
Declaración de Madrid sobre la Esteatosis Hepática Metabólica (EHmet)

Innovación, equidad y transformación de la respuesta sanitaria ante la enfermedad metabólica del siglo XXI

Javier Crespo^{1,2,3}, Rafael Bañares Cañizares^{4,3}, José Luis Calleja Panero^{5,3}, Juana Carretero Gómez⁶, Tomás Castillo Arenal⁷, Tomás Cobo Castro^{8,9}, Francisco Javier Escalada San Martín¹⁰, Conrado M. Fernández Rodríguez^{11,3}, Noelia Fontanillas Garmilla¹², Paula Iruzubieta^{3, 13}, Jeffrey V. Lazarus¹⁴, María Luz Martínez-Chantar^{15,3}, Manuel Romero-Gómez^{16,3}, Francisco J. Tinahones Madueño^{17,18}, Tomás de Vega¹⁹.

1. Cohorte Cantabria. Instituto de Investigación Valdecilla. IDIVAL.
2. Universidad de Cantabria, Santander, España.
3. CIBER de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.
4. Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
5. Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda – Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro-Segovia de Arana; Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
6. Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España.
7. Asociación AMICA; Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), Torrelavega, Cantabria, España.
8. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), Madrid, España.
9. Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital de Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España.
10. Departamento de Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Navarra; Universidad de Navarra, Pamplona, España.
11. Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.
12. Medicina Familiar y Comunitaria, Atención Primaria, Servicio Cántabro de Salud, Cantabria, España.
13. Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
14. Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal), Barcelona, España; CUNY Graduate School of Public Health and Health Policy, Nueva York, EE. UU.
15. Liver Disease Laboratory, CIC bioGUNE (Basque Research and Technology Alliance, BRTA), Derio, Bizkaia; Universidad de Deusto, Bilbao, España.

16. Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío – Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS); Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

17. Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria – IBIMA Plataforma BIONAND; Universidad de Málaga, Málaga, España.

18. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

19. Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España.

Autor de correspondencia: Javier Crespo
ORCID: [hps://orcid.org/0000-0001-8248-0172](https://orcid.org/0000-0001-8248-0172)
javier.crespo@sasalud.es / javiercrespo1991@gmail.com / @DrJavierCrespo

Resumen. La esteatosis hepática metabólica (EHmet/MASLD) es la hepatopatía crónica más prevalente del mundo y una expresión central de la disfunción metabólica sistémica. Más que una enfermedad del hígado constituye un marcador precoz de riesgo dentro del continuum cardio-hepato-reno-metabólico y una oportunidad para intervenir antes de que se establezca el daño irreversible. La Declaración de Madrid, alineada con la resolución adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2026, propone un marco común de diez puntos para una respuesta sanitaria y política proporcionada al desafío. Reclama reconocer la EHmet como prioridad de salud pública e integrarla en las estrategias nacionales frente a las enfermedades no transmisibles; priorizar la detección precoz y la estratificación del riesgo con herramientas no invasivas (FIB-4 y elastografía) en atención primaria, acompañadas de circuitos de derivación escalonados que garanticen respuesta tras el cribado; y orientar la atención hacia el valor clínico, con intervención proporcional al riesgo que reserve la atención especializada y los fármacos para la fibrosis significativa. Subraya la equidad como principio estructural, la comunicación libre de estigma, los modelos organizativos integrados y multidisciplinares, y la evaluación transparente con metas verificables. Hace un llamamiento a responsables políticos, instituciones, sociedades científicas, profesionales y sociedad civil para actuar de forma coordinada y basada en la evidencia.

Summary. Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) is the most prevalent chronic liver disease worldwide and a central expression of systemic metabolic dysfunction. More than a liver condition, it is an early marker of risk within the cardio-hepato-reno-metabolic continuum and an opportunity to intervene before irreversible organ damage occurs. The Madrid Declaration, aligned with the resolution adopted by the World Health Assembly in May 2026, proposes a common ten-point framework for a health and policy response proportionate to the challenge. It calls for recognising MASLD as a public health priority and embedding it within national non-communicable disease strategies; prioritising early detection and risk stratification with non-invasive tools (FIB-4 and liver elastography) in primary care, supported by tiered referral pathways that guarantee a response after screening; and

orienting care toward clinical value, with risk-proportionate intervention that reserves specialist care and pharmacotherapy for significant fibrosis. It emphasises equity as a structural principle, stigma-free communication, integrated multidisciplinary models of care, and transparent evaluation with verifiable targets. The Declaration calls on policymakers, institutions, scientific societies, health professionals and civil society to act in a coordinated, evidence-based manner, transforming available evidence into preventive, equitable and organised responses to the metabolic challenge of the twenty-first century.

La esteatosis hepática metabólica (EHmet; metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, MASLD) constituye actualmente la hepatopatía crónica más prevalente del mundo y una de las expresiones clínicas más relevantes de la enfermedad metabólica contemporánea. Más de un tercio de la población adulta vive con esta condición y una proporción significativa evolucionará hacia fibrosis avanzada, cirrosis, carcinoma hepatocelular y muerte prematura. Sin embargo, el impacto de la EHmet trasciende ampliamente el ámbito hepático: incrementa de forma sustancial el riesgo cardiovascular, renal y oncológico y refleja la interacción acumulativa entre biología, entorno, desigualdad y estilos de vida.

La EHmet representa mucho más que una enfermedad del hígado. Constituye un marcador precoz de vulnerabilidad metabólica sistémica y una oportunidad estratégica para intervenir antes de que se establezcan daños orgánicos irreversibles. Su identificación temprana permite reconocer trayectorias de riesgo modificables y activar intervenciones con capacidad real de mejorar la salud poblacional y reducir la carga futura de enfermedad.

Este cambio de paradigma ha adquirido recientemente una dimensión político-sanitaria internacional sin precedentes. El 21 de mayo de 2026, la 79.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución «La enfermedad hepática esteatótica: una pieza ausente en la respuesta global frente a las enfermedades no transmisibles», primer reconocimiento formal de la enfermedad hepática dentro de la agenda global de enfermedades no transmisibles, reconociendo su impacto creciente sobre la morbilidad global, su estrecha relación con la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 y la enfermedad cardiovascular, y la necesidad de respuestas integradas, multisectoriales y basadas en equidad. La resolución insta a los Estados Miembros a integrar la salud hepática en los planes nacionales frente a las enfermedades no transmisibles antes de finales de 2026, lo que sitúa a España, como Estado Miembro, ante un compromiso explícito y con plazo.

Durante las últimas décadas se han producido avances sustanciales en el conocimiento de la enfermedad, incluyendo métodos no invasivos de estratificación del riesgo, herramientas diagnósticas coste-efectivas y nuevas estrategias terapéuticas. Sin embargo, estos progresos no

se han traducido de forma homogénea en políticas públicas, modelos organizativos ni estrategias integradas de prevención y atención. Persiste una brecha estructural entre evidencia científica e implementación real que limita el impacto sanitario y social del conocimiento disponible.

La aprobación regulatoria de terapias con capacidad demostrada de mejorar la histología hepática (resolución de la esteatohepatitis y/o regresión de la fibrosis), incluyendo resmetirom y semaglutida para pacientes seleccionados con fibrosis significativa, marca el inicio de una nueva etapa en el abordaje de la EHmet. La evidencia disponible procede por el momento de variables subrogadas de carácter histológico, y los ensayos confirmatorios sobre eventos clínicos duros siguen en curso. Este escenario obliga a evolucionar desde modelos centrados únicamente en el diagnóstico hacia sistemas capaces de identificar precozmente, estratificar adecuadamente y priorizar intervenciones basadas en riesgo clínico real, integrando herramientas no invasivas, criterios de valor y equidad en el acceso.

La respuesta a la EHmet no puede seguir siendo fragmentada, reactiva ni limitada a fases avanzadas. Requiere liderazgo institucional, coordinación intersectorial y una transformación progresiva de los sistemas sanitarios hacia modelos preventivos, integrados y orientados a resultados clínicamente relevantes. La creciente presión epidemiológica de la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares obliga a incorporar la dimensión hepática dentro de las estrategias nacionales frente a las enfermedades no transmisibles.

En este contexto, la Declaración de Madrid propone un marco común para avanzar hacia una respuesta sanitaria y política proporcionada a la magnitud del desafío.

1. Reconocer la EHmet como prioridad estratégica de salud pública

La elevada prevalencia de la EHmet, su progresión silenciosa y su impacto transversal sobre la morbimortalidad convierten esta enfermedad en una prioridad emergente para los sistemas sanitarios. La ausencia histórica de reconocimiento institucional ha contribuido a retrasos diagnósticos, infraidentificación del riesgo y desigualdad en el acceso a intervenciones eficaces. La EHmet debe incorporarse explícitamente a las estrategias nacionales frente a las

enfermedades no transmisibles, incluyendo objetivos, indicadores y mecanismos de evaluación específicos.

2. Entender la EHmet como expresión de disfunción metabólica sistémica

La EHmet debe interpretarse como parte de un continuum cardio-hepato-reno-metabólico y no como una entidad aislada. Comparte mecanismos fisiopatológicos con la enfermedad cardiovascular, la enfermedad renal crónica y la diabetes mellitus tipo 2, incluyendo inflamación sistémica, resistencia a la insulina, lipotoxicidad y disfunción del tejido adiposo. El hígado actúa como órgano centinela de la salud metabólica y su afectación identifica trayectorias clínicas de alto riesgo susceptibles de intervención temprana.

Declaración de Madrid sobre la Esteatosis Hepática Metabólica (EHmet / MASLD)

Innovación, equidad y transformación de la respuesta sanitaria ante la enfermedad metabólica del siglo XXI

Magnitud e Impacto Sistémico

+1 de cada 3 adultos vive con EHmet
Representa la hepatopatía crónica más prevalente a nivel mundial.



El Hígado como Órgano Centinela

Marcador precoz del continuum cardio-hepato-reno-metabólico y riesgo oncológico.

Mayo 2026: Hito Global
Reconocida oficialmente por la Asamblea Mundial de la Salud (OMS).

Ruta de Diagnóstico y Acción Proporcional

Cribado Estructurado con FIB-4

Del Diagnóstico a la Acción

Circuitos de derivación garantizados que transformen el cribado en resultados clínicos.



Intervención según la Fibrosis

Esteatosis simple (estilos de vida)

Fibrosis ≥F2 (especializada y fármacos como resmetrom)

Los 10 Compromisos de Madrid

Prioridad, Sistémica y Detección Precoz

Compromisos 1, 2 y 3: Reconocimiento como prioridad pública y enfermedad multiorgánica.

Valor, Equidad e Integración

Compromisos 5, 6 y 7: Atención orientada al valor y equipos multidisciplinares.

Políticas, Estigma y Evaluación

Compromisos 8, 9 y 10: Comunicación sin estigma y rendición de cuenta.

3. Priorizar la detección precoz y la estratificación estructurada del riesgo

La fibrosis hepática avanzada constituye el principal factor pronóstico de mortalidad hepática y global. Existen herramientas no invasivas, validadas y coste-efectivas, como el FIB-4 y la elastografía hepática, que permiten identificar precozmente a las personas con mayor riesgo y orientar circuitos asistenciales escalonados y eficientes. Su integración sistemática en atención

primaria y en los modelos de atención a la enfermedad metabólica debe considerarse un estándar asistencial. Su despliegue debe acompañarse de los recursos y de los circuitos de derivación que garanticen una respuesta efectiva tras la detección, evitando que el cribado se adelante a la capacidad real de intervención. Como meta verificable, el cálculo del FIB-4 debería incorporarse de forma rutinaria a la evaluación de las personas con diabetes mellitus tipo 2 u obesidad, con un circuito de derivación definido en cada comunidad autónoma.

A modo de referencia para el diseño de los circuitos autonómicos, la detección puede articularse en tres niveles según el riesgo estimado: las personas con FIB-4 bajo pueden seguir siendo atendidas en atención primaria, con refuerzo de la intervención sobre los estilos de vida y reevaluación periódica; las de riesgo intermedio deberían acceder a elastografía hepática directamente desde atención primaria, sin derivación previa a la consulta especializada; y la atención hepatológica se reservaría para quienes presentan alto riesgo de fibrosis avanzada. Más que un protocolo rígido, este esquema pretende demostrar la viabilidad organizativa de la detección y responder con claridad a qué hacer ante cada resultado.

4. Transformar el diagnóstico en acción asistencial efectiva

Diagnosticar una EHmet no puede reducirse a una descripción analítica o radiológica. La identificación del riesgo metabólico debe activar evaluación estructurada, intervención temprana, seguimiento longitudinal y coordinación entre niveles asistenciales. El conocimiento clínico únicamente genera valor cuando se traduce en decisiones y resultados medibles.

5. Orientar los modelos asistenciales hacia valor clínico real

La atención a la EHmet debe centrarse en aquello que modifica la trayectoria clínica de las personas: mejora de la calidad de vida, prevención de fibrosis avanzada y reducción de eventos cardiovasculares, renales y metabólicos. La incorporación aislada de tecnología o farmacoterapia, sin modelos integrados de atención, resulta insuficiente. El abordaje debe integrar intervención sobre estilos de vida, manejo activo de comorbilidades y uso responsable de terapias farmacológicas basadas en evidencia y valor clínico. La intervención debe ser proporcional al riesgo. La esteatosis sin fibrosis significativa, que afecta a una amplia proporción

de la población y rara vez progresa, se maneja fundamentalmente mediante intervención comunitaria y sobre los estilos de vida, reservando la atención especializada y el tratamiento farmacológico para las personas con fibrosis significativa ($\geq F2$). Este principio evita la patologización de la esteatosis simple, el sobrediagnóstico y la generación de derivaciones y angustia innecesarias.

6. Incorporar la equidad como principio estructural

La enfermedad metabólica está profundamente condicionada por determinantes sociales, económicos y comerciales de la salud. Las desigualdades en alimentación, educación, entorno urbano o acceso sanitario influyen de manera directa sobre el riesgo y la progresión de la EHmet. Las estrategias sanitarias deben evitar que el diagnóstico se convierta en una etiqueta clínica sin capacidad real de intervención, especialmente en poblaciones vulnerables. La equidad debe integrarse explícitamente en las políticas, guías clínicas y modelos organizativos. En términos operativos, los modelos de financiación y de acceso a las nuevas terapias deben incorporar criterios explícitos de equidad, de modo que su introducción no amplíe las brechas que se pretenden cerrar. Del mismo modo, las intervenciones sobre los estilos de vida solo resultan eficaces cuando se adaptan al contexto social, económico y cultural de cada persona, y no cuando se prescriben en el vacío.

7. Impulsar modelos organizativos integrados y multidisciplinares

La magnitud y complejidad de la EHmet exigen coordinación efectiva entre atención primaria, hepatología, endocrinología, cardiología, nefrología —por el riesgo renal asociado al continuum metabólico—, salud pública, enfermería, nutrición y dietética, farmacia y sociedad civil. La fragmentación asistencial limita la eficiencia clínica y dificulta la continuidad del cuidado. Los sistemas sanitarios deben evolucionar hacia modelos interoperables, escalables y centrados en las personas, donde el riesgo metabólico sea abordado de forma coordinada y longitudinal.

8. Promover alfabetización metabólica y comunicación libre de estigma

La trivialización histórica del denominado “hígado graso” ha contribuido a minimizar la percepción del riesgo y a retrasar decisiones preventivas. La comunicación sanitaria debe abandonar enfoques culpabilizadores y favorecer una comprensión rigurosa, accesible y socialmente responsable de la enfermedad metabólica. La alfabetización en salud metabólica constituye un componente esencial para mejorar adherencia, participación y legitimidad social de las estrategias de prevención.

9. Integrar la EHmet en las políticas nacionales frente a las enfermedades no transmisibles

La prevención metabólica requiere actuaciones coherentes en alimentación, educación, actividad física, urbanismo, salud laboral y políticas fiscales. La EHmet debe incorporarse explícitamente a las estrategias nacionales de enfermedades crónicas, a los sistemas de información sanitaria y a los indicadores de calidad asistencial. La respuesta efectiva exige coordinación entre políticas sanitarias y decisiones estructurales capaces de modificar los entornos que generan enfermedad metabólica.

10. Garantizar evaluación, transparencia y rendición de cuentas

Toda estrategia sanitaria requiere métricas claras y mecanismos de seguimiento. La identificación de casos, el acceso equitativo a intervenciones estructuradas y los resultados clínicos deben formar parte de sistemas de evaluación transparentes que permitan medir impacto real, corregir desigualdades y asegurar sostenibilidad institucional. Sin implementación efectiva, la evidencia pierde valor sanitario y social. Con este fin, la Declaración propone metas verificables y con plazo: la inclusión explícita de la EHmet en las estrategias nacionales y autonómicas frente a las enfermedades no transmisibles antes de finales de 2026; la definición de circuitos de derivación basados en FIB-4 y elastografía en cada comunidad autónoma; y la incorporación de indicadores de identificación de casos, acceso a intervenciones y resultados clínicos a los sistemas de información sanitaria.

La Declaración de Madrid hace un llamamiento a responsables políticos, instituciones sanitarias, sociedades científicas, profesionales de la salud y sociedad civil para impulsar una respuesta coordinada y basada en evidencia frente a la EHmet.

Por primera vez convergen reconocimiento internacional, herramientas diagnósticas escalables y terapias eficaces capaces de actuar sobre la progresión de la enfermedad. La cuestión ya no es si debemos actuar frente a la EHmet, sino si los sistemas sanitarios serán capaces de transformar la evidencia disponible en respuestas organizativas, preventivas y equitativas a la altura del desafío metabólico del siglo XXI.

Esta publicación se distribuye bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

No se declara conflicto de intereses.

El texto ha sido redactado con asistencia puntual de herramientas de IA, sin generación automática no supervisada.