

Los medios de prueba del Síndrome de Fatiga Crónica en el Derecho Español

Autor/a:

[Palma Gutierrez, Juan](#)

[Los medios de prueba del Síndrome de Fatiga Crónica en el derecho español](#)

[Los medios de prueba sobre el Síndrome de Fatiga Crónica en el reglamento de Seguridad Social norteamericano SSR. 99. 2. P.](#)

[Las pruebas sobre Síndrome Fafiga Crónica \(Encelomielitis Miálgica\), en el documento canadiense de 2003](#)

[Protocolo de laboratorio y pruebas complementarias](#)

[Las pruebas del Síndrome de Fatiga Crónica en la Jurisprudencia Española](#)



Los medios de prueba del Síndrome de Fatiga Crónica en el derecho español

El síndrome de Fatiga Crónica Post- Vírica, a pesar de haber sido reconocida por la OMS, (Organización Mundial de la Salud), en su última Clasificación Internacional de Enfermedades, denominada CIE 10, (de 1992), como una enfermedad Orgánica, severa e incapacitante, de carácter neurológico, asimilada a la Encefalomiéлитis Miálgica, consistente en su mayoría de los casos en: "Una Inflamación del sistema Nervioso Central, (cerebro y médula espinal), y de la musculatura con, malestar general, dolores musculares, fiebre ligera, colon irritable, trastornos del sueño, dificultades para la concentración mental, depresión y crisis de ansiedad, vértigo, pérdida de memoria, cefaleas, ganglios inflamados, y dolor de garganta"(Como ya la definiera la Sentencia del TSJ de Cataluña, Sala de lo social, de 8 de Mayo del 2001. JUR2001/ 197645.

A pesar de que la Macro Conferencia de Prensa de los Centros de control para la Detección y control de Enfermedades Norteamericanos, celebrada en Washington el 3 de Noviembre del 2006, en la que intervinieron las máximas autoridades de la Administración de la Seguridad social de este país, representantes de las Principales Asociaciones de enfermos de este país, y de la comunidad médica nacional (y fue televisada a la mayor parte de la nación), proclamó que la dolencia que nos ocupa no tiene carácter psicológico, ni es ni siquiera un Síndrome, (o conjunto de síntomas inclasificables, y sin aparente conexión entre sí, de origen desconocido, (como proclamaba la antigua Clasificación de la OMS, de 1969, denominada CIE 9), sino que por el contrario es, gracias a el elevado número de anormalidades físicas y biológicas encontradas en estos pacientes debido al desarrollo de nuevas tecnologías en los últimos 20 años, una auténtica Enfermedad Real, que en ocasiones es brutal, y que tiene que ser elevada a la misma categoría de las otras enfermedades más conocidas, puesto que en algunos casos los pacientes experimentan un nivel de discapacidad semejante a la de los enfermos con Esclerosis Múltiple, Cáncer, o el propio Sida, por falta de tratamiento y atención adecuada, (según explicó la muy ilustre Dra. e Investigadora Nancy Klimas, de la Universidad de Miami, en la citada histórica conferencia de prensa).

Y a pesar de las buenas intenciones expresadas en la Proposición –No de Ley, aprobada por unanimidad por la comisión de Sanidad del Parlamento Español de 10 de Mayo del 2005, sobre la elaboración de un Plan sobre la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica, a cargo de un grupo de trabajo que elaborara un documento de consenso, que abordara la problemática del SFC, difundiendo las evidencias científicas actuales sobre su diagnóstico, las alternativas terapéuticas disponibles, impulsara las ayudas que sean necesarias para su mejor atención, y en concreto la elaboración de un protocolo de evaluación de las incapacidades.

Documento éste que sería revisado por cada comunidad Autónoma, por las sociedades Científicas y por los grupos de afectados haciéndose posteriormente una publicación que fuera repartida a las diferentes instancias del sistema

así como a los profesionales de la Salud.

La realidad es que al día de hoy, noviembre del 2008, esta iniciativa, no ha cumplido totalmente su objetivo, razón por la cual los trabajadores con estas patologías a pesar de encontrarse verdaderamente incapacitados, no solo para el desempeño de sus funciones laborales, sino en muchas ocasiones para las actividades de la vida diaria, se encuentran prácticamente huérfanos de toda asistencia sanitaria y socio laboral, dado que no existe aún ningún documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, protocolo de actuaciones, guía para el manejo de la enfermedad, ni ningún precedente legislativo, que debidamente publicado y distribuido a todas las instancias, se encuentre ya en poder de los profesionales de la atención primaria y especializada, Tribunales Médicos, Juzgados de lo social y Tribunales Superiores de Justicia, para que pudiera ser seguido a la hora de Diagnosticar los unos, y evaluar los otros la incapacidad en materia de SFC.

Como consecuencia de todo ello se siguen ignorando y pisoteando los Derechos al Trabajo, Derecho a la Salud, y a la protección de la Familia, de este amplio colectivo de enfermos, (entorno a los 150. 000, si atendemos a las analíticas internacionales que son bastante homogéneas en esta materia, y que se sitúan entorno al 0. 3, o 0. 4 de la población Mundial), que son en su inmensa mayoría mujeres, pues la proporción es de 10 mujeres por cada hombre aprox.), y que se ven despedidas de su trabajo por ineficacia sobrevenida, incluso encontrándose –lo cual ya es raro -, declaradas en situación de incapacidad laboral transitoria. (IT), pues en estos casos el Despido no resulta nulo, sino improcedente sin derecho a reincorporarse a su puesto de trabajo, según reciente jurisprudencia, e incluso sin Derecho a una Prestación por Incapacidad Laboral Permanente, al no poder acreditar por puro vacío legal las limitaciones anatómicas o funcionales que exige el art. 136. 1 de la Ley General de la Seguridad social, (texto refundido de 1994), para conceder tal derecho. La pérdida de la vivienda habitual, o el cambio a otra de inferior tamaño y calidad, (en ocasiones infraviviendas), es corriente al no contar en ocasiones con más ingresos que el salario mensual, y no poder pagar las elevadas cuotas de la hipoteca. Los índices de separaciones y divorcios se elevan sensiblemente, por la pesada carga familiar y los costes que el enfermo representa para el colectivo familiar, quedando sumido en ocasiones en un inevitable aislamiento social y laboral de tal manera que el suicidio es un riesgo a tener en cuenta, como pueden acreditar varias asociaciones de enfermos, en el ámbito nacional que guardan un minuto de silencio por cada enferma que se suicida.

Por todo ello abogamos por dar prioridad inmediata al pleno reconocimiento legal de la Enfermedad como ya ha ocurrido en otros países occidentales, mediante un Documento de consenso que no solamente contenga los criterios más actualizados para la definición del caso clínico, sino que además incluya un protocolo de evaluación de las incapacidades, con medios de prueba adicionales concretos, para añadir a los ya tradicionales, que resulten adecuados y suficientes para mejor comprender la situación del recurrente, y que nos permita a nosotros los letrados defender las justas reclamaciones de los clientes con un mínimo de garantías objetivas, para que el pleito deje de ser una “tombola”, y aportemos evidencias suficientes para obtener una sentencia ecuaníme.

Mientras esto ocurre, se pueden utilizar a modo de referencia para el diagnóstico, y valoración de esta enfermedad los medios de prueba recogidos por :

- El Reglamento de la Administración de la Seguridad social Norteamericana de 1999 (SSR. 99, 2p)
- Documento de consenso Canadiense sobre el SFC del año 2003, realizado por un Grupo de expertos Internacionales, bajo la dirección de Carruthers.
- Las directrices señaladas por la Jurisprudencia Española que pasamos a examinar a continuación.

Los medios de prueba sobre el Síndrome de Fatiga Crónica en el reglamento de Seguridad Social norteamericano SSR. 99. 2. P.

El Propósito del Reglamento es replantear y esclarecer la política de la Seguridad Social para desarrollar y evaluar las reclamaciones de incapacidad basadas en el SFC.

Como indica el ilustre letrado estadounidense Mac Passer, quien fuera miembro de la plantilla de la CFIDS Association of America, entre los años 1992 y 2002,

“Antes del Reglamento no había ninguna guía aceptada, ni ningún precedente que los jueces pudieran seguir a la hora de evaluar la incapacidad en los casos del SFC. El Reglamento también ha tenido un enorme efecto para legitimar la enfermedad, y su diagnóstico, así como para conocer el impacto de la misma de cara a los miles de empleados de la Administración de la Seguridad Social Norteamericana, pues refleja la realidad de la misma tal y como es experimentada por pacientes, doctores, y letrados.”

Dicho reglamento señala en su introducción que “el SFC es un trastorno consistente en un complejo de síntomas que pueden variar en su incidencia, duración y gravedad. Los Criterios actuales para definir los casos de SFC, fueron desarrollados por un Grupo Internacional reunido por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades como una herramienta de identificación y definición, incluyendo el requisito de cuatro o más de una lista de síntomas específicos. Estos constituyen las quejas del paciente hacia el médico que le trata. Sin embargo la Ley de Seguridad Social, y nuestra legislación complementaria exige que el afectado demuestre su incapacidad basándose en la existencia de una limitación deterioro funcional medicamente determinable, esto es que se pueda demostrar con pruebas médicas, consistentes en señales, signos médicos y resultados de laboratorio. No podrá establecerse la incapacidad en base a las declaraciones del afectado en cuanto a sus síntomas.

El Síndrome de Fatiga Crónica según los Criterios de los Centros de control de Enfermedades de Atlanta, de 1994.

De acuerdo con la definición de los CDC de Atlanta, la señal distintiva del SFC, es la presencia de una fatiga o cansancio crónico persistente o recurrente y clínicamente evaluada, de aparición nueva, (que no ha existido toda la vida), que no se puede explicar por un trastorno físico o mental, que no es el resultado de un esfuerzo prolongado, que no se alivia sustancialmente con el reposo, y que provoca una reducción substancial en el nivel de actividades ocupacionales, educativas, sociales o personales. Además la definición corriente de los CDC, requiere la concurrencia de 4 o más de los siguientes síntomas, todos los cuales deben haber persistido durante 6 o más meses consecutivos, y no deben haber sido anteriores a la fatiga. Entre ellos :

- Problemas de memoria a corto plazo, o dificultades de concentración, lo suficientemente severos para causar una reducción substancial en el nivel de las actividades ocupacionales, educativas, sociales o personales.
- Dolor de garganta.
- Sensibilidad de los ganglios cervicales o axilares.
- Dolor Muscular.
- Dolor en las articulaciones sin inflamación o enrojecimiento.
- Dolor de cabeza de nuevo tipo, patrón o severidad.

- Sueño no reparador.

- Malestar post-esfuerzo, de duración superior a 24 horas.

Ahora bien, añade el citado Reglamento de la SSA, dentro de estos parámetros, el afectado también puede manifestar una amplia gama de síntomas, tales como debilidad muscular, inflamación de los ganglios axilares, trastornos del sueño, (insomnio, hipersomnolencia o sueño fragmentado añade este autor por experiencia), dificultades visuales, (dificultades para enfocar o ftofobia severa), intolerancia ortostática, (aturdimiento o fatiga al estar mucho tiempo de pie), así como otros problemas neurocognitivos, (vgr. dificultades para comprender o procesar la información), desmayos, mareos, y algunos problemas mentales, tales como ansiedad, depresión o irritabilidad.

Pruebas Médicas Adicionales, Señales, Síntomas o Resultados de Laboratorio exigidos por el Reglamento de la SS. Administration., para que se pueda conceder una incapacidad por SFC.

Como ya hemos apuntado, la Legislación social Norteamericana, (Reglamento incluido), proclama que no se podrá establecer la incapacidad del Trabajador, en base a las declaraciones subjetivas del afectado en cuanto a sus síntomas, sino que sus limitaciones anatómicas, funcionales, o psicológicas se han de documentar con pruebas médicas convincentes en señales, signos médicos, y resultados de laboratorio, consistentes con la práctica clínica médicamente aceptable, y con las otras evidencias del caso citado.

Además el Reglamento aclara que estas pruebas adicionales, no son exclusivas, y que a medida que se hagan progresos en la investigación científicas, podrán surgir nuevas evidencias médicas, que esclarezcan mejor la naturaleza del SFC, y proveer una mayor especificidad en cuanto a las técnicas de diagnóstico, para documentar esta enfermedad.

Hallazgos o Signos Físicos. -Para fines de evaluación de incapacidad de cara a la Seguridad social, una o más de las señales médicas clínicamente documentadas durante un período de 6 meses consecutivos establece la existencia de una limitación, médicamente determinable para los afectados del SFC.

- Inflamación palpable de los ganglios linfáticos en un examen físico.

- Faringitis no exudativa, (sin pus).

- Sensibilidad muscular persistente y reproducible en repetidos exámenes, incluyendo la presencia de puntos sensibles positivos.

- Cualquier otra señal médica consistente con la práctica clínica médicamente aceptada, y consistente con las otras evidencias en el registro del caso.

Resultados de Laboratorio. “En la actualidad continuo diciendo el Reglamento Norteamericano sobre el SFC, (SSR. 99. 2. p), no existen resultados de laboratorios específicos ampliamente aceptados como asociados con SFC. Sin embargo la ausencia de una prueba definitiva no excluye la fiabilidad de ciertos resultados de laboratorio para establecer la existencia de una posible limitación médicamente determinable para los afectados del SFC.

Entre ellos :

- Un elevado título de anticuerpos para el virus de Epstein-Barr, (4. Herpes Virus, causante Mononucleosis Infecciosa con antígeno de la cápside vírica igual o superior a 1:5120 o a Antígeno precoz igual o superior a

1:640.

- Una Resonancia Magnética Craneal Anormal, (prueba morfológica, del cerebro).

- Hipotensión Mediada Neuralmente, demostrada por prueba de mesa basculante, (tilt - Table test), u otra prueba clínicamente aceptada, de los servicios de Cardiología de los Red Hospitalaria Española.

- Cualquier otro resultado de laboratorio consistete con la práctica clínica medicamente aceptable y consistente con las otras evidencias del caso citado; por ejemplo una prueba

Esfuerzo anormal, (bicicleta estática, o cinta rodada, que tambien se suelen encontrar en los Servicios de Cardiología de la red Hospitalaria);pruebas de sueño anormales, polisomnografía del sueño anormales-que demuestran la escasa eficacia de la fase del sueño reparador.

Resultados Neurocognitivos. (a nivel cerebral). Algunos afectados por el SFC, declaran tener dificultades continuadas con la memoria acorto plazo, (se suelen quedar en blanco en medio de una conversación), procesamiento de la información, comprensión y concentración, (por ejemplo apunta el autor de este artículo es necesario releer tres o cuatro veces una pagina de un periódico, o ver varias veces un telediario, para quedarte con algo de información, incluso se han dado casos pacientes que pueden llegar a perderse, y no saber que hacer en su propia localidad), dificultades visuales espaciales, (vgr. caídas al suelo por no calcular bien la distancia y altura de los bordillos, dificultades para encontrar las palabras adecuadas, (lo que hoy se llama afasia nominativa, confusión de unas palabras por otras), dificultades para calculos matemáticos, y otros síntomas que sugieren un deterioro cognitivo persistente. Cuando se han documentado déficits continuados en estas áreas por medio un examen mental o de pruebas psicológicas, (vgr. test Waiss para adultos), estos resultados constituyen hallazgos médicos, o hallazgos de laboratorio, que determinan la presencia de un deterioro o una limitación medicamente objetivable.

Los afectados de SFC, además pueden manifestar señales médicas como ansiedad o depresión, (que suele ser reactivo o resultado del dolor y el malestar generado por la enfermedad, según la Exposición de motivos de la Proposición de Ley de 10 de Mayo del 2005, para el avance y desarrollo en el estudio de la Fiomialgia y el síndrome de Fatiga Crónica, y reiterada doctrina jurisprudencial).

Cuando todos estos hallazgos médicos, están presentes y documentados apropiadamente, la existencia de una incapacidad laboral está determinada.

Recomendaciones para la aplicación de los criterios del CDC de Atlanta(1994). -

A la vista de las ambigüedades contenidas en estos criterios, un Comité Dirigido por el Dr. Willian C. Reeves, que incluyó a todos los miembros para el estudio internacional para el estudio de la fatiga, publicó en el 2003, unas recomendaciones que intentaban mejorar al menos la calidad de las investigaciones según avanzaba el conocimiento de la enfermedad, seleccionando más a los enfermos, hasta prácticamente equipararse con los criterios canadienses, para establecer con garantías científicas un diagnóstico de SFC, de manera que ya no puede alegar por parte de las autoridades sanitarias, que no se puede establecer un protocolo sobre esta enfermedad ya sea por falta de información, o bien diferencias internacionales en materia de diagnóstico.

Todas estas pruebas, se vienen practicando en las Clínicas Públicas y Homologadas por el Ministerio de sanidad Español, -a través del Hospital Carlos III de Madrid -, situadas en Barcelona para el diagnóstico del SFC, (Clínico, Hospital del Valle de Hebrón), y otras privadas como, Barnaclinic, Delfos, y Cima, desde hace años, y que suelen en la mayoría de las ocasiones ser necesarias para que los letrados defendamos los justas reclamaciones de nuestros clientes con un mínimo de garantías

Las pruebas sobre Síndrome Fafiga Crónica (Encelomielitis Miálgica), en el documento canadiense de 2003

El documento Canadiense del SFC, del año 2003, -más acorde con la última Clasificación de Enfermedades de la OMS-, que ya denomina directamente a esta enfermedad Encefalomielitis Miálgica, y que fue redactado, y por un grupo de expertos internacionales del más alto nivel y que se está utilizando como Documento de Referencia para el Diagnóstico del SFC, (véase Manual Las Enfermedades Invisibles del Colectivo de Abogados Ronda de Barcelona, se sitúa a la cabeza de los Protocolos Internacionales de actuaciones, sobre esta enfermedad pues incluye en el mismo cuerpo del Documento tanto los criterios de diagnóstico, como las nuevas pruebas complementarias de Diagnóstico, que ya se venían utilizando en EEUU, desde 1999, y que hoy ya cumplen 10 años.

La Hoja de Evaluación del Paciente ligeramente condensada pasamos a reproducir a continuación a título informativo para un más rápido diagnóstico del paciente, en tanto la Administraciones Sanitarias Españolas pasan a regularlos legalmente. .

EXAMEN FISICO. -Examen físico estándar con especial atención a:

Sistema Musculoesquelético: incluyendo examen de los puntos sensibles de FM.

Compruebe las articulaciones por inflamación, hiperlaxitud, y restricción de movimientos. Fuerza muscular.

Puntos sensibles positivos, - incluido los puntos gatillo, para ver si cumple también nlos criterios de fibromialgia.

Sistema Nervioso Central. -Incluyendo examen de reflejos. (El examen de de reflejos durante la flexión y extensión del cuello. puede acentuar las anomalías que surgen de cambios cervicales mielopáticos).

Cognitivo: habilidad para recordar preguntas, fatiga cognitiva, (p. ej, sustracción de serie siete), interferencia cognitiva, /(sustracción de serie siete y series simultáneas).

Cardiorrespiratorio: Arritmias, Ps, (Primero acostado), PS, (inmediatamente después de ponerse en pié).

Sistema GI : borborismo incrementado, hinchazón, y o sensibilidad abdominal.

Sistema Endocrino :disfunción tiroidea, adrenal, y o hipofisiaria.

Sistema Inmune: Linfadenopatía, (ganglios inflamados), en región cervical, axilar, o inguinal, (especialmente en fase aguda). Faringitis no exudativa de color carmesí, y con forma de media luna, (conocida como Síndrome de Crimson Crescents, en fosas amigdalares).

Protocolo de laboratorio y pruebas complementarias

Hay que hacer un trabajo minucioso.

Tests de Laboratorio Rutinario. -Hemograma completo, recuento y fórmula, Ca, P, Mg, glucosa en sangre, electrolitos en suero TSH proteínas totales y electoferosis PCR ferritina cratinina factor reumatoide anticuerpoa

antinucleares, CPK, función Hepática, y análisis de orina de rutina.

Tests Adicionales: Además de las pruebas rutinarias de laboratorio, se deben hacer pruebas adicionales, dependiendo de la historia del enfermo, la evaluación clínica, los hallazgos de laboratorio, factores de riesgo y comorbidades. (enfermedades asociadas).

Más pruebas de laboratorio: nivel diurno de cortisol, cortisol libre en 24 horas: hormonas incluyendo testosterona libre, Vitamina B 12, y nivel del folato, sulfato DHEA, panel 5-HIAA. Ecografía abdominal, parásitos en heces, actividad celular NK, (células asesinas que destruyen las células infectadas por virus y bacterias...). citometría de flujo por actividad de linfocitos, Western Blot para la enfermedad de Lyme, radiografía convencional del torax, Mantoux para TB y VIH----, (virus del Sida, al cual podríamos añadir que fuera para todos los virus de la Familia Herpes, 1, 2, 3, 4, 5, 6, ..., con especial referencia al 4 Herpes Virus o de Epstein Barr, -el de la mononucleosis infecciosa-, Herpes 6, -el de la Roseola-, y enterovirus, parvovirus B 16,, (pues todos ellos son susceptibles de provocar encefalomiелitis, esclerosis ...), como se ha puesto de manifiesto en los recientes congresos internacionales de Londres y Baltimore(Usa), de 23 de Mayo y junio del 2008).

También indica el Documento hacer pruebas de detección de fracción 37-kda 2-5^a de la Ribonucleasa L, --que indica igualmente una alteración, anomalía en Las defensas del organismo, aunque a nivel intracelular celular como consecuencia de ciertas infecciones, el problema está en que estas pruebas son caras, pues no existen aún laboratorios especializados en España, y hay que mandar la sangre a Bélgica o a Estados Unidos, donde se encuentran, los laboratorios de referencia en Microbiología, que tienen el monopolio para estas pruebas, añadir que para autoridades médicas como el Dr. Florez-Tascón, de Madrid, dichas pruebas no son estrictamente necesarias, pues no existe un protocolo universalmente aceptado para el diagnóstico, aunque ayudan a ello, al ser el diagnóstico clínico).

Función cerebral diferencial y tests estáticos. -Si se presenta clínica neurológica positiva.

Rayos X, y/o Resonancia Magnética Nuclear del Cerebro y espina dorsal: para excluir esclerosis múltiple, y otros transtornos neurológicos primarios. Es importante buscar cambios que se puedan obviar fácilmente, como protuberancias, hernias de disco o estenosis menor, que puedan ser importantes en la patogénesis.

Test de Mesa Basculante. -Si está indicado haga esta prueba, en la que la camilla se inclina hacia la posición vertical alrededor de 70 °, antes de iniciar la medicación para intolerancia ortostática.

Estudios del sueño: para demostrar la disminución del tiempo que se pasa en fase 4 del sueño, (sueño profundo), o para excluir disfunciones tratables del sueño.

qEEG, SPECT Y PET Scanners cerebrales: si están indicados. (Son para comprobar la falta de riego sanguíneo en ciertas áreas del cerebro, y la alteración del metabolismo de la glucosa...).

Monitorización Holter de 24 horas si se sospecha de una arritmia. Repetitivas oscilaciones de inversiones de ondas – T, y o aplanamiento de ondas T, durante la monitorización de 24 horas.

Las pruebas del Síndrome de Fatiga Crónica en la Jurisprudencia Española

La Jurisprudencia Española, fiel concedora de que este tipo de enfermedades, (a las que se ha llegado a denominar invisibles incluso en la doctrina jurídica, -véase Manual del mismo nombre del Colectivo de Abogados Ronda de Barcelona), no se pueden diagnosticar en las analíticas hospitalarias rutinarias, viene admitiendo desde hace ya varios años estas nuevas pruebas, internacionalmente aceptadas, como casi el único modo de determinación las limitaciones funcionales que suele provocar esta enfermedad en los trabajadores, y que les suele hacer acreedores de una prestación por incapacidad o invalidez laboral permanente.

Así, a modo de ejemplo, y por citar algunas, podemos apuntar las siguientes Sentencias:

Sentencia de la Sala de lo Social del TSJ de Cantabria de 30 de Octubre del 2006. (n ° 971/2006). En ella se proclama la necesidad del reconocimiento legal de estas nuevas enfermedades, (fibromialgia y Fatiga Crónica), respecto de las cuales se desconoce su causa y a veces su naturaleza, por varias razones; por su prevalencia y extensión, así como por la aparición de nuevas tecnologías, alguna de ellas ausentes en España, y que permiten probar lo que hasta ahora era una entelequia, la medición del dolor, (y las limitaciones funcionales se entiende), con o sin causa objetiva.

Sentencia del Juzgado de lo Social n ° 2 de Badajoz, de 8 de Octubre del 2003. AS2003/3866. En su fundamento de Derecho 3º, se señala literalmente que el SFC es una de esas enfermedades que se desconoce desde cuando existen, probablemente desde siempre, pero que solo han sido identificadas recientemente en virtud del Desarrollo de la Ciencia Médica. Es más a continuación en su fundamento de Derecho n° 4, añade que estas nuevas tecnologías son admisibles al amparo del art. 136 de la Ley General de la Seguridad Social, que únicamente exige para conceder la incapacidad permanente, que las limitaciones funcionales sean susceptibles de determinación objetiva, sin restricción alguna de los medios de comprobación.

Sentencia del Juzgado de lo Social de Madrid n° 28, de 12 de Febrero del 2002. -Procedimiento. 900/01. Recuerda, - en relación a un caso de S. de Fatiga Crónica posterior a una mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr, -la Doctrina de los Tribunales Superiores de Justicia, que proclama que en caso de Dictámenes Médicos Contradictorios deben prevalecer los informes públicos a los privados, salvo que el dictamen de la Medicina Privada, provenga de centros o Servicios de Alta Calificación Profesional, o de profesionales de superior imparcialidad, prestigio y preparación a los médicos oficiales. El Informe, que prevalece, procede en este caso de la Unidad Especializada en el S´. de Fatiga Crónica del Hospital Universitario del Valle de Hebrón de Barcelona, donde le realizaron los tests de medida de la astenia crónica, y al que curiosamente es remitida la paciente por el Servicio de Medicina Interna del Hospital “La Paz” de Madrid. (fundamento de hecho 4 º).

En idéntico sentido véanse las Sentencias : del TSJ de Murcia Sala de lo Contencioso Administrativo de 3-7-92., y del TSJ de Madrid Sala de lo Social de 28-9-92).

Sentencia de la Sala de lo Social del TSJ de Castilla-La Mancha, (Sede de Albacete), de 13 de enero del 2005. Recurso n° 994/04. Fundamento de Derecho 2º. Asevera que los medios de prueba contenidos en el Informe Médico de la Unidad Del síndrome de Fatiga Crónica del Hospital del Valle de Hebrón de Barcelona, son idóneos conforme a lo que establece el art. 191, b, de la Ley de Procedimiento Laboral, y resultan adecuados y suficientes, en relación con la pretensión revisoria que se propone. Luego añade, que dicho informe ayuda a una mejor comprensión de la situación de la recurrente, de cara a poder calibrar de modo adecuado su capacidad laboral residual, de tal modo que se soluciona así lo excesivamente escueta de la resolución judicial recurrida.

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Social, sección 3ª, de 30 de Mayo del 2005. JUR 2006/14467. Recurso de suplicación n° 1065/2005. Esta Resolución confirma la sentencia del juzgado de lo social, que declara a la actora, de profesión directora de Recursos Humanos, afecta a una incapacidad permanente absoluta, derivada de enfermedad común por S. Fatiga Crónica tras aplicar el Protocolo del SFC según los criterios

internacionales del Centro de control de Enfermedades de Atlanta, de 1994 (Criterios de Fukuda), completados con el conjunto de medios de prueba, o nuevas tecnologías a las que venimos haciendo referencia, y que se practicaron en la Clínica Delfos de Barcelona, que cuenta con una Unidad Especializada en el SFC.

Concretamente se aplicaron: la prueba inmunológica de actividad de las Ribonucleasas, (enzimas precursoras de los interferones en caso de infección intracelular), que estaban elevadas respecto a sus valores normales; el Test de Ejercicio Físico-bicicleta estática-, para la determinación del consumo de oxígeno y capacidad aeróbica, que resultaron inferiores a los normales; el Estudio de la Disfunción Neurocognitiva, (Test Waiss para adultos), que puso de manifiesto la dificultad en la atención y concentración, acalculia prefrontal, dificultad en la memoria de procesamiento y para iterar operaciones, dificultades en las actividades discursivas y de aprendizaje, problemas en el procesamiento de la información visoperceptiva y de la memoria de trabajo espacial; y la escala de impacto de la fatiga.

Para concluir este artículo sobre los medios de prueba en el S. de Fatiga Crónica, nos gustaría hacer una referencia a una noticia que nos ha sido suministrada por la “Liga del SFC”. Plataforma de Acción para la defensa de los derechos de los afectados por el SFC. Según ella, el Dr. Meus, inmunólogo belga, y uno de los investigadores más importantes del mundo sobre el SFC, (Encefalomielitis Miálgica), ha denunciado al gobierno Belga porque en las Unidades del SFC, (EM), organizadas en su país, no se hacen las mínimas analíticas recomendadas para diagnosticar y tratar esta enfermedad, (entre otros los internacionalmente muy aceptados criterios Canadienses del 2003). La denuncia se efectuó tras haber acogido a un grupo de pacientes de las Unidades del SFC del gobierno Belga, haberles practicado las pruebas que se están haciendo para diagnosticar esta grave enfermedad en casi todos los países desarrollados, y comprobar que estos pacientes tenían las anormalidades que son a menudo parte del S. de Fatiga crónica, y que las Unidades Públicas Especializadas de su país no habían practicado.

[6](#)

