

**Declaración de Madrid sobre la esteatosis hepática metabólica (EHmet).**  
**Innovación y equidad en el abordaje de la esteatosis hepática metabólica**

La esteatosis hepática metabólica (EHmet; MASLD) es la hepatopatía crónica más prevalente a nivel mundial, afecta a más del 30 % de la población adulta y progresa a esteatohepatitis en aproximadamente uno de cada cinco casos, asociándose a mayor morbimortalidad cardiovascular, renal y oncológica y a un impacto sanitario y económico creciente. Su reciente reconocimiento en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud consolida su posición como prioridad emergente dentro de las enfermedades no transmisibles, principal causa de mortalidad global. Sin embargo, pese a décadas de avances científicos —incluida la disponibilidad de pruebas no invasivas validadas para estratificar fibrosis— persiste una brecha significativa entre evidencia e implementación, con abordajes clínicos fragmentados, detección insuficiente en fases tempranas y ausencia de modelos asistenciales integrados. La intervención precoz y proporcional al riesgo mejora resultados clínicos y eficiencia del sistema, mientras que la progresión tardíamente identificada incrementa complejidad terapéutica y costes evitables. Superar esta situación requiere identificación activa de casos en grupos de riesgo, uso sistemático y automatizado de herramientas de estratificación en atención primaria, integración digital escalable, coordinación multidisciplinar y políticas públicas con metas medibles, financiación específica e indicadores verificables de acceso efectivo y resultados clínicos. En este contexto, la Declaración de Madrid plantea un marco operativo orientado a valor clínico real, implementación efectiva y evaluación estructurada del desempeño del sistema sanitario.

**Principios rectores**

Los siguientes principios establecen criterios normativos para orientar decisiones clínicas, organizativas y de política sanitaria en el abordaje de la EHmet.

- Orientación hacia resultados clínicamente relevantes. El abordaje debe centrarse en aquello que modifica de forma demostrable el curso de la enfermedad y la vida de las personas. Esto implica priorizar la mejora de la calidad de vida, la reducción de eventos cardiovasculares, renales y metabólicos, y la prevención de la progresión a fibrosis avanzada, cirrosis y carcinoma hepatocelular.
- Intervención proporcional al riesgo identificado. La EHmet no debe conceptualizarse como una condición estática ni circunscrita a estadios avanzados. Identificarla e intervenir de forma precoz permite modificar la trayectoria clínica y reducir la carga futura de complicaciones hepáticas y extrahepáticas. La intensidad del seguimiento y de la intervención debe ajustarse al nivel de riesgo estratificado mediante herramientas validadas.
- Integración explícita de valores y preferencias. Las decisiones clínicas deben incorporar de forma explícita los valores, prioridades y expectativas de las personas afectadas, así como las necesidades de la población en su conjunto. La inclusión de resultados comunicados por los

pacientes (PROMs) y la toma compartida de decisiones constituyen componentes estructurales de una atención eficaz y sostenible.

- Equidad como criterio evaluable. Los determinantes sociales y comerciales de la salud, junto con el estigma asociado a la enfermedad metabólica, influyen en el riesgo, el diagnóstico y el acceso a la atención. La equidad debe traducirse en indicadores verificables de acceso efectivo a estratificación e intervención, especialmente en grupos vulnerables, para evitar que la identificación del riesgo metabólico se convierta en una etiqueta sin respuesta asistencial.
- Responsabilidad distribuida y coordinación efectiva. Por su elevada prevalencia y su impacto transversal, la respuesta requiere responsabilidad compartida entre profesionales sanitarios, sistemas de salud y responsables políticos. La información clínica derivada de la EHmet genera valor únicamente si se integra en modelos asistenciales coordinados y en estrategias de prevención orientadas a la reducción del riesgo metabólico.

### **Compromisos clínicos**

Estos compromisos traducen la evidencia disponible en actuaciones clínicas concretas y verificables.

- Identificación y estratificación sistemática del riesgo. Integrar de forma rutinaria la detección y estratificación del riesgo de EHmet en la práctica clínica habitual, con especial énfasis en la atención primaria como puerta de entrada y espacio clave para la prevención. Implementar un modelo escalonado que incluya cálculo automatizado de FIB-4 en pacientes con factores de riesgo metabólico, repetición periódica según perfil clínico y derivación protocolizada en valores compatibles con fibrosis avanzada.
- Intervención temprana e integral. Abordar la EHmet desde fases iniciales mediante intervenciones estructuradas que incluyan prescripción de cambios en el estilo de vida, manejo activo de comorbilidades metabólicas y cardiovasculares, y un seguimiento longitudinal acorde con el perfil de riesgo individualizado.
- Uso responsable de opciones farmacológicas. Utilizar de manera prudente y basada en valor las opciones farmacológicas disponibles y emergentes como parte de una estrategia global orientada a modificar las trayectorias de la enfermedad, indicándolas en función del estadio de fibrosis y del perfil de riesgo, evitando tanto retrasos injustificados como la medicalización descontextualizada.
- Atención libre de estigma y comunicación efectiva. Garantizar una atención respetuosa, exenta de estigma, apoyada en una comunicación clínica clara que facilite la comprensión del riesgo metabólico y promueva la implicación activa de las personas en su cuidado, mejorando adherencia terapéutica y toma compartida de decisiones.

## Compromisos del sistema sanitario

Estos compromisos establecen las condiciones organizativas necesarias para que la detección del riesgo se traduzca en respuesta asistencial efectiva y medible.

- Modelos integrados y coordinados de atención. Definir circuitos asistenciales protocolizados entre atención primaria y especializada, con criterios explícitos de derivación y retorno, y tiempos orientativos máximos entre detección inicial y evaluación especializada.
- Implementación efectiva del conocimiento. Priorizar la aplicación sistemática de la evidencia mediante indicadores medibles y evaluación continua, integrando herramientas validadas de estratificación en la historia clínica electrónica y estableciendo auditorías periódicas de su utilización.
- Reducción de barreras de acceso a la intervención. Disminuir barreras administrativas, económicas y geográficas que limitan la transformación de la detección del riesgo en intervención clínica efectiva, con especial atención a poblaciones en situación de vulnerabilidad. Garantizar acceso efectivo a pruebas no invasivas y a programas estructurados de intervención metabólica independientemente del territorio o nivel socioeconómico.

## Compromisos en políticas públicas y salud poblacional

Estos compromisos abordan los determinantes estructurales que condicionan la aparición y progresión del riesgo metabólico.

- Políticas coherentes intersectoriales. Impulsar políticas consistentes en los ámbitos de la alimentación, urbanismo, educación y trabajo, alineadas con la prevención de la enfermedad metabólica y la reducción de exposiciones de riesgo. Incorporar evaluaciones de impacto en salud metabólica en el diseño de políticas públicas relacionadas con alimentación, entorno construido y condiciones laborales.
- Alfabetización en salud metabólica. Desarrollar estrategias de alfabetización dirigidas a la población general que expliquen qué es la EHmet, cómo puede sospecharse y diagnosticarse, y por qué no debe banalizarse su presencia, evitando enfoques culpabilizadores y promoviendo comprensión basada en riesgo metabólico acumulativo.
- Participación ciudadana. Establecer mecanismos formales y sostenidos de participación de personas con EHmet y de la ciudadanía en el diseño, evaluación y gobernanza de programas y políticas relacionadas con esta enfermedad. Incorporar representación estructurada en órganos consultivos y procesos de evaluación de programas.

## Evaluación para la identificación y corrección de brechas asistenciales

La evaluación debe verificar que la identificación de EHmet activa decisiones asistenciales proporcionales al riesgo y genera resultados clínicamente relevantes.

- Proporción de población en riesgo metabólico identificada y estratificada. Medir cuántas personas con riesgo metabólico son detectadas y clasificadas adecuadamente en términos de gravedad y necesidad de seguimiento. Indicador sugerido: porcentaje de pacientes con factores de riesgo metabólico con FIB-4 u otro biomarcador de riesgo documentado en historia clínica.
- Tiempo hasta la identificación de fibrosis avanzada. Monitorizar el intervalo entre la primera señal de riesgo y el reconocimiento de fibrosis avanzada, como indicador de oportunidad diagnóstica y capacidad del sistema. Indicador sugerido: tiempo medio (meses) entre primera alteración analítica compatible y evaluación elastográfica (si está indicada)
- Acceso equitativo a intervenciones estructuradas con beneficio demostrado. Evaluar si la población, especialmente los grupos vulnerables, accede de forma real a intervenciones estructuradas (y no solo a recomendaciones genéricas) con impacto clínico. Indicador sugerido: proporción de pacientes de alto riesgo incluidos en programas estructurados de intervención metabólica.
- Resultados clínicos y resultados comunicados por los pacientes. Incorporar métricas de eventos y progresión, junto con resultados declarados por los pacientes, para asegurar que el foco se mantiene en valor y no solo en procesos. Indicadores sugeridos: incidencia de progresión a fibrosis avanzada, hospitalizaciones por complicaciones hepáticas y evolución de PROMs relacionados con calidad de vida.

#### Conclusiones

La Declaración de Madrid sitúa la EHmet como prioridad clínica y organizativa dentro de las enfermedades no transmisibles. El abordaje reactivo y tardío reduce la efectividad preventiva y aumenta la carga futura de enfermedad y costes sanitarios. Se propone consolidar un modelo asistencial basado en estratificación objetiva del riesgo, intervención proporcional y evaluación sistemática de resultados. La equidad debe traducirse en acceso efectivo y verificable a estratificación e intervención, especialmente en poblaciones vulnerables. Finalmente, la Declaración establece compromisos clínicos, organizativos y de políticas públicas acompañados de métricas evaluables, para asegurar que el diagnóstico de EHmet active decisiones asistenciales concretas con impacto clínico medible.