

## **1. La sorprendente historia del mal llamado síndrome de fatiga crónica, el cambio de nombre sufrido por la encefalomielitis mialgica).**

**1.1.** Según indica el Dr. Leonard A. Jason, catedrático de psicología de la De Paul University, de Chicago (USA), en un artículo publicado en el Oxford University Press Blog, (28 de Septiembre del 2015), titulado “la Batalla de los pacientes por la Justicia”, (Patients Battle for Justice), cuando está muy seria dolencia ingresó por primera vez en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9) de la Organización Mundial de la Salud del año 1969, tenía un nombre creíble “Encefalomielitis Miálgica” al igual que lo tienen en la actualidad en la CIE 10 de 1992, (que significaba dolor muscular y una inflamación del cerebro y de la médula espinal) y sus criterios de diagnóstico fueron desarrollados por el prestigioso facultativo Británico, Dr. Melvin Ramsay, (tras el brote infeccioso que tuvo lugar en el Royal Free Hospital de Londres de 1955, que tuvo que cerrar las puertas pues todas sus camas estaban ocupadas por personal sanitario) y así sigue figurando en la actualidad.

Pero en 1988, los CDC (Centros de Control y prevención de Enfermedades) Estadounidenses, decidieron cambiar este nombre en su propia codificación nacional, (CIE 9 M), por la trivializante, estigmatizante y vaga expresión de “Síndrome de Fatiga Crónica”, que confundía tanto a los propios enfermos, como a sus familias, amigos, compañeros de trabajo y clase médica en general.

Y como si todo esto no fuera suficiente los CDC en el año 1994, desarrollaron una definición de la enfermedad, (Criterios de Fukuda), que ni siquiera requerían los síntomas principales de la enfermedad, (Malestar Post-Esfuerzo y Problemas Neurocognitivos o cerebrales).

Recordemos simplemente, para los iniciados en esta materia, que los vagos, imprecisos, de orientación psicossomática, y excesivamente escuetos del SFC, fueron redactados solo para la investigación y no para la definición de la enfermedad, ni para la reclamación de prestaciones ulteriores derivadas de ésta a la S. Social por no ser idóneos, adecuados ni suficientes, como veremos más adelante en el apartado el papel de la jurisprudencia.

Los Criterios de Fukuda definidores del SFC (CDC de Atlanta de 1994), llamados también curiosamente criterios internacionales se centraban fundamentalmente como rasgo principal en la fatiga del enfermo inexplicada y persistente durante más de 6 meses de aparición nueva o definida en el tiempo, (la fatiga es uno de los síntomas más común de

todo el abanico de enfermedades, que puede aparecer en cualquier codificación actual); más la presencia simultánea de cuatro o más de los siguientes síntomas: Disminución importante de la memoria inmediata o de concentración; dolor de garganta; sensibilidad de ganglios linfáticos; dolor muscular, dolor de articulaciones sin inflamación; cefaleas de nuevo tipo por sus características e intensidad, sueño no reparador y malestar posterior al esfuerzo que dure más de 24 horas.

Estos nuevos e imprecisos criterios definidores de la enfermedad, hicieron en opinión del muy prestigioso especialista norteamericano, el Dr Leonard A. Jason, de Chicago, desaparecer una aflicción tan seria que en no pocas ocasiones ha provocado la ruina de la vida y el patrimonio de los enfermos en los casos más graves. En el mismo sentido se volvió a manifestar el Dr. Leonard Jason, en un nuevo artículo titulado: *Cómo el nombre de las enfermedades pueden estigmatizar* "(a los enfermos)"\_ "How diseases name can stigmatized"), publicado en el OUP blog, el 21 de enero del 2014.

Esta amorfa redenominación y criterios de diagnóstico de la Enfermedad contaminaron los estudios y bases de datos, pues aumentaba la imposibilidad de identificar biomarcadores, (principalmente por la eliminación de las pruebas inmunológicas), lo cual llevó a que muchos pacientes fueran etiquetados de tener enfermedades psiquiátricas, conductuales o imaginarias, (al no encontrarle base orgánica alguna).

Recuérdese además que ya el 7 de abril de 1978, (diez años antes), la Real Sociedad de Medicina Británica aceptó la Encefalomiélitis Miálgica como una entidad Nosológica situándola en el apartado G.93.3, CIE 10, de las Enfermedades Neurológicas, (la nosología es la parte de la Medicina que tiene por objeto: describir, diferenciar, y clasificar enfermedades).

A esta nueva Naturaleza de la Entidad que nos ocupa se fueron adhiriendo los Sistemas Nacionales de Salud de los Gobiernos Occidentales, (excepción hecha de Canadá, y ahora según parece la nueva Guía de Australia para médicos de atención primaria), mediante la modificación de sus respectivas codificaciones nacionales de enfermedades, las CIE 9M y redacción de guías y documentos de consenso, de marcada orientación psicológica, conductista o psicosocial, (véanse entre muchas otras, la British Guidelines, y el Pace Trial en el Reino Unido, el Documento de consenso Español sobre diagnóstico y tratamiento del SFC, del 2009, así como el Protocolo de Valoración de Incapacidades para los enfermos de fibromialgia, SFC, y

Síndrome Químico Múltiple únicamente para los médicos del INSS Español, por citar algunos). A modo de ejemplo podemos señalar que el SFC en la CIE 9 M, Española en su epígrafe 780.71, es definido como un conjunto de síntomas de origen desconocido y de carácter transitorio.

**1.2** Igualmente Crítico sobre la Redenominación de esta grave dolencia, se mostró el catedrático de química médica de la Universidad de Sunderland, (GB), así como miembro de Comites: de Veteranos de la Guerra del Golfo, y de la OMS, Dr. Malcolm Hooper, en su Manual: Medicina Mágica; Como hacer desaparecer una enfermedad, (año 2006), (Magical Medicine: How to make a disease disappear) cuyos extractos fueron remitidos al Gobierno Británico el año anterior y al Australiano, cuando indica:

“La Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga crónica ha sido clasificada desde 1969, como un desorden, (enfermedad), del Sistema Nervioso Central por la Clasificación Internacional de enfermedades la OMS, es una enfermedad severa sistémica, y adquirida enfermedad que sigue así definida por la OMS, en la CIE 10, epígrafe 93.3, como enfermedad neurológica.

El SFC/EM presenta claros síntomas clínicos que manifiestan claramente, al menos, una disfunción neurológica, inmunológica y endocrina.

Mientras que la patogénesis se sugiere que puede ser multifactorial, la hipótesis del inicio por una infección vírica suele ser prominente. Un amplio abanico de virus y otros agentes infecciosos: como el virus de Epstein Barr, (4herpes virus), los herpes Virus humanos 6 y 7; virus estomacales como los enterovirus; el citomegalovirus; la Clamidia y el Micoplasma han sido investigados (la jurisprudencia Española, mayor y menor, ha recogido diversos casos de SFC/EM post infecciosos, como luego veremos).

Antes de adquirir la enfermedad, asevera el Dr. Hooper, la mayoría de los pacientes estaban sanos, pletóricos, y su modo de vida estaba lleno de energía. La mayoría de los casos de EM/SFC suelen seguir a una infección que puede afectar a las vías respiratorias superiores, provocar bronquitis, sinusitis, o gastroenteritis, describiéndola los pacientes como una enfermedad con síntomas parecidos a la gripe. La investigación biomédica ha logrado demostrar la existencia de distintos subgrupos dentro de la EM/SFC.

Continúa diciendo este prestigioso Académico, que a pesar de la insistencia de algunos facultativos y psiquiatras de no existir base orgánica demostrable de la enfermedad, (de manera que se incluiría la EM/SFC dentro del amplio concepto de simple fatiga crónica medicamente inexplicable F.48 de la CIE 10 de la OMS), que está excluido de prestación económica por algunas Compañías de Seguros de Enfermedad, -como indica también la Dra. Margaret Williams en su artículo las bases inmunológicas de la EM/SFC de Marzo 2012), y el manual “El Laberinto del Síndrome de Fatiga Crónica” de la notable escritora norteamericana afectada por esta muy serie dolencia, Hillary Jonson, hay numerosos anormales hallazgos objetivos, que se pueden constatar por cualquier facultativo razonablemente competente:

El problema está en que muchos doctores rechazan examinar a los pacientes con EM/SFC, porque estos enfermos han sido durante mucho tiempo despreciados por la Clase médica. En efecto en 1994 una de las revistas médicas del grupo Medical Trade Magazines publicó un artículo titulado: Los médicos de atención primaria Crónica desprecian a la generación de Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga, (GP: April 1994). Dicho artículo decía igualmente: los estudios han demostrado que la mayoría de los pacientes, califican el contacto con los servicios médicos como inútil, y añade el citado autor que poco ha cambiado en los últimos 15 años.

Como hallazgos anormales, que se pueden testar y sin carácter taxativo, se citan: aplanadas o invertidas ondas T en el corazón, que se pueden comprobar con una monitorización del mismo con una prueba de Holter de 24 horas (o incluso por un simple electrocardiograma para descartar una miocarditis que se suele dar en algunos casos); curvas de glucosa anormales; elevados niveles de lactato en el sistema ventricular, (70 % de los pacientes); destrucción neural y elevados niveles de colina, (10% de los pacientes); lesiones puntiformes- semejantes a la Esclerosis Múltiple- consistentes con pequeños infartos cerebrales (78 % de los pacientes); pobre transporte de oxígeno observado en pruebas de oxigenomería, (90 % de los casos), y una medición anormal de los gases sanguíneos, vgr. dióxido de carbono), por citar los más relevantes. Ninguno de estos signos o hallazgos orgánicos, puede ser explicado como prueba de un simple desorden conductual.

Igualmente añade el autor que los enfermos suelen presentar una inmensa pluralidad de síntomas entre los cuales cabe citar: bajada de tensión sanguínea (la sistólica resulta inferior a 100 en un 50% de los casos); vértigo vestibular en un 90%; dificultades para fijar la visión; temblores en las manos; falta de coordinación en los movimientos o

neuromuscular, (ataxia); debilidad muscular; extrema palidez facial; síndrome de intolerancia ortostática, (imposibilidad de mantener la posición erguida más de media hora); test de Romberg positivo, (parecido al test de alcoholemia); tándem de marcha anormal, úlceras bucales, pérdida de pelo, inflamación del hígado etc..

Para más información nos remitimos al Documento de consenso Canadiense del 2003, al Artículo publicado en la Revista Journal of Internal Magazine del 2011; titulado Encefalomiелitis Miálgica; Criterios Internacional de Consenso, así como los Reglamentos de la Seguridad Social Norteamericana sobre Valoración de Incapacidades en los casos de SFC, de 1999, (Social Security Rulling 1999. 2p), y el más reciente del 2014, que entró en vigor en Enero del 2015, éste último además asevera que muchos casos de SFC son auténticas EM (todos ellos se pueden consultar en la red, (clicando su nombre en el navegador google).

Más recientemente la revista Norteamericana de la Asociación “Solve ME/CFS Initiative” del Invierno del 2014 señala como importantes avances en la enfermedad que los científicos de RIKEN, Japón, habían reiterado que el cerebro de estos enfermos está inflamado, utilizando técnicas especial de imagen cerebral, (que no precisan), concretamente las células inmunológicas del cerebro, están altamente activadas en relación a las personas sanas,-cosa que ya habían advertido científicos de la Columbia University en Nueva York.

Otro importante avance señalado por la citada revista, es la evidencia de la activación de infecciones latentes por varios Herpes Virus,4,5,6) Enterovirus, y Bacterias como la Borrelia que provoca la enfermedad de Lyme, Ross River Virus y la fiebre Q del ganado, por citar algunos.

Las últimas Conferencias del SFC//EM de Westminster, (Londres), una de las más científicas del mundo, no dejan de mencionar la alteración que tienen estos enfermos de las células B, (tipo de linfocitos), células NK, y un números indeterminado de defensas inmunológicas, (citokinas, interleukinas, proinflamatorias, infecciosas etc..) que no se hallan en los grupos sanos. La Conferencia de este año a contado con la presencia de uno de los más prestigiosas personalidades de los NIH Norteamericanos, rubricando aun así más si cabe la importancia, y el cambio de enfoque de la enfermedad.

**1.3.** En el mismo de sentido de rechazar el cambio de Denominación de la Enfermedad, la Modificación de las Codificaciones a nivel Nacional (y por tanto su nueva naturaleza), se mostraron la mayoría de los científicos y los clínicos que participaron en el forum de Investigación

de Adelaida, (Australia), del 2005, sobre el SFC/EM, unánimemente aclamaron la adopción de los nuevos criterios de diagnóstico Canadienses del 2003, indicando que estos últimos captaban más anomalías cardiopulmonares y neurológicas que los CDC norteamericanos, y que servirían al mismo tiempo como base para ulteriores criterios de investigación, sobre todo teniendo en cuenta que dichos criterios fueron elaborados por un grupo de expertos internacionales del más alto nivel, que habían sido elegidos por el Gobierno de este país, a través de Health Canada, y que habían tratado a miles de enfermos, sin que desafortunadamente fueran seguidos por los Sistemas Nacionales de Salud de los países occidentales que continúan aferrados a la definición y criterios de diagnóstico norteamericanos de 1988, (desarrollados por el Dr. Fukuda en 1994), de clara orientación psicológica y que solo fueron redactados para la investigación. En Gran Bretaña a pesar de seguir la denominación de E.M, los enfermos siguen tratados como pacientes psiquiátricos por la Sanidad Pública, (según proclama la muy seria Asociación “Invest In Me”, a través de sus ya más de 10 Congresos y Conferencias Internacionales que se celebran todos los años a finales del mes de Mayo y a las que acuden lo más granado del elenco de científicos internacionales especializados en esta materia, así como enfermos y Asociaciones de al menos cuatro continentes).

## **2. Resultado del cambio de denominación de la enfermedad a SFC: el desprecio de los enfermos con encefalomielitis mialgica**

Hoy en día el diagnóstico, tratamiento y manejo de la Encefalomielitis Mialgica (SFC), siguen confundidos y complicados por estas dos conflictivas concepciones de la enfermedad, (la orgánica y el simple desorden conductual) dejando a los pacientes en un campo de batalla que dura más de 25 años (según la doctora inglesa Margaret Williams), siendo frecuentemente abandonados, maltratados o malentendidos, tanto médica como socialmente.

Los Gobiernos recientes de los países Occidentales, y algunos políticos de pro, no se han mostrado indiferentes ante tal situación, en la medida que iban tomando conciencia del problema al ser una enfermedad emergente que va a más, dictando diferentes tipos de normativas y resoluciones, (vgr. Reglamentos Norteamericano de Valoración de la Incapacidad en los pacientes con síndrome de Fatiga Crónica SSR.1994. p, y del 2014, creación de unidades especializadas en el SFC, Declaración conjunta del Congreso de los Diputados Español publicada el 27 de Abril del 2005 en el Boletín Oficial de las Cortes en I que se insta al Gobierno a realizar toda una serie de acciones en relación con la fibromialgia y el Síndrome de fatiga Crónica.

Sin embargo estas normativas no existen en todos los países, o aún no se han aprobado, produciéndose el efecto ya señalado de desprecio de estos pacientes por los médicos de atención primaria, que se ven obligados a cumplir sus respectivas legislaciones nacionales. Recuerde la respuesta del Gobierno Español a la pregunta escrita del presidente e la comisión de Sanidad Excmo. Sr. Gaspar Llamazares sobre la verdadera naturaleza del SFC, dirigida a la Mesa de esta Cámara, pregunta nº 184 publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 23 de Septiembre del 2010, nº 447:

La respuesta en síntesis vino a decir que el SFC es una Encefalomiелitis Miálgica, pues así se encuentra encuadrada en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, CIE-10, epígrafe G 93.3, pues ésta es de uso universal para registro y tratamiento estadístico de la información Sanitaria....., no obstante en España la Clasificación Utilizada es la CIE 9M. En la actualidad se están tramitando los permisos de uso de la modificación está previsto proponer un calendario de trabajo en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, teniendo en cuenta que el proceso durará al menos 3 o 4 años.

Por ello la mayoría de los múltiples problemas que sufren los pacientes, (y que no se circunscriben a la legislación laboral), siguen teniendo que ser resueltos caso por caso por la jurisprudencia, como fuente complementaria e integradora del ordenamiento jurídico, y más rápida que la ley, "fuente de tempo lento", y que depende de acuerdos e intereses que en ocasiones escapan a doctrinas médico-jurídicas ya consolidadas durante muchos años.

### **3. El papel de la jurisprudencia, el hilo de ariadna**

Al igual que el hilo de Ariadna en la mitología griega, permitió a Teseo escapar del Laberinto del Minotauro, la Jurisprudencia Internacional, (sobre todo a partir del Reglamento Norteamericano de Valoración de Incapacidades para los enfermos de SFC- SSR 99-2p, del nuevo del 2014, puesto que antes no había ninguna guía universalmente aceptada, y existían muy pocos precedentes que los jueces pudieran seguir al evaluar los casos de SFC), viene echando una mano a los enfermos del SFC/EM, para ir paliando al menos en parte los múltiples problemas que sufren los enfermos de esta en ocasiones devastadora dolencia, (puesto que el 25 % de los enfermos acaban confinados en casa, en silla de ruedas o postrados en la cama).

Estos Reglamentos también reflejan la realidad de la enfermedad tal como la describen los enfermos, sus facultativos y letrados, -según el compañero Mac Sasser, fiscal de Carolina del Norte y miembro de la

Asociación CFIDS de este Estado Estadounidense, así como miembro de su Junta directiva, (1992-2002), la realidad de dicha enfermedad sigue para muchos especialistas durmiendo en el sueño de los justos, mientras se discute sobre su origen y fisiología. Como aquellos que discuten sobre el sexo de los ángeles, puesto que el presupuesto para investigación es mínimo cuando existe en los gobiernos occidentales.

Buena parte de la Jurisprudencia Española, siguiendo a la Norteamericana, como ocurre en la mayoría de los países del hemisferio occidental, y basándose en la doctrina médico jurídico de las unidades especializadas en esta materia (y las directrices de la actual CIE 10 de la OMS), han tenido que resolver caso por caso los diferentes incidencias que van sufriendo los enfermos afectados por esta en ocasiones desgarradora dolencia, en su carácter de fuente complementaria e integradora del ordenamiento jurídico que le concede Art 1.5 del Código Civil Español (en esto sí parece que hay consenso, al menos, a nivel internacional).

La mayor parte de la Jurisprudencia Española se encuentra en la jurisdicción social (sobre todo reclamación de pensiones por incapacidad laboral), sin embargo como luego veremos también surge en otras como la civil, donde aparecen otros problemas como los derivados de la privación de la guarda y custodia de los hijos de los enfermos, crisis matrimoniales y otros más que irán aflorando como consecuencia de la expansión y el carácter emergente de la enfermedad, en los países industrializados.

Vamos a citar solo unos cuantos para no extendernos demasiado en el contenido de este artículo, remitiéndonos a otros artículos ya publicados con anterioridad en esta misma revista "La Toga", y que se pueden leer en su página web [www.revistalatoga.es](http://www.revistalatoga.es), y algún blog socio laboral de Ediciones Nacionales (blog sociolaboral de Francis Lefebre).

Jurisprudencia Laboral: Identificación de SFC y EM: Así ya desde la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia (en adelante STSJ) de Cataluña, Sala social Única de 8 de Mayo del 2001 (JUR 197645) proclamó: "Que el síndrome de Fatiga Crónica o Encefalomiелitis Miálgica, consiste en una inflamación del sistema Nervioso Central y de la musculatura, con malestar general dolores musculares, fiebre ligera, colon irritable, trastorno de sueño y dificultades para la concentración mental, depresión y crisis ansiosas, vértigo y pérdida de memoria, ganglios inflamados y dolor de garganta".

Véanse también la STS de Cataluña de 31 de Mayo del 2007, (JUR 2007/302/866), así como la Sentencia del TSJ de Madrid de 18 de febrero del 2008, (JUR 2008/145400).

Nota: A pesar de que no todas las Sentencias de las Salas de lo Social de los TSJ de las Comunidades Autónomas identifiquen al SFC con la Encefalomielitis Miálgica, (post infecciosa en ocasiones), de las causas o desencadenantes de la enfermedad exigidas por estos Altos Tribunales, de la tenencia a conceder la Incapacidad Laboral Absoluta a los enfermos, muy especialmente debido a la fatigabilidad que se produce ante cualquier esfuerzo físico o mental que impide realizar cualquier trabajo con un mínimo de eficacia y responsabilidad; y de las pruebas neurocognitivas o cerebrales, que miden los déficits persistentes en los enfermos con la memoria a corto plazo, procesamiento de la información, dificultades visuales espaciales, comprensión, concentración, dificultad para hallar las palabras, cálculo matemático, etc, y pruebas de esfuerzo de cardiología, se desprende sin demasiada dificultad que estamos ante una Entidad Multisistémica, pero de principal afección neurocognitiva, osea que sólo por principio de imperativo legal del obsoleto documento de consenso español del 2009, basado en la CIE 9. no se la denomina directamente como en las otras resoluciones Encefalopatía Miálgica.

Es más en algunos informes de unidades especializadas a pesar de denominar a esta dolencia solamente SFC, se añade a modo de referencia orientativa el epígrafe que le corresponde como EM en la CIE 10 de la OMS, osea el G.93.3, que en ocasiones pasan desapercibidas para los juristas, para hacerlas constar en el juicio y ulterior sentencia.

Causas. La Doctrina reiterada de los Tribunales Superiores de Justicia de las Comunidades Autónomas aclara que no es una enfermedad de origen primariamente psicológico; STS de Cataluña de 31 de enero del 2005, (JUR.AS 2005/446), Sala de lo Social Sección 1ª, habiéndose descrito numerosos casos por Virus de la familia de los Herpes; así por los Virus de Epstein-Barr, y Citomegalovirus, STSJ de Cataluña 29-12-2004, JUR 2005/ 55828; SFC post-brucelosis o fiebres de Malta, en un matadero de Zaragoza, STSJ de Aragón, 28-6-2004, (JUR 2004/2579110); SFC post-fumigaciones por productos fitosanitarios químicos, Cat Salud de Tarraco STSJ de Cataluña 7-2-2009.

Señalar igualmente que existen una pluralidad de sentencias firmes de los juzgados de lo social sobre el origen infeccioso del SFC, y que por no constituir jurisprudencia mayor no se publican en las colecciones jurisprudenciales nacionales, así como las concedidas en vía previa administrativa por las Direcciones Provinciales del INSS, y Tesorerías

de la Seguridad Social a las que solo podemos acceso cuando el cliente las porta voluntariamente.

Por su parte la STSJ de Cataluña Sala de lo Social nº 3252 /2013 de 8-5-2013, nº de recurso 5192/2012, sostiene que la etiología y patogenia son desconocidas, aunque se postula una hipótesis post-vírica, con disfunción inmunológica asociada, (véase artículo del Dr. Gerónimo Jefe del Servicio de Medicina Interna de la Unidad Multidisciplinar del Hospital Clínico de Barcelona).

Tendencia a conceder la Incapacidad Laboral Absoluta. La Jurisprudencia Española señala igualmente la gravedad de la dolencia que nos ocupa, apuntando que la tendencia en estos casos, (a pesar de existir 4 grados), es a conceder la Incapacidad Laboral Permanente Absoluta; SSTSJ de Madrid 25-1-2005, Sección 3ª EDJ 2005/86508; 17-4-2006 Sección 3º), EDJ 2006/372656).

Más recientemente la Sentencia de 27/3/2013 del TSJ de Cataluña, sala de lo Social Nº 2313/2013, Rec 3318/2012, indica: “En relación con el SFC, en grado 3, (solo hay 4) tenemos señalado que hoy por hoy mientras no exista más que un tratamiento paliativo, comporta una Incapacidad Permanente Absoluta, ya que se trata de un diagnóstico de enfermedad crónica muy invalidante, y que a pesar de las técnicas paliativas, no existe una perspectiva de curación”.

La también Sentencia de 14/1/2013, del TSJ de Cataluña, Sala de lo Social nº 243/2013, rec, 2144 del 2012, tras reconocer los 4 grados de esta dolencia, proclama que suele declarar en situación de ILP Absoluta a las personas que sufren el Síndrome de Fatiga Crónica, en grado III o IV, ya que supone la constatación de una limitación tan grave de la capacidad de esfuerzo que impide a quien la sufre cualquier trabajo, ya que no se pueden realizar esfuerzos elementales, lo que equivale a valorar que no puede desarrollar cualquier trabajo con un mínimo de eficacia y responsabilidad.

Medios de Prueba. La STS de Castilla La Mancha, (sede Albacete), de 13 de Enero del 2005, recurso 994/04, reconoce (tácitamente que: Esta enfermedad no se aprecia en las pruebas rutinarias, al igual que el Reglamento de Seguridad Social Norteamericano sobre valoración e incapacidades por SFC del 2014, añadimos nosotros), que las nuevas tecnologías contenidas en el informe médico de la Unidad Específica del Valle de Hebrón, (Barcelona), son idóneas, adecuadas y suficientes, en relación con la pretensión que se reclama, ayudando a una mejor comprensión de la situación de la recurrente ante lo excesivamente escueta de la resolución recurrida.

La Sentencia del TSJ de Madrid Sala de lo Social, sección 3ª de 30 de Mayo del 2005, JUR 2006/14, concreta el conjunto de medios de prueba o nuevas tecnologías a las que nos venimos refiriendo, así pruebas inmunológicas, (actividad anormal de las Ribonucleasas, test de ejercicio físico-bicicleta estática-, y estudio de disfunción cognitiva, (cerebral), test Wais III, para adultos.

Más actual es la Sentencia del TSJ de Cataluña de 15 de Mayo del 2013, pues resalta la importancia de que el actor ha estado sometido a pruebas objetivas, como una batería Neurocognitiva, (prueba de memoria, retentiva, concentración cerebral,...) y test de Reserva aeróbica, y concluye que el actor tiene una capacidad, de trabajo, extremadamente inferior, ya que el consumo máximo de oxígeno es de 23.2 % y concurriendo un grado III de S. de Fatiga Crónica y Fibromialgia, acreditada por la Unidad del SFC del Hospital Clínico de Barcelona, como de intensidad severa, constituye una Incapacidad Permanente Absoluta.

Esta última Sentencia no viene más que a recordar la Doctrina Reiterada de los Tribunales Superiores de Justicia Españoles, Sala de lo Social, que afirma que la necesidad de que el reconocimiento legal de la incapacidad de los pacientes con SFC, se base, (mientras no tenga lugar el cambio de legislación, se entiende), más que en las lesiones, en las limitaciones funcionales que ellos generan en cuanto impedimentos reales y suficientes, que disminuyan o anulen la capacidad de los trabajadores, tal como dispone el art.136 de la LGSS, dado el carácter marcadamente profesional de nuestro sistema de protección social, en materia de invalidez, pues lo que se protege es la capacidad de ganancia, STSJ de Castilla La Mancha, Sala de lo Social de 13 de Enero del 2005.

Jurisprudencia Civil. Como ya dijimos al principio de este epígrafe el grueso de Sentencias sobre SFC están en España en la Jurisdicción Laboral, (en materia de reclamación de pensiones por incapacidad laboral), sin embargo van surgiendo otras Sentencias en diferentes jurisdicciones a medida que el enfermo se tiene que enfrentar con las diferentes problemas que se le presentan en los distintos aspectos de su vida como consecuencia de no estar todavía suficientemente reconocida o bien entendida su dolencia, como ha ocurrido siempre con todas las enfermedades en fase inicial de investigación, hasta que han sido mejor conocidas y normalizadas en plano de igualdad con el resto de las más comunes padecimientos.

Lo que sorprende un poco es que llevemos 30 años, sin haber avanzado demasiado de facto, indican al unísono la práctica unanimidad de las Asociaciones Internacionales.

Casuismo. Confusión del SFC/EM con Enfermedad Psiquiátrica.

Una vez aclarado el error no se priva a la madre de la guarda y custodia de los hijos, La Sentencia de la Audiencia Provincial de Cádiz Sección 5ª, nº 254 del 2009, de 15 de junio Rollo de Apelación 605/2008, resuelve un Recurso interpuesto por el marido en trámites de divorcio para acreditar la falta de capacidad de su mujer afecta de un Síndrome de Fatiga Crónica para desempeñar las funciones de guarda y custodia de sus hijos, al pretender dotar a esta enfermedad de naturaleza psiquiátrica.

La Audiencia desestima el recurso del Marido, pues su pretensión no tenía entidad suficiente, ya que había informes médicos en el procedimiento, procedentes de una clínica especializada y de prestigio, (psicólogo clínico e internista), que afirman la idoneidad de la esposa para la educación de los hijos

En resumidas cuentas afirma la Sentencia de la AP: fundamento de Derecho 4º; “Que a pesar de ser cierto que la madre padece un Síndrome de Fatiga Crónica, debidamente acreditado por prueba pericial de Clínica Especializada, no existe informe médico cualificado alguno, que indique que esta enfermedad le prive de poder desempeñar adecuadamente sus funciones de madre, ni la enfermedad per sé le inhabilita para que a diario desempeñe dicha labor adecuadamente, sin tener antecedentes médicos que la desautoricen para esa labor, ni su entorno se desfavorable, todo ello en interés del menor..

Confusión de Síndrome de Fatiga Crónica y Síndrome de Munchausen por poderes. Privación a la progenitora de guarda y custodia de su hija. El Síndrome de Munchausen por poderes es una forma de maltrato infantil, es quizás la peor forma en que se presenta este trastorno, ya que quienes la padecen provocan problemas de salud a las personas que están a su cargo, para luego mostrarse como individuos bondadosos o preocupados ante el personal médico, familiar y amigos.

En la Sentencia que veremos a continuación, a diferencia de la anterior se le priva a la madre divorciada de la guarda y custodia de su hija, que se entrega al padre, y a ella se le otorga un régimen progresivo de visitas.

La Sentencia de la audiencia Provincial de la Rioja AC2011/2136. Resuelve un supuesto caso de maltrato en el contexto de una relación patológica familiar, en el que habría que descartar un supuesto trastorno delirante compartido o síndrome de Munchausen por poderes, por lo que sería importante que ambas madre e hija fueran valoradas desde salud mental de manera independiente, todo ello en el ámbito de una crisis matrimonial de los progenitores de la niña, que no hace más que complicar la situación, disminuyendo los ingresos familiares.

La Sentencia concluye que no se discute que la menor padezca las enfermedades físicas ya diagnosticadas, también por una clínica de prestigio, Síndrome de Fatiga Crónica, (a la que por tanto de carácter de enfermedad orgánica) y Síndrome Químico Múltiple, excluyendo el Síndrome de Munchausen, lo que se afirma la madre fue cuidadora única de la menor, y ha compartido su aislamiento social y familiar con absentismo escolar total, como consecuencia de la ruptura con su marido, y de ahí deduce que a su patología orgánica, se ha superpuesto otra de tipo psíquico o conductual, en contra de lo alegado por la defensa que configuraba simple síndrome ansioso depresivo reactivo a la enfermedad orgánica que padece la madre, y que forma parte de la misma.

Sin discutir la justicia de la resolución, pues la madre difícilmente podría ocuparse de la menor ante tal cúmulo de circunstancias que se dan en el caso, cabría preguntarse si habría ocurrido lo mismo si la progenitora hubiera recibido un diagnóstico y tratamiento adecuado en un momento inicial y llevase una vida sin tantas limitaciones.

De ahí la necesidad de una reforma de la legislación del SFC/EM, que evite los problemas de los enfermos incluidos los derivados de la guarda y custodia de los hijos.

#### **4. Suspense: el NIH norteamericano confirma que el SFC es una enfermedad neurológica devastadora y con pocos fondos de investigación.**

El NIH (Institutos Nacionales de Salud Norteamericanos) ha declarado en Octubre del 2015 por primera vez en su historia que el ME/SFC es una Enfermedad Neurológica devastadora y que ha recibido muy pocos fondos de investigación durante décadas.

Según publica en su revista la Asociación Norteamericana Solve ME/CFS, (anterior CFIDS of América con Sede en Charlotte, North Carolina USA), que ella ha sido una de las 12 Organizaciones a nivel mundial, junto a la Británica Invest In Me, (por citar algunas), así como

a lo más granado de los investigadores y científicos actuales de cuatro continentes, que habían escrito cartas pidiendo a los CDC y otras Instituciones del Ministerio de Sanidad Norteamericano, que el IOM, (Instituto de Medicina Estadounidense), se retractara del contenido de su último artículo, en el cual cambiaba tanto: la denominación de esta enfermedad, -denominada “Enfermedad Sistémica de Intolerancia al Ejercicio, (SEID por sus siglas en inglés); como los criterios de diagnóstico y tratamiento, por estar basado en síntesis, (siguiendo a la Guía del muy discutido, Pace Trial británico, en que el cansancio y la fatiga que sufren los pacientes, (junto a cerca de 90 síntomas más que en ocasiones podemos añadir), están basados en una presunta falta de ejercicio, que es tan solo el resultado de la errónea creencia de los pacientes de que tienen una enfermedad orgánica, y que el ejercicio progresivo como posible tratamiento les dañaría aún más.

Según el citado artículo del IOM citado, su intención no era otra que el cambio de actitud de los facultativos hacia estos pacientes, así como su evaluación y tratamiento, derecho a la Salud y Derecho al Trabajo, ignorando toda la base orgánica inmunológica, neurológica y al menos endocrina de esta desgarradora dolencia.

Ojalá que triunfe el Informe de los NIH, y se les otorgue una mayor asignación de fondos de investigación, por estar más de acuerdo con la clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, que como ya dijimos supra no ha dejado de clasificarla Enfermedad Neurológica desde de su ingreso en la CIE 9 de 1969, hasta el día de hoy, (CIE 10 1992) y Documento de consenso Canadiense del 2003, a diferencia del resto de las Codificaciones Nacionales, que si lo hicieron en 1988, ya ellas siguen aferradas en el manejo de tan devastadora enfermedad que como ya hemos visto está provocando un mal funcionamiento de la Administración Pública de provoca una lesión de los bienes y derechos de los enfermos, en los términos que ya nos hemos referido y no reiteramos.

Nos espera una larga tarea aún hoy en día, pero quizás las líneas de investigación se hayan aproximado a la verdadera naturaleza de esta muy difícil y desgarradora dolencia.