entornos de vida es una herramienta que se utiliza para mejorar la calidad de los lugares donde las personas viven, trabajan, se relacionan, envejecen...

Es un cuestionario fácil y sencillo de usar. Consiste en 14 preguntas sobre elementos físicos, económicos y sociales del territorio a evaluar. Una vez contestadas, los resultados se trasladan a un simple diagrama en el que se muestra gráficamente la valoración sobre las áreas preguntadas.

¿Por qué es importante el lugar donde vives?

Los lugares donde pasamos gran parte de nuestro tiempo tienen un efecto importante sobre nuestra salud y bienestar. Conocer qué fortalezas y debilidades tiene nuestro entorno nos ayuda a pensar qué se necesita para mejorarlo. Las 14 dimensiones que incluye *Entornos de vida* están relacionadas con la salud y bienestar que nos proporciona nuestro entorno.

¿Cómo se utiliza *Entornos de Vida*?

La herramienta consta de 14 dimensiones. Cada dimensión tiene una pregunta principal y una serie de preguntas que te ayudarán a reflexionar sobre el tema. Una vez lo hayas valorado, deberás puntuarlo del 1 al 10 y explicar brevemente los motivos de tu puntuación.

Cuando hayas evaluado las 14 dimensiones podrás traspasar tu puntuación al diagrama situado al final del cuestionario. De esta forma, y de un solo vistazo, verás cómo has evaluado tu entorno.

Finalmente, podrás proponer acciones prioritarias que se pueden realizar para mejorar las áreas que peor has puntuado.

Tú eres quien mejor conoce dónde vives, ¿participas?

Bienvenida/o a *Entornos de Vida*. El objetivo de la evaluación es mejorar los entornos físicos y socioeconómicos de las personas. Los beneficios de utilizar *Entornos de Vida* es participar activamente en la mejora del espacio donde se vive. Antes de empezar queremos informarte de que los datos que se recogerán a continuación serán almacenados garantizando tu anonimato y solo serán utilizados con fines estadísticos. Nunca serán tratados de forma individual. En cumplimiento de la normativa europea y española de protección de datos especiales de carácter personal, solicitamos tu consentimiento explícito para poder almacenar las respuestas a este cuestionario. Para aceptar, marca en la casilla a continuación:

- ☐ Acepto que los datos recogidos a continuación sean tratados de forma agregada y únicamente con fines de evaluación para proporcionar mejoras en los entornos.

En virtud de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre) los datos de carácter personal que nos facilitas por medio de la siguiente guía quedarán registrados en un fichero de acceso protegido. Los datos serán gestionados por la OVACS y el Ayuntamiento del municipio donde realices tu evaluación, con la finalidad de analizar la utilidad de este cuestionario para mejorar la salud. Los resultados podrán ser publicados en foros científicos y sociales. Así mismo, te informamos que los datos recogidos no serán cedidos a terceros. Puedes ejercer tu derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndote a nosotros por correo electrónico a entornosdevidaCV@gva.es

- ☐ He leído y acepto la política de Privacidad.

Antes de comenzar, nos gustaría que contestaras a las siguientes preguntas:

Población que evalúas [Indica el nombre y código postal]	
--	--

Nombre del barrio [Si procede]	
-----------------------------------	--

Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Otro	Edad: años Nacionalidad: Grado de discapacidad:%
--	---

Nivel de estudios:

☐ No sabe leer ni escribir

☐ Sin estudios

☐ Estudios primarios (o hasta 5º de EGB)

☐ Estudios de graduado escolar, EGB o similar

☐ Estudios de bachiller superior, BUP, FP o similar

☐ Estudios universitarios

Situación laboral actual: _____ :

☐ Estudiante

☐ Trabajando por cuenta ajena

☐ Trabajando por cuenta propia

☐ Parada/o

☐ Cuidado no remunerado

☐ Jubilado/a

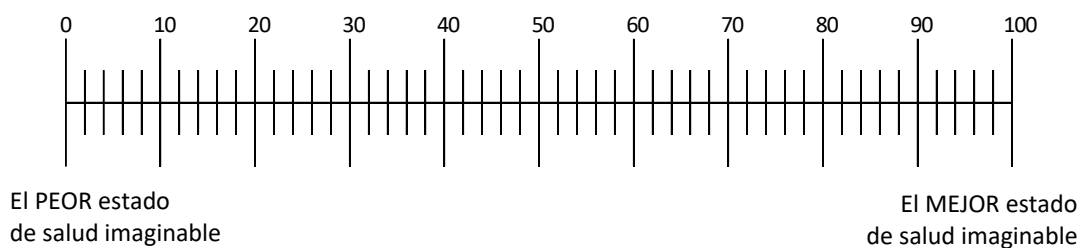
☐ Otra:

Si estás trabajando actualmente, ¿en qué trabajas?:

.....

.....

Nos gustaría que nos indicaras cuánto de bueno o malo es HOY **tu estado de salud**. Para ello, señala en la siguiente escala el número que expresa tu salud de HOY.



Desplazamiento a pie o en bicicleta

Caminar e ir en bicicleta son actividades que benefician nuestra salud y el medio ambiente. Poder realizar trayectos agradables y seguros nos anima a caminar o a ir en bicicleta.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Puedes caminar y/o desplazarte en bicicleta (o en otro medio de transporte no motorizado) fácilmente y por trayectos agradables y seguros por tu barrio o municipio?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Hay zonas específicas para ir a caminar y/o montar en bicicleta (rutas señalizadas, rondas, caminos escolares, zonas peatonales, carriles bici...)?
- ¿Las zonas para andar y/o montar en bicicleta tienen aceras amplias, buena señalización, rebajes de bordillos, sombra, bancos, fuentes...? ¿Hay elementos que lo dificulten (postes, farolas, mobiliario urbano, pendiente excesiva, mal estado, poca separación de calzada, mucho tráfico, insuficiente seguridad vial...)?
- ¿Tienen prioridad peatones o ciclistas frente a los coches u otros vehículos a motor (calles peatonales, semáforos y señalización específica)?
- ¿Se puede ir caminando o en bicicleta a los colegios, universidad, tiendas, parques, o estaciones de transporte público (autobús, tren, metro...)?
- ¿Tienen elementos que favorezcan la movilidad y la autonomía de todas las personas (ausencia de barreras arquitectónicas, bancos, fuentes, aseos, sombra...), independientemente de la edad, el género o la diversidad funcional?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

--

Transporte público

Poder acceder a un servicio de transporte público asequible, regular y bien conectado es importante para todas las personas. Un buen transporte público favorece realizar actividad física y anima a desplazarse de una forma más sostenible para el medio ambiente.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿El transporte público responde a las necesidades de todas las personas del barrio o municipio?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Hay variedad suficiente de transporte público, con horario regular y con frecuencias de paso adecuadas?
- ¿Permite llegar a los equipamientos básicos (como centros educativos, de salud, sociales, administrativos, comerciales...) y los conecta entre sí? ¿Hay zonas a las que no se puede llegar en transporte público?
- ¿El transporte público es seguro y accesible (por ejemplo, para las personas mayores, sillas de ruedas, carritos para bebés o carros de la compra) independientemente de la edad, el género, la movilidad o la diversidad funcional?
- ¿Hay información suficiente sobre el transporte público (horarios, precios, frecuencias, líneas, etc.)?
- Las paradas y/o estaciones de autobús, tren, metro, las estaciones de bicicletas o de otro tipo de transporte público ¿están en lugares adecuados y a una distancia a la que se puede llegar a pie desde casa, el trabajo u otros equipamientos (como centros de estudios, de salud, administrativos, comerciales...)?
- Las paradas y/o estaciones de autobús, tren, metro, bicicletas u otro tipo de transporte público, ¿tienen aseos, zonas cubiertas, asientos, iluminación adecuada, paneles informativos o zonas de aparcamiento para vehículos a motor y bicicletas?
- ¿Las paradas, estaciones y vehículos (autobuses, trenes, bicicletas...) están en buenas condiciones y bien mantenidos?
- ¿El transporte público tiene un coste económico asequible? ¿Hay billetes subvencionados para las personas con menores recursos?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

--

Tráfico y aparcamiento

Demasiado tráfico afecta negativamente a la salud de las personas que viven, trabajan o visitan un lugar. Una buena regulación y políticas que restrinjan el tráfico de vehículos privados y ordenen las zonas de estacionamiento en la vía pública, contribuyen a minimizar este impacto.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿La regulación del tráfico y de las zonas de aparcamiento es adecuada en tu barrio o municipio?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Se han tomado medidas para paliar los efectos negativos del tráfico (reducción de velocidad, restricción del tráfico, paneles acústicos, fomento del transporte sostenible, etc.)?
- ¿Existen medidas que favorezcan la convivencia entre peatones, vehículos a motor y/o bicicletas y que mejoren la seguridad de peatones (como pasarelas en pasos a nivel, medidas para reducir la velocidad, espejos, señalización, etc.)?
- ¿Existen suficientes plazas de aparcamiento o zonas de estacionamiento? ¿Hay espacios gratuitos de estacionamiento a precios asequibles? ¿Tienen espacios reservados o de uso preferente para personas con movilidad reducida o en otras situaciones (embarazo, crianza)?
- ¿Hay aparcamientos o zonas de estacionamiento públicos, seguros y bien señalizados? ¿Hay aparcamientos disuasorios (situados en la periferia para disminuir el tráfico en el barrio o municipio)? ¿Están conectados con el transporte público?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

Calles y espacios

Las características del entorno construido del barrio o municipio, como edificios, lugares emblemáticos, calles, avenidas, plazas, calles arboladas... ayudan a crear entornos que mejoran el bienestar de sus vecinos/as y aumentan el sentimiento de pertenencia al lugar.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Están los edificios bien cuidados y las calles y espacios públicos abiertos son agradables y fáciles para transitar por ellos?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- Los edificios o espacios públicos, ¿hacen que transitar por esa zona sea una experiencia agradable?
- Los edificios, calles y espacios públicos abiertos, ¿están bien señalizados, están limpios, bien iluminados y cuidados en general?
- ¿Existen elementos negativos como ruido, polución, suciedad o basura, pintadas, falta de iluminación, solares o edificios en ruinas?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

Espacios naturales

Los espacios naturales incluyen parques y bosques, campos, playas, arroyos y ríos y espacios verdes a lo largo de caminos y carreteras. Estos espacios mejoran la calidad del aire y benefician nuestra salud y bienestar.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Puedes disfrutar en tu barrio o municipio de un espacio natural atractivo, seguro y de fácil acceso?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- Estos espacios, ¿están dotados de elementos que los hagan atractivos y animen a la gente a ir y a permanecer en ellos (como paradas de transporte público cercanas, aseos, zonas de sombra, bancos, fuentes, buena iluminación, elementos de seguridad, áreas recreativas específicas, columpios...)?
- ¿Tienen aspectos negativos como demasiado ruido, suciedad, poco mantenimiento o elementos que pueden ser peligrosos?
- ¿Todas las personas pueden disfrutar de estos espacios (independientemente de su edad, género, grupo étnico, movilidad, diversidad funcional, nivel socioeconómico...)?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

--

Juego y ocio

Un buen entorno motiva a jugar y a disfrutar de espacios de ocio activo y esparcimiento. Contar con lugares que promuevan realizar actividades de ocio saludable, como la actividad física o las actividades culturales, mejoran la calidad de nuestras vidas y de nuestra salud.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Se pueden realizar actividades de ocio y esparcimiento en tu barrio o municipio?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Existen lugares o instalaciones donde se puede jugar, hacer ejercicio físico o disfrutar de actividades culturales u otro tipo de (piensa en grupos específicos de personas como adolescentes, personas mayores, niños y niñas, personas con diversidad funcional...)?
- Estos lugares o instalaciones, ¿son de buena calidad y están bien mantenidos? ¿son gratuitos o tienen un coste asequible? ¿se aprovechan al máximo?
- ¿Todas las personas los pueden utilizar (independientemente de su edad, género, grupo étnico, lugar de nacimiento, movilidad, creencias religiosas, diversidad funcional, nivel socioeconómico...)?
- ¿Se pueden utilizar en cualquier momento del día o la noche y del año?
- ¿Se fomenta el uso de espacios para que los niños y niñas jueguen al aire libre?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

Servicios

Los servicios de los que disponemos en nuestro entorno pueden facilitar nuestras condiciones de vida. Estos incluyen comercios, escuelas infantiles, colegios, bibliotecas, lugares de culto, centros de salud y lugares para comer, beber y encontrarse con amistades... Poder acceder a ellos es importante para mejorar nuestra calidad de vida.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Los servicios que tiene tu barrio o municipio satisfacen las necesidades de todas las personas?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Hay suficiente variedad de servicios para cubrir las necesidades básicas de tu barrio o municipio (educación, salud, compras, actividad física, ocio, cultura, relaciones sociales, etc.)?
- ¿Son de calidad y están bien mantenidos?
- ¿Todas las personas los pueden utilizar (independientemente de su nivel económico, edad, género, grupo étnico, movilidad, creencias religiosas, diversidad funcional y sexual)?
- ¿Hay servicios dirigidos a grupos de población concretos?
- Los servicios disponibles, ¿favorecen la alimentación saludable, la actividad física y las relaciones sociales?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

Trabajo y economía local

Los beneficios de un buen empleo, como un salario adecuado, el tipo de actividad desarrollada, las relaciones sociales que favorece o la realización personal, promueven la salud y el bienestar.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Hay una economía local activa en el municipio que favorezca el acceso a un buen empleo?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Existe una economía local activa que favorezca la creación de empleo?
- ¿Hay diferentes oportunidades para que las personas adquieran habilidades para trabajar (como módulos o actividades formativas, escuelas de formación profesional, convenios con sectores económicos o empresas, prácticas...)?
- ¿Se puede conseguir un buen empleo (independientemente de la edad, género, grupo étnico, movilidad, creencias religiosas, diversidad funcional y sexual)?
- ¿Hay servicios locales (como oficinas de empleo, agencias de contratación, asociaciones u otras entidades) que ayuden a encontrar un puesto de trabajo?
- ¿Hay facilidades para crear y poner en marcha nuevos negocios locales?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

Vivienda y comunidad

Las características de las viviendas del barrio o municipio afectan a las condiciones de vida de las personas que viven en él. Viviendas espaciosas, bien aisladas y mantenidas, seguras, accesibles y adaptadas impactan positivamente en la salud y el bienestar.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Las viviendas de tu barrio o municipio satisfacen las necesidades de la población?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Existen viviendas espaciosas, seguras, bien aisladas y mantenidas y bien comunicadas?
- ¿Estas viviendas son accesibles para todas las personas (independientemente de su edad, género, movilidad, diversidad funcional, grupo étnico, nivel económico...) de tal forma que se puede vivir en ellas de manera segura, cómoda y autónoma?
- ¿Existen diferentes formas de tener acceso a una vivienda (alquiler, compra, u otras) que satisfagan las necesidades las personas? ¿Se facilita el acceso a la vivienda (subvenciones, ayudas, programas u otras fórmulas) a algún grupo de población específico?
- ¿El tamaño de las viviendas se adapta al tamaño o al tipo de las familias que las habitan?
- ¿Las viviendas favorecen la convivencia de personas de diferentes edades, ingresos, movilidad, diversidad étnica, funcional, sexual...?
- ¿Existen circunstancias que dificulten el acceso a la vivienda o fuercen el desplazamiento de sus vecinas/os a otros barrios o municipios (gentrificación, alquileres turísticos, “guetificación del barrio”...)?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

--

Contacto social

Sentirnos solas o solos afecta a nuestra salud y bienestar. Un buen entorno ofrece una variedad suficiente de espacios y actividades donde relacionarse y pasar el tiempo con otras personas.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Hay oportunidad y variedad suficiente de espacios y actividades para relacionarse con otras personas en tu barrio o municipio?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Existen espacios y actividades donde las personas tengan oportunidad de relacionarse (independientemente de su edad, género, lugar de nacimiento, grupo étnico, religión, movilidad, diversidad funcional, nivel económico...)?
- ¿Hay actividades o programas específicos para grupos de población concretos (personas mayores, infancia, adolescencia, personas adultas...)?
- ¿Existen diferentes lugares (interiores, al aire libre, construidos especialmente para ello o más informales) donde la gente pueda encontrarse y relacionarse?
- ¿Esos espacios pueden ser usados en cualquier momento del día, del año, y en diferentes condiciones climáticas?
- Los espacios y actividades ¿favorecen que se integren todas las personas de la comunidad y se conozcan (independientemente de su edad, género, lugar de nacimiento, grupo étnico, religión, movilidad, diversidad funcional, nivel económico...)?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

Identidad y pertenencia

La apariencia de un lugar, su historia y lo que otras personas piensan de él, pueden condicionar cómo nos sentimos. Una fuerte identidad local positiva puede ayudarnos a sentirnos orgullosos/as de nuestro entorno, de nuestra comunidad y de nosotros/as mismos/as.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Tu barrio o municipio tiene una identidad positiva y sientes que perteneces o que puedes pertenecer a él?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Las personas que viven en tu barrio o municipio lo valoran positivamente?
- ¿Se favorece que se conozca y celebre la historia, el patrimonio cultural, la cultura y costumbres del lugar?
- ¿Existen grupos locales, asociaciones y redes sociales que ayuden a las personas a sentirse involucradas en su comunidad?
- ¿Se favorece la interculturalidad y la conexión entre vecinos y vecinas, independientemente de su edad, género, lugar de nacimiento, religión, grupo étnico, nivel socioeconómico, diversidad funcional...?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

[illegible]

Seguridad

La seguridad de un lugar afecta al bienestar de las personas y a cómo éstas pasan su tiempo en él. Los entornos bien diseñados contribuyen a crear espacios seguros y a reducir la delincuencia, el vandalismo y el mal uso de las instalaciones.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Te sientes segura/o en tu barrio o municipio?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Se dan casos de delincuencia con frecuencia (vandalismo, robos, asaltos, agresiones...)?
- ¿Existen puntos o zonas concretas con mayor riesgo de que se produzcan situaciones conflictivas o agresiones?
- ¿Las calles, caminos, plazas, parques y espacios naturales son seguros, están bien iluminados y se pueden utilizar tanto de día como de noche? ¿Las personas pueden caminar solas por la noche con tranquilidad?
- ¿Todos los lugares e instalaciones se pueden utilizar en cualquier momento del día o la noche y del año?
- ¿Existen medidas para garantizar la seguridad de las personas que viven en el barrio (buen mantenimiento de las instalaciones y espacios, buena iluminación, agentes de policía, vigilancia de estaciones de transporte público...)?
- ¿La gente se siente segura tanto en su casa como fuera de ella?
- ¿La zona es segura para todas las personas (independientemente de su edad, género, grupo étnico, movilidad, creencias religiosas, diversidad funcional y sexual)?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

Cuidado y mantenimiento

Los lugares bien cuidados y mantenidos nos hacen sentir bien, mientras que los que no están en buenas condiciones pueden producirnos el efecto contrario. Un buen mantenimiento y acondicionamiento del barrio o municipio nos ayuda a sentirnos más a gusto y a tener una opinión más favorable del entorno.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Se cuidan adecuadamente los edificios y espacios del barrio o municipio, tanto públicos como privados?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Se encuentran las instalaciones, como parques, espacios abiertos o edificios públicos, en buen estado y bien mantenidos (se arreglan los desperfectos, hay papeleras suficientes, se limpian con frecuencia...)?
- ¿Existe algún problema específico en la zona (como basura, malos olores, vandalismo, excrementos de perros u otros animales, relacionados con los negocios locales...)?
- ¿Hay contenedores y servicios para el reciclaje y almacenamiento de desechos? ¿está bien organizada su recogida? ¿se utilizan adecuadamente?
- La administración local, asociaciones de vecinos y vecinas, propietarios/as de viviendas y residentes del barrio, ¿conocen cuáles son sus deberes y responsabilidades? ¿actúan en consecuencia?

Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

Influencia y participación

La opinión que tienen las personas sobre su entorno debería ser escuchada. Tener voz en la toma de decisiones y sentirse capaz de cambiar las cosas, ayuda a construir comunidades más fuertes y mejores entornos. Sentir que se puede influir y participar en la comunidad hace que las personas se sientan bien.

Ahora, piensa en el barrio, pueblo o ciudad que estás valorando, y contesta:

¿Sientes que puedes participar en la toma de decisiones y ayudar a cambiar las cosas para mejorar tu barrio o municipio?

A continuación, puntúa mediante una escala del 1 a 10, donde 1 significa que no está en buenas condiciones y 10 significa que está en muy buenas condiciones. Registra tu valoración marcando con una X el número que consideres que refleja tu puntuación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Antes de realizar tu valoración, reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Existen mecanismos y canales que favorezcan la participación? ¿Hay algún órgano de participación activo?
- ¿Se están realizando o se han realizado procesos participativos en tu barrio o municipio (de urbanismo, movilidad, presupuestos participativos...)?
- ¿Pueden participar todas las personas en la toma de decisiones que les afectan (independientemente de su edad, género, grupo étnico, movilidad, creencias religiosas, diversidad funcional y sexual)?
- ¿Existen organizaciones, plataformas, entidades o grupos que favorezcan la participación (asociaciones de vecinos y vecinas, ONGs, ciudadanía organizada, otras asociaciones o entidades...)?
- La administración local, servicios de salud u otros servicios públicos, ¿trabajan activamente con la comunidad para entender y atender sus necesidades? ¿Hay un buen nivel de transparencia de las acciones y decisiones políticas que afectan al barrio o municipio?
- ¿La gente se siente escuchada? ¿Sabe la gente cómo hacerse escuchar?

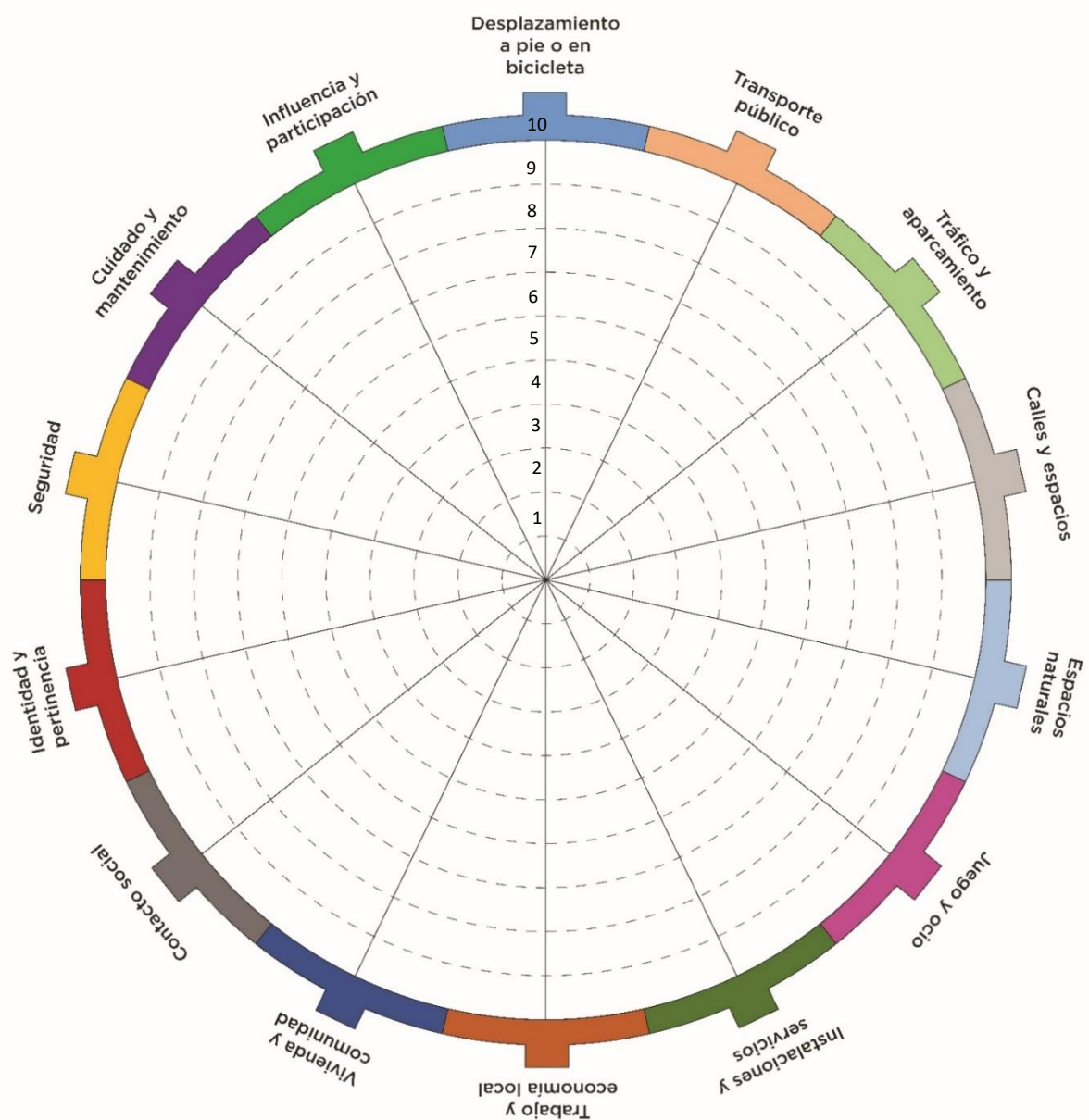
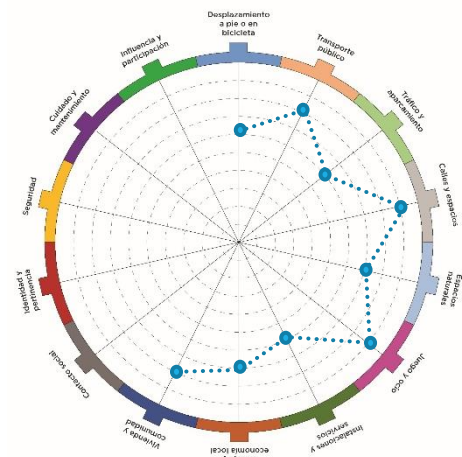
Utiliza el siguiente espacio para anotar las razones de tu valoración:

--

A continuación, traslada tus resultados al siguiente diagrama. Siguiendo este ejemplo, marca en cada dimensión la puntuación que le has dado y une los puntos.

Recuerda que el 1 se encuentra en el centro y el 10 en la parte coloreada de cada dimensión.

Cuanto mejor hayas evaluado tu barrio o municipio, mayor será la figura que aparecerá en el diagrama al unir los puntos.



Prioridades de acción

De las catorce dimensiones preguntadas, ¿cuáles son los principales problemas que has identificado? Enumera los tres problemas más importantes que has identificado:

1)

2)

3)

¿Qué acciones crees que pueden llevarse a cabo para solucionarlos?

Enumera tres acciones que consideres prioritarias:

1)

2)

3)

Gracias por completar la herramienta *Entornos de vida*.

