

JACARDI Common Indicator Model: una propuesta europea para armonizar indicadores de salud cardiovascular

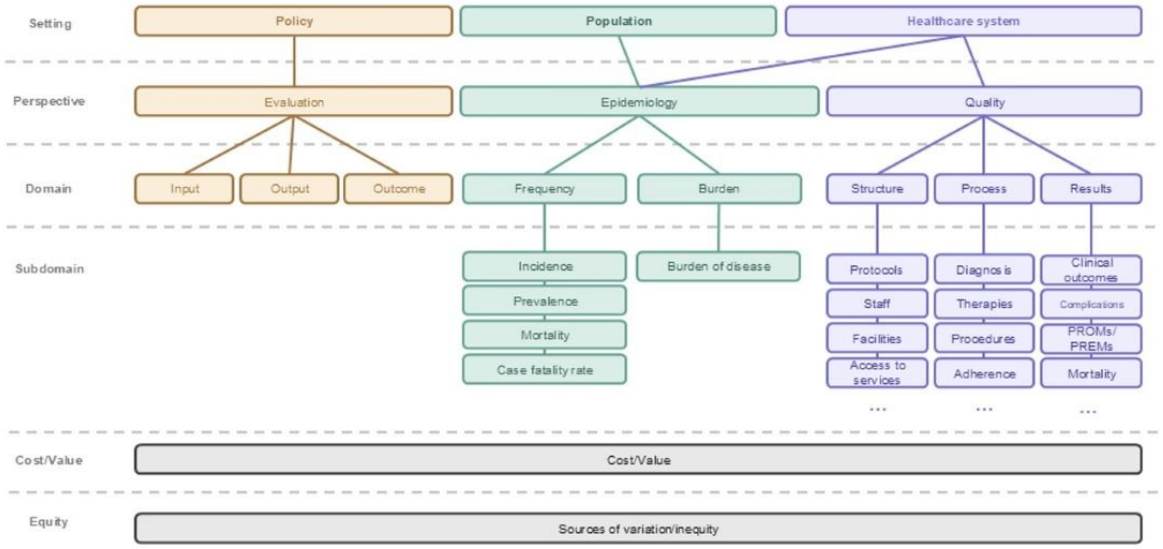
Nicolás Rosillo Ramírez(1), Jorge Vélez García(1), Sandra Redondo Cueto(1), Morgane Merat(2), Paula Maíllo Pérez(1), Sheila Sánchez Romero(1), Irene Noblejas Alberca(1), Miguel Hernández Gómez(1), José Luis Bernal Sobrino(1), Mounia El Yamani(2) y Héctor Bueno Zamora(3) de (1)Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario 12 de Octubre (FIBH12O). Grupo de Investigación Cardiovascular Multidisciplinar Traslacional, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid - España, (2)Santé Publique France, Paris (Ile-de-France) - Francia y (3)Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre. Grupo de Investigación Cardiovascular Multidisciplinar Traslacional, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12). CIBERCV, Madrid - España

Introducción: La epidemiología y los resultados clínicos de las enfermedades cardiovasculares (ECV) se evalúan de forma generalizada en Europa. Sin embargo, la heterogeneidad en la definición de indicadores y la fragmentación de los datos dificultan la monitorización de la salud cardiovascular (SC). En este contexto, la Joint Action JACARDI ha desarrollado el Common Indicator Model (CIM), un marco estandarizado para la recogida, clasificación y priorización de indicadores de salud y enfermedad cardiovascular.

Métodos: El CIM se centra en la disponibilidad, calidad, accesibilidad e intercambio de datos. Se basa en un modelo relacional y una estructura multidimensional con distintas capas de clasificación (Figura 1). Las dimensiones clave se definieron según un modelo de indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los indicadores se obtuvieron mediante una scoping review y se clasifican en niveles (tiers), según su prioridad de implementación, que se establecerá mediante consenso Delphi.

Resultados: El CIM se organiza en tres herramientas: 1) un marco conceptual para clasificar y estructurar indicadores; 2) una clasificación estandarizada de sus dimensiones; y 3) un catálogo jerarquizado por tiers, con especificaciones técnicas para su implementación. La dimensión principal, o setting, integra la clasificación de la OCDE para indicadores de políticas, el marco Marmot-OMS para determinantes sociales de la salud y el modelo Donabedian – estructura, proceso y resultado – para indicadores del sistema sanitario. Además, incorpora los determinantes sociales y las comorbilidades como herramientas de estratificación.

Conclusiones: El JACARDI CIM representa una oportunidad hacia la armonización de la definición y el análisis de indicadores de salud cardiovascular en Europa. Su diseño permitirá recopilar, comparar y priorizar los indicadores de este ámbito, así como favorecer la comparabilidad entre países, apoyar a la toma de decisiones basada en evidencia y, por tanto, contribuir a la mejora de la salud cardiovascular en Europa



Priorización por niveles (o tiers) de los indicadores de salud cardiovascular.

Nivel 0: Indicadores Fundamentales (Alineados con el Nivel 1 de la OMS y el "Conjunto Básico")	**Nivel 1: Indicadores Específicos y de Alto Valor (Alineados con el Nivel 2 de la OMS y el "Conjunto Ampliado")**	**Nivel 2: Indicadores Complementarios y Sustitutos (Proxy) (Para cubrir brechas de datos – Conceptualmente relacionados con el antiguo Nivel 3 de la OMS)**
Definición: Estos son los indicadores esenciales, universalmente reconocidos, que proporcionan una visión general fundamental de la situación de las ECV y la DM. Son críticos para la vigilancia general, la comparación internacional y el monitoreo básico de políticas. **Características:** · Alta relevancia para la salud de la población en general. · Metodológicamente sólidos, con estándares establecidos internacionalmente. · Los datos suelen recopilarse de forma rutinaria y están ampliamente disponibles en diversos contextos.	**Definición:** Estos indicadores ofrecen información más detallada, específica y accionable sobre las ECV y la DM. A menudo se centran en la calidad de la atención, complicaciones específicas o datos desagregados que ponen de relieve inequidades o áreas para intervenciones focalizadas. **Características:** · Proporcionan una comprensión más profunda para la evaluación de programas y el perfeccionamiento de políticas. · Metodológicamente sólidos, aunque la recopilación de datos puede ser más compleja o menos disponible de forma universal entre regiones. · Son cruciales para identificar brechas específicas e impulsar mejoras adaptadas.	**Definición:** Estos indicadores se consideran cuando los datos ideales de Nivel 0 o Nivel 1 no están disponibles de forma consistente o fiable en todas las regiones deseadas o para medidas específicas. Proporcionan información valiosa, aunque a veces menos directa, para ayudar a cubrir brechas críticas de datos. **Características:** · Se utilizan para inferir o estimar tendencias cuando faltan medidas directas de alta calidad. · Pueden basarse en datos proxy, datos administrativos (no recopilados específicamente para salud) o encuestas de menor escala. · Son útiles para la planificación local y evaluaciones, pero pueden tener limitaciones para comparaciones amplias debido a inconsistencias metodológicas.