

SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA (Sala Cuarta)
de 26 de octubre de 1993 *

En los asuntos acumulados T-6/92 y T-52/92,

Andreas Hans Reinarz, antiguo funcionario de la Comisión de las Comunidades Europeas, representado por M^e Francis Herbert, Abogado de Bruselas, que designa como domicilio en Luxemburgo el despacho de M^e Carlos Zeyen, 67, rue Erme-sinde,

parte demandante,

contra

Comisión de las Comunidades Europeas, representada por el Sr. Hendrik van Lier, miembro del Servicio Jurídico, en calidad de Agente, asistido por M^e Jules Stuyck, Abogado de Bruselas, que designa como domicilio en Luxemburgo el despacho del Sr. Nicola Anecchino, miembro del Servicio Jurídico, Centre Wagner, Kirchberg,

parte demandada,

que tienen por objeto que se anule la nota de la Comisión de 27 de marzo de 1991, en la medida en que afecta a las modalidades de reembolso en el futuro de los gastos de asistencia sanitaria realizados por el demandante respecto a su esposa (asunto T-6/92) y la decisión de la Comisión de 5 de julio de 1991, por la que se procedió a una retención de 6.300 BFR sobre el reembolso de determinados gastos de asistencia sanitaria realizados por el demandante respecto a su esposa (asunto T-52/92), respectivamente,

* Lengua de procedimiento: neerlandés.

EL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA
DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (Sala Cuarta),

integrado por los Sres.: C.W. Bellamy, Presidente; H. Kirschner y A. Saggio, Jueces;

Secretario: Sr. H. Jung;

habiendo considerado los escritos obrantes en autos y celebrada la vista el 26 de mayo de 1993;

dicta la siguiente

Sentencia

Antecedentes de los recursos, marco jurídico y desarrollo del procedimiento

1 El demandante, Sr. Andreas Hans Reinarz, antiguo funcionario (de grado A 2) de la Comisión, cesó con carácter definitivo en las Comunidades el 1 de mayo de 1973. Según su pasaporte neerlandés y un permiso de conducir emitido por las autoridades de Wasa British Columbia (Canadá) (Anexo C 8 del escrito de interposición de recurso T-6/92 y Anexo 1 a la réplica T-52/92), está domiciliado actualmente en Canadá, donde, conforme a las fichas de datos personales incluidas en su expediente individual, se encuentra su «dirección privada» desde 1973.

2 En junio de 1988, durante una estancia en casa de sus hijos, en Dworp (Beersel, Bélgica), su esposa sufrió una enfermedad grave. Desde entonces, recibe asistencia en Dworp.

3 A causa de dicha enfermedad, el demandante solicitó y obtuvo, con arreglo al apartado 1 del artículo 72 del Estatuto de los Funcionarios de las Comunidades Europeas (en lo sucesivo, «Estatuto») que le fueran reembolsados al 100 % los gastos de

asistencia sanitaria contraídos por su esposa. Esta asunción a cargo fue concedida, en último lugar, respecto al período comprendido entre el 15 de mayo de 1991 y el 14 de mayo de 1994.

- 4 Hasta el 31 de diciembre de 1990, a tenor del párrafo segundo del apartado 1 de la parte IV y de la letra a) del apartado 2 de la parte X del Anexo I de la Reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad de los funcionarios de las Comunidades Europeas (en lo sucesivo, «Anexo I», por una parte y «reglamentación de cobertura», por otra), establecida de común acuerdo por las Instituciones de las Comunidades, con arreglo al apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, los reembolsos, por prestaciones como las realizadas por asistentes sanitarios tenían tal límite máximo —a saber, el doble de un importe máximo de 4.830 BFR por servicio de asistencia de 24 horas— que el demandante disfrutaba efectivamente de un reembolso al 100 % de los gastos de asistencia sanitaria.
- 5 Desde el 1 de enero de 1991, el párrafo tercero del apartado 1 de la parte IV del Anexo I establece para las prestaciones de asistencia sanitaria, entre otras, nuevos límites máximos de reembolso, indicados en la parte X. De acuerdo con la nueva redacción de éste, sólo puede concederse el reembolso, previa autorización, hasta un límite máximo de 2.415 BFR por 24 horas durante un primer período de 90 horas [letra c) del apartado 2 de la parte X]. Superado dicho período, el reembolso se limita a un límite máximo igual al sueldo base de un funcionario de grado C 5, escalón 1, del que se deduce un importe igual al 10 % del sueldo base o de la pensión del afiliado [letra d) del apartado 2 de la parte X]. Por último, según el párrafo segundo del apartado 3 de la parte XV del Anexo I, la parte de los gastos que la oficina liquidadora considere excesiva no será reembolsada. La disposición interpretativa referente a esta última disposición establece, esencialmente, que los gastos que superen el 50 % del coste correspondiente al 100 % de los límites máximos previstos se considerarán como excesivos y, por consiguiente, no se reembolsarán.
- 6 El 29 de marzo de 1991, el demandante, que residía en aquel momento en Bélgica, recibió en la dirección «Hauwaertstraat 52, Dworp», una nota de fecha 27 de marzo de 1991, firmada por el responsable de la oficina liquidadora de la Dirección General de Personal y Administración de la Comisión. En el párrafo primero, dicha nota comunicaba al demandante que había obtenido una autorización previa,

adjunta a la nota, relativa al reembolso de los gastos de asistencia sanitaria de su esposa, por un período de 90 días. En sus párrafos segundo y tercero, insistía al demandante sobre la nueva redacción de las citadas partes IV y X, que establecen un límite máximo de reembolso de 2.415 BFR por 24 horas para un período de 90 días, y le comunicaba que, «concluido dicho período, siempre y cuando hubiera una nueva autorización previa, el reembolso previsto tendrá un límite máximo igual al sueldo base de un funcionario de grado C 5, escalón 1 (en la actualidad, 72.000 BFR, aproximadamente), menos un importe equivalente al 10 % de su pensión base». La nota concluía con la siguiente frase: «Le dirigimos la presente nota para que pueda tomar las medidas necesarias de cara al futuro.» Se adjuntaba a la versión francesa un extracto de las citadas disposiciones de la nueva Reglamentación de cobertura, ya que en aquel momento no se disponía de la versión neerlandesa.

- 7 El 30 de marzo de 1991, el demandante presentó, desde Dworp, una reclamación, registrada en la Secretaría General de la Comisión el 4 de abril de 1991, en la que alegaba, fundamentalmente, que la Reglamentación de cobertura en vigor desde el 1 de enero de 1991 tenía como consecuencia, contrariamente a las disposiciones del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, reducir sensiblemente el reembolso aplicable antes de dicha fecha a los beneficiarios de una asunción a cargo del 100 % por parte del Régimen común del Seguro de Enfermedad de las Instituciones de las Comunidades Europeas (en lo sucesivo, «Régimen común») que padezcan una enfermedad reconocida como grave. A este respecto, el demandante se refería a «una disminución de más del 70 % respecto al período durante el cual estoy lejos del lugar de residencia de mi esposa», añadiendo: «Cuando estoy en Dworp y me ocupo evidentemente también de los cuidados que deben dispensarse a mi esposa, la reducción se eleva, aproximadamente, a la mitad.» Achacaba además a la nueva normativa el que afectaba de manera unilateral y discriminatoria a la categoría de los asegurados (integrada fundamentalmente por funcionarios jubilados) respecto a la cual el coste de la asistencia o los gastos de rehabilitación representan una partida de gastos muy importante y afirmaba que su aplicación perjudicaba a los derechos que había adquirido con arreglo al Estatuto.
- 8 El 9 de julio de 1991, el Comité de gestión del Régimen común (en lo sucesivo, «Comité de gestión») emitió un dictamen sobre la reclamación del demandante, con arreglo al apartado 2 del artículo 16 de la Reglamentación de cobertura, en el que expresaba sus dudas acerca de la admisibilidad de ésta, puesto que no le parecía dirigida contra un acto lesivo, al no incluir la nota controvertida de 27 de marzo de 1991 más que una mera información al demandante sobre la nueva normativa apli-

cable. En cuanto al fondo, el Comité de gestión consideraba que dicha normativa no infringía ningún derecho adquirido del demandante.

- 9 El 4 de agosto de 1991, la reclamación fue objeto de denegación presunta. Anteriormente, mediante carta de 12 de junio de 1991, enviada desde «Dworp, Hauwaertstraat 50», el demandante la había completado desarrollando los motivos jurídicos que, a su juicio, hacían que fuera ilegal «la decisión de 27 de marzo de 1991».
- 10 El 29 de octubre de 1991, el demandante recibió, en la dirección «Hauwaertstraat 52, Dworp», una nota de fecha 15 de octubre de 1991, firmada por el Sr. Richardson, Director de la Dirección de «Derechos y obligaciones» de la Dirección General de Personal y Administración, redactada en los siguientes términos: «Del examen de su reclamación se desprende que iba dirigida contra una información [...] que, actualmente, no influye sobre su situación jurídica y que no es lesiva para usted. En efecto, la carta de la Administración le informa [...] (y) no contiene ninguna decisión concreta relativa al reembolso [...] sobre la base de una petición presentada por usted a tal efecto.»
- 11 Ante dichas circunstancias, mediante escrito presentado en la Secretaría del Tribunal de Primera Instancia el 31 de enero de 1992, el demandante interpuso un recurso de anulación contra la decisión recogida, a su juicio, en la nota de 27 de marzo de 1991 y que establecía, a su entender, una reducción de los reembolsos de los gastos de asistencia sanitaria de su esposa (asunto T-6/92).
- 12 Entretanto, el demandante había presentado el 6 de mayo de 1991, ante la oficina liquidadora, una solicitud de reembolso de gastos de asistencia sanitaria que ascendían a 78.750 BFR. El 7 de julio de 1991, recibió un pago de la Comisión, de fecha 5 de julio de 1991, que ascendía a 72.450 BFR.
- 13 Mediante escrito de 30 de septiembre de 1991, enviado desde «Dworp, Beersel», el demandante formuló una reclamación en la que alegaba, por una parte, que hasta agosto de 1991 no había recibido «el desglose correspondiente (al pago) [...] que

fue enviado por rutina a la dirección de Canadá» y, por otra parte, que, además de la primera reclamación, que había presentado el 30 de marzo de 1991 contra las modificaciones de la Reglamentación de cobertura, deseaba también impugnar, como medida de prudencia, la deducción de 6.300 BFR que se había efectuado, con arreglo a la nueva reglamentación, sobre su solicitud de reembolso.

- 14 Dicha reclamación fue objeto, en primer lugar, de una denegación presunta. No obstante, el 12 de marzo de 1992, la Comisión remitió una decisión denegatoria expresa a la dirección «Hauwaertstraat 52, Dworp», recibida por el demandante el 16 de marzo de 1992. La denegación estaba motivada esencialmente por el hecho de que el reembolso controvertido había sido liquidado conforme a la reglamentación aplicable y que no podía discriminarse a los jubilados, al seguir siendo los mismos los requisitos de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria, con independencia de que el afiliado esté o no en activo.
- 15 Por ello, el demandante interpuso, mediante escrito presentado en la Secretaría del Tribunal de Primera Instancia el 13 de julio de 1992, un segundo recurso de anulación, dirigido, fundamentalmente, contra la decisión de 5 de julio de 1991, mediante la cual se había practicado una deducción de 6.300 BFR sobre su solicitud de reembolso (asunto T-52/92).
- 16 Las fases escritas siguieron su curso reglamentario. Mediante auto de 30 de octubre de 1992, el Presidente de la Sala Cuarta del Tribunal de Primera Instancia acordó la acumulación de los dos asuntos a efectos de la fase oral y de la sentencia.
- 17 Visto el informe del Juez Ponente, el Tribunal de Primera Instancia (Sala Cuarta) decidió iniciar la fase oral sin previo recibimiento a prueba. No obstante, formuló varias preguntas a la Comisión.
- 18 Con tal motivo, la Comisión aportó, entre otros, el texto del dictamen n° 3/89, emitido por el Comité de gestión el 23 de febrero de 1989 y relativo a la revisión de la Reglamentación de cobertura, sin adjuntar al mismo, no obstante, el texto de las diferentes propuestas de revisión, en particular las relativas a la parte IV, al apar-

tado 2 de la parte X y a la parte XV del Anexo I. En los considerandos de dicho dictamen, el Comité de gestión señalaba, entre otras cosas que, a consecuencia de un desequilibrio creciente entre cotizaciones y gastos dentro del Régimen común, había aparecido un déficit de explotación durante los últimos ejercicios y que, habida cuenta de las previsiones, el régimen corría el riesgo de haber agotado, en gran parte, sus excedentes acumulados al cierre del ejercicio 1991. Subrayaba la necesidad de prever, por tanto, la recuperación del equilibrio entre cotizaciones y gastos y proponía con tal fin, entre otras medidas, la de aumentar la cotización de los afiliados y la de las Instituciones. Al propio tiempo, sugería diversas modificaciones de la Reglamentación de cobertura, en particular, en el ámbito del Anexo I, la modificación de la parte X, relativo a las prestaciones de asistencia sanitaria, y del párrafo segundo del apartado 3 de la parte XV, relativo a los gastos excesivos.

- 19 A raíz de la vista de 26 de mayo de 1993, el demandante aportó, a petición del Tribunal de Primera Instancia, el formulario adjunto a la nota de 27 de marzo de 1991, mediante el cual el demandante había presentado una solicitud de autorización previa y respecto al cual la administración había dado su conformidad.
- 20 Mediante decisión de 2 de julio de 1993, el Presidente declaró cerrada la fase oral.

Pretensiones de las partes

- 21 En el asunto T-6/92, el demandante solicita al Tribunal de Primera Instancia que:

Con carácter principal

— Adopte determinadas medidas de ordenación del procedimiento (pidiendo a la Comisión que precise la nueva reglamentación sobre establecimiento de límites máximos y que explique los motivos y las modalidades de aplicación de la misma).

— Acuerde la admisión de la demanda y la declare fundada y, en consecuencia,

- 1) anule, tal como ha sido comunicada en la nota de 27 de marzo de 1991, la decisión por la que se reducen de manera drástica los reembolsos de los gastos de asistencia sanitaria efectuados por la esposa del demandante;
- 2) condene en costas a la Comisión, con arreglo al apartado 2 del artículo 87 del Reglamento de Procedimiento.

Con carácter subsidiario

En el caso de que declare infundada la demanda, que condene, no obstante, en costas a la Comisión, con arreglo al apartado 3 del artículo 87 del Reglamento de Procedimiento.

Con carácter subsidiario, en segundo grado

En caso de desestimación del recurso, que se aplique el artículo 88 del Reglamento de Procedimiento.

La Comisión solicita al Tribunal de Primera Instancia que:

- Acuerde la inadmisión del recurso.
- Con carácter subsidiario, lo declare infundado.
- Condene en costas al demandante.

22 En el asunto T-52/92, el demandante solicita al Tribunal de Primera Instancia:

Con carácter principal

- Que tome las mismas medidas de ordenación del procedimiento ya solicitadas en el asunto T-6/92.
- Acuerde la admisión de la demanda y la declare fundada y, en consecuencia,
 - 1) declare inválida la disposición del párrafo tercero del apartado 1 de la parte IV del Anexo I, relativa a los gastos de asistencia sanitaria a los que se refieren las letras c) y d) del apartado 2 de la parte X y, en consecuencia, anule la decisión por la que se reducen de manera drástica los reembolsos de los gastos de asistencia sanitaria contraídos por la esposa del demandante, tal como fue comunicada en la nota de 27 de marzo de 1991 y ejecutada en la decisión de 5 de julio de 1991, mediante la cual se practicó una deducción de 6.300 BFR;
 - 2) condene en costas a la Comisión, con arreglo al apartado 2 del artículo 87 del Reglamento de Procedimiento.

Con carácter subsidiario

En el caso de que el Tribunal de Primera Instancia declare infundada la demanda, condene, no obstante, en costas a la Comisión, con arreglo al apartado 3 del artículo 87 del Reglamento de Procedimiento.

Con carácter subsidiario, en segundo grado

En caso de desestimación del recurso, se aplique el artículo 88 del Reglamento de Procedimiento.

La Comisión solicita al Tribunal de Primera Instancia que:

- Acuerde la inadmisión del recurso.
- Con carácter subsidiario, lo declare infundado.
- Condene en costas al demandante.

Sobre la admisibilidad del recurso en el asunto T-6/92

Alegaciones de las partes

- 23 La Comisión, sin proponer una excepción formal de inadmisibilidad, a efectos del artículo 114 del Reglamento de Procedimiento, se opone a la admisibilidad del recurso en dos aspectos: la observancia de los plazos y la existencia de un acto lesivo.
- 24 Respecto a la observancia de los plazos, afirma que el recurso interpuesto el 31 de enero de 1992 contra la nota de 27 de marzo de 1991 no se interpuso en el plazo de tres meses establecido en el apartado 3 del artículo 91 del Estatuto, dado que dicho plazo empezó a contar el 4 de agosto de 1991, fecha de la denegación presunta de la reclamación del demandante. En efecto, la nota del Sr. Richardson de 15 de octubre de 1991 no puede calificarse como decisión denegatoria expresa de la reclamación del demandante, por cuanto no hace sino repetir el parecer de la Comisión según el cual la nota anterior del 27 de marzo de 1991 se limita a facilitar información y no implica ninguna decisión. Por lo que se refiere al escrito de 12 de junio de 1991, «presentado [...] para completar la reclamación» inicial del demandante, la Comisión considera que dicho complemento no puede tener un significado autónomo para el cálculo de los plazos.
- 25 En cuanto a la naturaleza jurídica de la nota de 27 de marzo de 1991, la Comisión alega que no se trata de un acto lesivo, ya que el perjuicio que haya podido sufrir el demandante se deriva directamente de la modificación de la normativa aplicable,

la cual es un acto administrativo de alcance general. Está muy claro que la autorización previa concedida por dicha nota no resulta lesiva para el demandante que, además no considera en su escrito de interposición de recurso que existe un acto lesivo más que en la parte de la nota que le informa de las consecuencias jurídicas que implica la nueva normativa.

26 La Comisión se remite, en este sentido, a la jurisprudencia del Tribunal de Justicia (véanse las sentencias de 17 de julio de 1959, Phoenix-Rheinrohr/Alta Autoridad, 20/58; Mannesmann y otros/Alta Autoridad, 23/58, y Snupat/Alta Autoridad, asuntos acumulados 32/58 y 33/58, Rec. pp. 163 y ss., especialmente pp. 253 y 275, respectivamente, así como las sentencias de 28 de mayo de 1970, Richez-Parise y otros/Comisión, asuntos acumulados 19/69, 20/69, 25/69 y 30/69, Rec. p. 325, apartado 3, y de 9 de julio de 1970, Fiehn/Comisión, 23/69, Rec. p. 547, apartado 3), recuerda que las comunicaciones que interpretan actos en vigor no pueden ser objeto de recurso, lo cual sería válido, con mayor motivo, para aquellas comunicaciones, como la nota objeto de controversia en el presente caso, en las que la autoridad se limita a mencionar una normativa modificada.

27 La Comisión señala que en realidad el demandante pretende únicamente invocar la presunta ilegalidad de las disposiciones modificadas de la Reglamentación de cobertura. Dado que ésta no es una decisión de la que sea destinatario y que tampoco puede ser considerada una decisión que le afecte directa e individualmente, a efectos del párrafo segundo del artículo 173 del Tratado CEE, el recurso de anulación que interpusiera contra ella habría de ser declarado, en todo caso, inadmisibles, según resulta de reiterada jurisprudencia del Tribunal de Justicia a partir de su sentencia de 15 de julio de 1963, Plaumann/Comisión (25/62, Rec. pp. 197 y ss., especialmente pp. 223 y 224).

28 El demandante responde, en relación con los plazos, que todo parece indicar que la nota del Sr. Richardson de 15 de octubre de 1991 constituye efectivamente una decisión denegatoria expresa de su reclamación: por una parte, su reclamación fue sometida, con arreglo al artículo 16 de la Reglamentación de cobertura, al Comité de gestión para que emitiera su dictamen y éste fue emitido; el procedimiento elegido fue, pues, el previsto para la adopción de una decisión sobre una reclamación; por otra parte, el tenor literal de la nota de 15 de octubre de 1991 y la calidad administrativa y jerárquica de quien la firmó prueban, con toda claridad, que se trata de una decisión denegatoria expresa, la cual, de acuerdo con la última frase del segundo guión del apartado 3 del artículo 91 del Estatuto, hace que el plazo para la interposición del recurso comience a computarse de nuevo.

- 29 Por lo que se refiere a la reclamación «complementaria» de 12 de junio de 1991, el demandante confirma que fue formulada para completar la primera en el plazo previsto a tal efecto por el artículo 90 del Estatuto. Dado que, en opinión del demandante, el recurso dirigido contra la denegación, mediante la nota de 15 de octubre de 1991, de su reclamación completada de tal forma fue presentado dentro de plazo, no es necesario extenderse más sobre este punto.
- 30 En relación con la cuestión de si la nota de 27 de marzo de 1991 implica una decisión que puede ser objeto de recurso, el demandante estima que la jurisprudencia citada por la Comisión no es relevante. La nota impugnada contiene un acto lesivo, dado que procede del responsable de la oficina liquidadora el cual, de acuerdo con el artículo 20 de la Reglamentación de cobertura, es el encargado de recibir y liquidar las solicitudes de reembolso de gastos y de ejecutar los pagos correspondientes a las mismas, así como de tramitar las solicitudes de autorización previa. Además, fue dirigida al demandante y se refería específicamente al reembolso de los gastos de asistencia sanitaria de su esposa, citada por su propio nombre. Por último, se informó al demandante de las modificaciones producidas en la Reglamentación de cobertura que tienen una influencia directa sobre el reembolso de dicho tipo de gastos ya desde el primer período de 90 días, con el fin de «permitirle adoptar las disposiciones necesarias para el futuro».
- 31 El demandante considera que la jurisprudencia existente confirma el carácter de acto lesivo de la nota impugnada. Se remite, al respecto, a la sentencia del Tribunal de Justicia de 1 de febrero de 1979, *Deshormes/Comisión* (17/78, Rec. p. 189), y a las conclusiones del Abogado General Sr. Capotorti en el asunto *Curtis/Comisión y Parlamento* (sentencia del Tribunal de Justicia de 14 de junio de 1981, 167/80, Rec. pp. 1499 y ss., especialmente pp. 1512, 1534 y 1535). El demandante deduce de ello que, si se aplican dichos principios al presente caso, hay que decir que la nota de 27 de marzo de 1991 le informaba, efectivamente, de la forma en que se le aplicaría la nueva Reglamentación de cobertura por lo que se refiere a la aplicación, sin perjuicio de la autorización previa, de la parte X del Anexo I. Señala que la existencia de un perjuicio en potencia para él se ve confirmada por la precisión, que figura en la nota, según la cual la información que se le proporciona tiene por objeto permitirle tomar las disposiciones necesarias para el futuro.

- 32 El demandante precisó en la vista, respecto al problema de la existencia de un acto lesivo, que la nota de 27 de marzo de 1991, a pesar de tener la forma de una comunicación general era, de hecho, un acto que le afecta individualmente. En efecto, en la medida en que limita a 90 días la autorización previa concedida, dicha nota constituye una primera medida de ejecución de la nueva reglamentación, la cual había introducido, en la letra c) del apartado 2 de la parte X de su Anexo I, una limitación cuya aplicación al demandante implica un empeoramiento de su situación. Al no haber existido dicha limitación en el sistema precedente, el hecho de que la autorización previa sólo se haya concedido al demandante para 90 días, le perjudica.
- 33 El demandante ha añadido, en la vista, que sus dos recursos deben considerarse como un conjunto y que lo que impugna, en cuanto tal, es el propio sistema de la nueva Reglamentación, considerado desde el punto de vista de su coherencia cronológica. En efecto, la nota de 27 de marzo de 1991, por cuanto pedía al demandante que «adoptara las disposiciones necesarias para el futuro», no se refería solamente al primer período de 90 días, sino al conjunto del período durante el cual estuviera convaliente la esposa del demandante, cuyo estado de salud existían pocas posibilidades de que mejorase tan pronto. Remitiéndose en este sentido al detalle de cuenta de 20 de mayo de 1992, que obra en los autos como Anexo 2 de la réplica en el asunto T-52/92, alega que éste constituye una medida de aplicación de la letra d) del apartado 2 de la parte X del Anexo I, relativo al período posterior a los primeros 90 días, cuya legalidad debe examinarse también en el marco del presente litigio. En efecto, no se le puede exigir que impugne por separado todas las medidas de aplicación específicas de la Reglamentación —es decir, todos los detalles de cuenta referentes a reembolsos—, ya que tal exigencia va en contra de toda idea de economía procesal y no facilita ciertamente ni el trabajo de la Comisión ni el del Tribunal de Primera Instancia y el de los Abogados.
- 34 La Comisión, por su parte, repitió en la vista su opinión, según la cual la nota de 27 de marzo de 1991 era una mera carta informativa. Añadió que, en aquel momento, no podía proporcionar una información completa sobre la nueva Reglamentación de cobertura, al no estar ésta disponible aún. Tuvo la precaución, no obstante, de prevenir a la demandante del contenido de las nuevas disposiciones, con el fin de llamar su atención sobre las consecuencias que le afectaban directamente. Respeto a la autorización previa que se adjunta a la nota controvertida, la

Comisión señaló que la limitación a 90 días de la concesión de dicha autorización no había sido impugnada durante la fase escrita. Sólo en la vista mencionó la demandante por primera vez este punto.

Apreciación del Tribunal de Primera Instancia

- 35 Debe recordarse que ningún recurso de anulación interpuesto por un funcionario contra la Institución comunitaria a la que pertenezca será admisible, a tenor del apartado 1 del artículo 91 del Estatuto, más que si va dirigido contra un acto que le sea lesivo. Es jurisprudencia reiterada del Tribunal de Justicia y del Tribunal de Primera Instancia que sólo resultan lesivos los actos que puedan influir directamente en la situación jurídica de un funcionario, lo cual no sucede en el caso de las meras cartas informativas, que contienen únicamente datos administrativos (véanse, por ejemplo, la sentencia del Tribunal de Justicia de 10 de diciembre de 1969, Grasselli/Comisión, 32/68, Rec. p. 505, apartado 7; los autos del Tribunal de Primera Instancia de 4 de julio de 1991, Herremans/Comisión, T-47/90, Rec. p. II-467, apartados 21 y 22, y de 11 de mayo de 1992, Whitehead/Comisión, T-34/91, Rec. p. II-1723, apartado 22, así como la sentencia del Tribunal de Primera Instancia de 3 de abril de 1990, Pfloeschner/Comisión, T-135/89, Rec. p. II-153, apartado 14). Procede, por consiguiente, examinar las principales disposiciones de la nota impugnada de 27 de marzo de 1991, a efectos de determinar su naturaleza jurídica.
- 36 El párrafo primero de la nota impugnada remite a una autorización previa, que se adjunta como anexo, concedida por un período de 90 días y referente al reembolso de gastos de asistencia sanitaria en que incurriría la esposa del demandante. Procede señalar a este respecto, en primer lugar que, en la medida en que los gastos de asistencia sanitaria sólo pueden ser reembolsados, a tenor de la letra c) del apartado 2 de la parte X del Anexo I, previa autorización, la concesión de esta última constituye una medida favorable para el interesado que, en cuanto tal, no puede ser objeto de recurso.
- 37 No obstante, el demandante afirmó en la vista que la autorización previa citada en la nota impugnada constituía, respecto a él, el primer acto de ejecución individual de la nueva Reglamentación de cobertura y que dicho acto resultaba lesivo para él, dada la limitación a 90 días que implicaba, mientras que, al amparo de la reglamen-

tación anterior, la misma autorización le había sido concedida por un período más largo, que ascendía a seis meses. Hay que señalar a este respecto que, si bien la referida autorización pudo constituir, para el demandante, la primera medida de aplicación concreta de la nueva reglamentación, no obstante, dicha medida no determinaba aún el porcentaje de reembolso efectivo de los gastos de asistencia sanitaria en que pudiera incurrir. En efecto, dicho porcentaje no se conocía aún en el momento de la concesión de la autorización previa, sino que dependía de factores ajenos a la administración. Por ello, la autorización previa de que se trata reúne más bien las características de un acto preparatorio previo al reembolso posterior de gastos de asistencia sanitaria aún no contraídos.

38 Sin embargo, no parece necesario resolver esta cuestión. Aun cuando la mencionada autorización deba considerarse un acto lesivo, hay que señalar que las pretensiones del escrito de interposición de recurso no van dirigidas en modo alguno contra ella y que no constituye, por tanto, el objeto del litigio, a efectos de la letra c) del apartado 1 del artículo 44 del Reglamento de Procedimiento. En efecto, el demandante no la menciona en la página 6 de su escrito de interposición de recurso en el asunto T-6/92 como parte del objeto del litigio, al igual que tampoco la ha adjuntado a dicho escrito como acto cuya anulación se solicita, como lo requiere el apartado 4 del artículo 44 del Reglamento de Procedimiento. Por último, la autorización de que se trata no fue impugnada en la reclamación formulada el 30 de marzo de 1991. De ello resulta que el hecho de que el demandante la haya impugnado por primera vez en la vista no puede haber tenido como consecuencia que se amplíe a ella el objeto de su recurso, al haberse producido dicha ampliación fuera de todo plazo de interposición de recurso, sin que se cumplan las formalidades previstas en la citada disposición del Reglamento de Procedimiento y sin haber ido precedida del procedimiento administrativo previo requerido por el Estatuto.

39 Por lo que respecta a los párrafos segundo, tercero y cuarto de la nota impugnada de 27 de marzo de 1991, del análisis de los mismos se desprende que se limitan a informar al demandante de la entrada en vigor de la nueva Reglamentación de cobertura y, en particular, de las disposiciones aplicables a su situación. Dicha información resultaba especialmente indicada en el caso del demandante, dado que, a comienzos de 1991, no se disponía aún de la versión neerlandesa de la nueva reglamentación. En efecto, la información proporcionada en los párrafos segundo y tercero de la nota impugnada equivalen a una comunicación, sin ningún comentario, del propio texto de las disposiciones aplicables de la nueva reglamentación. La única mención que va más allá de un resumen del contenido de dichas disposiciones consiste en la precisión en cifras del límite máximo, igual al sueldo base actual

de un funcionario de grado C 5, escalón 1, a que se refiere la letra d) del apartado 2 de la parte X del Anexo I. Dicha precisión, fundada en el cuadro de sueldos base mensuales establecido en el artículo 66 del Estatuto, era especialmente interesante para un funcionario jubilado. De ello resulta que los pasajes analizados contenían solamente información carente de todo carácter decisorio.

- 40 Esta apreciación jurídica se apoya en las citadas sentencias Grasselli/Comisión, apartados 1 y 5 a 7, y Pfloeschner/Comisión, apartado 14, en las que se ha declarado que las informaciones administrativas proporcionadas, a título indicativo, en forma de cuadro explicativo de los derechos del funcionario interesado, o de desglose provisional, no pueden calificarse de actos lesivos.
- 41 Por último, el último párrafo de la nota de 27 de marzo de 1991 no contiene tampoco ningún elemento decisorio lesivo para el demandante. En efecto, aunque dicho pasaje va dirigido directa e individualmente al demandante, la Comisión se limita a señalar en el mismo los motivos por los que ha proporcionado la citada información, a saber, con el fin de permitirle que adopte las disposiciones necesarias para el futuro. Lejos de afectar positiva o negativamente a la situación jurídica del demandante, dicha frase, leída en su contexto, más bien parece una fórmula de cortesía, superflua por otra parte para un funcionario prudente y precavido que, informado de la entrada en vigor de una nueva reglamentación aplicable a su situación personal, debe examinar, por iniciativa propia y en interés suyo, las posibilidades o la necesidad de adoptar determinadas medidas para el futuro.
- 42 Esta conclusión no puede quedar desvirtuada por la jurisprudencia citada al respecto por el demandante. En efecto, en el citado asunto Deshormes/Comisión la demandante se enfrentaba a una nota de la administración por la que se había denegado su solicitud de que se tomaran en consideración determinados períodos en el cálculo de sus derechos a pensión (punto I de los antecedentes de hecho, Rec. p. 191). Dicha nota constituía, pues, un acto administrativo de carácter decisorio (apartado 10 de la sentencia), aspecto en el que se distingue fundamentalmente de la nota impugnada en el presente caso.

- 43 En la medida en que el demandante alega también que lo que impugna a través de sus dos recursos, que deben ser considerados, a su juicio, como un todo, es el sistema de la nueva Reglamentación de cobertura en cuanto tal, baste señalar que en el sistema de recursos previsto en el artículo 179 del Tratado CEE y en los artículos 90 y 91 del Estatuto, un acto de alcance general, como la Reglamentación de cobertura adoptada por las Instituciones comunitarias a tenor del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, no puede ser objeto de un recurso de anulación.
- 44 Resulta de cuanto antecede que procede declarar la inadmisibilidad del recurso en el asunto T-6/92, sin que sea necesario examinar la cuestión de si dicho recurso se interpuso dentro del plazo previsto en el apartado 3 del artículo 91 del Estatuto.

Sobre la admisibilidad del recurso en el asunto T-52/92

Alegaciones de las partes

- 45 La Comisión, sin proponer una excepción formal de inadmisibilidad a efectos del artículo 114 del Reglamento de Procedimiento, considera que debe declararse la inadmisibilidad del recurso por inobservancia de los plazos. En efecto, al haber recibido el demandante el 16 de marzo de 1992 la decisión por la que se deniega expresamente su reclamación, su recurso, presentado el 13 de julio de 1992, fue interpuesto más de tres meses después de la notificación de dicha decisión (apartado 3 del artículo 90 del Estatuto). El demandante, si bien afirma que el plazo normal de tres meses, por residir habitualmente en Canadá, debe prorrogarse un mes por razón de la distancia, conforme a lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 102 del Reglamento de Procedimiento del Tribunal de Primera Instancia, en relación con el último guión del artículo 1 del Anexo II del Reglamento de Procedimiento del Tribunal de Justicia, no demuestra, sin embargo, que (sigue) residiendo en Canadá.
- 46 Como el demandante no niega haber recibido en Dworp, su lugar de residencia en Bélgica, la decisión de 12 de marzo de 1992, por la que se desestima su reclamación, no puede, a juicio de la Comisión, pretender obtener una prórroga del plazo por razón de la distancia. Esta solución es aún más adecuada si se tiene en cuenta que el propio demandante dirigió aún al Presidente de la Comisión una reclamación sobre esta misma materia el 30 de septiembre de 1991 desde Dworp/Beersel.

La Comisión tenía pues derecho a considerar que el demandante estaba de acuerdo en recibir las decisiones que le afectan en su dirección de Bélgica. Por consiguiente, podía legítimamente esperar que el demandante no interpusiera ningún recurso de anulación después del 16 de junio de 1992. Al ser de orden público el plazo para la interposición de un recurso, la Comisión estima que no puede hacer abstracción de ello en el presente caso.

47 El demandante replica que ha establecido su residencia en Canadá. Así se desprende de su pasaporte neerlandés y de su permiso de conducir canadiense, de los que obra una copia en autos (Anexo 1 de la réplica), subrayando que dichos documentos acompañaban ya al escrito de interposición del recurso en el asunto T-6/92. Ahora bien, la Comisión no niega, en el marco de este primer asunto, el hecho de que resida fuera de Europa.

48 En respuesta a una pregunta formulada por el Tribunal de Primera Instancia después del cierre de la fase escrita, la Comisión declaró que no estaba en condiciones de aportar, en apoyo de su alegación según la cual el demandante tiene su residencia habitual en Bélgica, elementos de hecho o de Derecho suplementarios con respecto a los hechos expuestos en sus escritos y que se sometía, a este respecto, al buen criterio del Tribunal.

Apreciación del Tribunal de Primera Instancia

49 Hay que recordar, en primer lugar, que el recurso se interpuso el 13 de julio de 1992, es decir, más de tres meses después de la recepción, que se produjo el 16 de marzo de 1992, de la decisión por la que se desestima la reclamación del demandante. Por consiguiente, sólo puede declararse su admisibilidad si el plazo de interposición del recurso se hubiera prorrogado un mes —con arreglo a lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 102 del Reglamento de Procedimiento del Tribunal de Primera Instancia, en relación con el último guión del artículo 1 de la Decisión sobre ampliación de los plazos por razón de la distancia, que constituye el Anexo II del Reglamento de Procedimiento del Tribunal de Justicia— debido a que el demandante tenía su residencia habitual, como pretende éste, en Canadá.

50 Por considerar que una decisión sobre el lugar de la residencia o residencias habituales del demandante en Canadá y/o Bélgica requeriría comprobaciones

fácticas difíciles, cuando únicamente debería resolverse la cuestión de su admisibilidad en el supuesto de que el recurso resultara fundado, el Tribunal de Primera Instancia considera oportuno examinar en primer lugar el fondo del asunto T-52/92.

Sobre el fondo del recurso en el asunto T-52/92

En cuanto al objeto del recurso

51 Habida cuenta de la formulación en términos bastante amplios de las pretensiones en el escrito de interposición del recurso, procede determinar en primer lugar el objeto del recurso. Ahora bien, al ser este último un recurso de anulación de un acto lesivo, el Tribunal de Primera Instancia sólo puede examinar las pretensiones formuladas con carácter principal, que tienen por objeto la anulación del desglose de 5 de julio de 1991, en la medida en que resulta de éste una deducción de 6.300 BFR. El Tribunal de Primera Instancia señala a este respecto que, como han reconocido las partes en la vista, dicha deducción sólo se refiere al primer período de 90 días a efectos de la nueva Reglamentación de cobertura. Por consiguiente, se practicó únicamente conforme a la letra c) del apartado 2 de la parte X, y no a la letra d) del Anexo I. Por otra parte, la relevancia de esta única letra c) ya se destacó en las páginas 3 y 4 de la decisión de 12 de marzo de 1992, por la que se desestima la reclamación del demandante.

52 Por tanto, el Tribunal de Primera Instancia no puede examinar, en el marco del asunto T-52/92, ni «la decisión que reduce de manera drástica los reembolsos de los gastos de asistencia sanitaria de la esposa del demandante, tal como fue comunicada en la nota de 27 de marzo de 1991 y ejecutada en la decisión de 5 de julio de 1991», ni la afirmación del demandante, según la cual, a tenor de la nueva Reglamentación de cobertura, el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria en que se ve obligado a incurrir «se reduce al 35,77 % durante los 90 primeros días y al 21,72 % después de dicho período» (p. 5 de la réplica). En efecto, si bien puede suceder que, llegado el caso, por obra de los límites máximos previstos, el reembolso de los gastos contraídos se reduzca efectivamente a un porcentaje tan bajo, dicho supuesto no es el del reembolso impugnado en el presente caso que, a pesar de la deducción controvertida de 6.300 BFR, asciende al 92 % de los gastos contraídos. En este sentido, el Tribunal de Primera Instancia recuerda que ya declaró en sus sentencias de 12 de julio de 1991, Pincherle/Comisión (T-110/89, Rec. p. II-635), apartados 30 y 33, y de 25 de febrero de 1992, Barassi/Comisión (T-41/90, Rec. p. II-159), apartado 38, que el órgano jurisdiccional comunitario sólo es competente para controlar la legalidad de un acto lesivo para el funcionario demandante y, ante la inexistencia de una medida especial de aplicación, no puede pro-

nunciarse de forma abstracta sobre la legalidad de una norma de carácter general. De lo anterior se desprende que el demandante no está legitimado para impugnar la Reglamentación de cobertura, en la medida en que ésta no se refiere a la decisión individual impugnada.

- 53 Procede añadir que el Tribunal de Primera Instancia no puede tampoco apreciar la legalidad del desglose de 20 de mayo de 1992, que se adjunta como Anexo 2 a la réplica. De éste se desprende que —con arreglo al párrafo tercero del apartado 1 de la parte IV, a la letra d) del apartado 2 de la parte X, y al párrafo segundo del apartado 3 de la parte XV, todo ellos del Anexo I, y al apartado 2 del artículo 8 de la nueva Reglamentación de cobertura, así como a la disposición de interpretación relativa al párrafo segundo del apartado 3 de la parte XV del referido Anexo I— se presentó una segunda solicitud de reembolso de gastos de asistencia sanitaria que ascendía a 132.928 BFR y que el reembolso correspondiente a la misma se limitó a un importe de 41.881 BFR. Ahora bien, dicho desglose no fue impugnado mediante el escrito de interposición del recurso. Las disposiciones en función de las cuales se hizo no son las mismas que aquellas en que se apoya el desglose de 5 de julio de 1991, que fue objeto de un procedimiento administrativo previo y al cual se refiere expresamente la demanda.

En cuanto a los motivos planteados por el demandante

- 54 En apoyo de su recurso, el demandante invoca cinco motivos, basados en una infracción del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, una conculcación de los derechos por él adquiridos, una infracción del deber general de asistencia y protección, una violación del principio de no discriminación y una violación del principio de proporcionalidad, respectivamente. En un sexto motivo, plantea, además, una excepción de ilegalidad que tiene por objeto que el Tribunal de Primera Instancia declare que las disposiciones del párrafo tercero del apartado 1 de la parte IV y de las letras c) y d) del apartado 2 de la parte X, ambos del Anexo I, son inválidas por las razones expuestas en los cinco primeros motivos y que dichas disposiciones no pueden, por consiguiente, servir de base jurídica a la decisión impugnada.
- 55 En este sentido, la Comisión considera que la Reglamentación de cobertura no es ni una decisión cuyo destinatario era el demandante ni un acto que le afecta directa e individualmente, a efectos del párrafo segundo del artículo 173 del Tratado. El demandante no puede tampoco invocar una excepción de ilegalidad, al amparo del artículo 184 del Tratado, contra dicha Reglamentación. Tal excepción sólo puede

invocarse de forma incidental, y no de forma autónoma. Es más, está claro que la argumentación del demandante relativa a la ilegalidad de la Reglamentación de cobertura no se sitúa en el contexto de una excepción de ilegalidad, sino más bien en el de una crítica a la citada sentencia del Tribunal de Primera Instancia en el asunto Barassi/Comisión.

- 56 Por lo que se refiere a la admisibilidad de la excepción de ilegalidad planteada por el demandante contra la Reglamentación de cobertura, al amparo del artículo 184 del Tratado, procede recordar que es jurisprudencia reiterada del Tribunal de Justicia (sentencia de 6 de marzo de 1979, *Simmenthal/Comisión*, 92/78, Rec. p. 777, apartados 39 a 41) que la excepción de ilegalidad constituye la expresión de un principio general que garantiza a cualquiera de las partes, para obtener la anulación de una decisión que le afecte directa e individualmente, el derecho de impugnar la validez de los actos institucionales anteriores que constituyan la base jurídica de la decisión recurrida. Por consiguiente, dicha excepción no puede limitarse a los actos que revistan la forma de Reglamentos únicos a los que se refiere el artículo 184 del Tratado, sino que debe ser interpretada ampliamente, en el sentido de que incluye a todos los actos de carácter general. Ahora bien, la Reglamentación de cobertura que, adoptada con arreglo al apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, regula fundamentalmente el reembolso de los diferentes gastos de enfermedad contraídos por los afiliados al Régimen común, fue adoptada en 1974, en su versión inicial, por las Instituciones de las Comunidades Europeas de común acuerdo, constatado el 31 de octubre de 1974 por el Presidente del Tribunal de Justicia; ha sido modificada en varias ocasiones, la última de las cuales se remonta a 1991 y el común acuerdo de las Instituciones fue constatado por el Presidente del Tribunal de Justicia el 28 de noviembre de 1991. Dicha Reglamentación tiene un carácter general, dado que se aplica a situaciones determinadas objetivamente y produce efectos jurídicos respecto de categorías de personas previstas de forma general y abstracta (sentencias del Tribunal de Justicia de 18 de marzo de 1975, *Acton y otros/Comisión*, asuntos acumulados 44/74, 46/74 y 49/74, Rec. p. 383, apartado 7, y de 14 de febrero de 1989, *Lefebvre Frère y Soeur/Comisión*, 206/87, Rec. p. 275, apartado 13). Por consiguiente, aunque no revista la forma de un Reglamento, dicha Reglamentación puede ser objeto de una excepción de ilegalidad. El propio Tribunal de Justicia la ha calificado, además, como «disposición de ejecución del Estatuto» y ha examinado su compatibilidad con las disposiciones aplicables del Estatuto, en particular por lo que respecta a la cuestión de si determinadas normas en ella recogidas no van más allá de los límites establecidos por el Consejo en el artículo 72 del Estatuto (sentencias de 20 de noviembre de 1980, *Gerin/Comisión*, 806/79, Rec. p. 3515, apartado 15, y de 8 de marzo de 1988, *Brunotti/Comisión*, 339/85, Rec. p. 1379, apartado 13).

57 No obstante, al no haber limitado el demandante su excepción de ilegalidad a la letra c) del apartado 2 de la parte X del Anexo I, único que constituye la base del desglose controvertido, sino que la ha ampliado a la letra d) del apartado 2, procede recordar que el alcance de una excepción de ilegalidad debe limitarse a lo que sea indispensable para la solución del litigio. En efecto, el Tribunal de Justicia ha declarado que el artículo 184 del Tratado no tiene por objeto permitir que una parte impugne la aplicabilidad de cualquier acto de carácter general a favor de cualquier tipo de recurso. El Tribunal de Justicia señaló que el acto general cuya ilegalidad se plantea debe ser aplicable, directa o indirectamente, al caso objeto de recurso y que debe existir un vínculo jurídico directo entre la decisión individual impugnada y el acto general de que se trate (sentencias de 31 de marzo de 1965, *Macchiorlati Dalmas e figli/Alta Autoridad*, 21/64, Rec. pp. 227 y ss., especialmente p. 245, y de 13 de julio de 1966, *Italia/Consejo y Comisión*, 32/65, Rec. pp. 563 y ss., especialmente, p. 594). Ahora bien, en el presente caso, al basarse el desglose impugnado únicamente en la letra c) del apartado 2 de la disposición controvertida, la excepción de ilegalidad, en la medida en que se refiere a la letra d) del apartado 2, se amplía a una disposición irrelevante para la solución del litigio y que no tiene ningún vínculo jurídico con este último. Procede pues, en tal medida, declarar su inadmisibilidad.

58 Debe examinarse, por consiguiente, en relación con los cinco primeros motivos planteados por el demandante, únicamente la legalidad del desglose de 5 de julio de 1991 y, en la medida en que ha quedado acreditado que dicho desglose se elaboró con arreglo únicamente a las disposiciones de la letra c) del apartado 2 de la parte X del Anexo I, la legalidad de dichas disposiciones.

Sobre el primer motivo, basado en una infracción del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto

Alegaciones de las partes

59 El demandante afirma que, a tenor de dicha disposición, tiene derecho a que se le reembolse el 100 % de los gastos en que efectivamente haya debido incurrir. Ahora bien, en su caso, el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria sólo asciende, de acuerdo con la nueva Reglamentación de cobertura, a un porcentaje mucho más bajo (35,77 % para los 90 primeros días y 21,72 % después de dicho período, respectivamente). Se ha producido una conculcación manifiesta del derecho, reconocido por el Estatuto, a un reembolso del 100 % en caso de enfermedad grave.

- 60 En la medida en que la Comisión insiste, en su decisión por la que se desestima la reclamación del demandante, en el hecho de que el reembolso percibido por este último el 7 de julio de 1991 ascendía al 92 % de los gastos efectivamente contraídos, el demandante considera que dicha alegación es irrelevante. En efecto, por una parte, un reembolso del 92 % sigue siendo insuficiente con respecto al porcentaje del 100 % establecido en el Estatuto y, por otra parte, la cuestión jurídica de principio planteada en el presente caso no puede resultar influenciada por la circunstancia de que, gracias a los esfuerzos realizados por el demandante para reducir los gastos que debían reembolsarse, éstos fueron asumidos, en un caso aislado, en un porcentaje cercano al 100 %.
- 61 Además, una asunción de gastos al 100 % implica claramente, en relación con la Reglamentación general, un elemento de intervención suplementario, justificado por la gravedad de la enfermedad. En el régimen anterior, dicho elemento hubiera consistido en que el límite máximo previsto en caso de asunción al 100 % estaba fijado en el doble del aplicable en caso de una asunción al 80 %. Por el contrario, según la nueva regla recogida en la parte IV del Anexo I, el límite máximo previsto para los reembolsos al 80 % se aplicaría también a los reembolsos al 100 %. No existe ya, por tanto, ninguna diferencia entre los dos límites máximos. El hecho de que la nueva Reglamentación de cobertura prevea además una disminución de dicho límite de hasta el 10 % del sueldo base o de la pensión del afiliado, refuerza aún más la contrariedad con el principio de reembolso al 100 %.
- 62 El demandante añade que el texto francés del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto se refiere a un reembolso «dans la limite de 80 %», mientras que el texto neerlandés prevé un reembolso de «hasta el 80 % como máximo». Dicho término «límite» significa que el reembolso está limitado al 80 % de los gastos contraídos. Además, resulta de una comparación del texto neerlandés de las disposiciones de interpretación de la Reglamentación de cobertura relativas a la parte XV del Anexo I con las demás versiones lingüísticas que, para la aplicación del apartado 2 del artículo 8 de la citada Reglamentación, el «límite máximo» debe efectivamente convertirse en función de la base 100 (Anexo C 11 del escrito de interposición del recurso T-52/92), lo cual confirma que, con mayor motivo, hay que efectuar una conversión en función de la base 100 en el caso de un reembolso fijado formalmente en el 100 %.
- 63 Como respuesta a la alegación fundada por la Comisión en las citadas sentencias Pincherle/Comisión y Barassi/Comisión, en las que el Tribunal de Primera Instancia estableció como principio que los porcentajes de reembolso previstos en el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto constituyen porcentajes máximos y reco-

noció, en el asunto Barassi/Comisión, la legalidad de un reembolso que ascendía tan sólo al 31 % de los gastos contraídos, el demandante afirma que existe una violación manifiesta del principio de cobertura social subyacente en el artículo 72 del Estatuto cuando, en el marco de un reembolso fijado en principio al 100 %, el reembolso efectivo se reduce, como ocurre en el presente caso, a un porcentaje del 35 % durante los 90 primeros días y del 21 % una vez finalizado dicho período. El argumento basado por el Tribunal de Primera Instancia, en el asunto Barassi/Comisión, en el apartado 3 del artículo 72 del Estatuto, que prevé un reembolso especial en el caso de que los gastos no reembolsados sean particularmente elevados es también incompatible, según el demandante, con una interpretación sistemática y teleológica de dicha disposición. Por una parte, ésta sólo es de aplicación a situaciones excepcionales, según se deduce del procedimiento específico previsto y de la facultad de apreciación reconocida a la AFPN a tal efecto: la afirmación del Tribunal de Primera Instancia, según la cual dicha disposición justifica medidas de ejecución que desembocan de forma estructural en un porcentaje de reembolso sumamente bajo conduce, por tanto, a un cambio total de la sistemática general del artículo 72 (véase la sentencia del Tribunal de Justicia de 5 de julio de 1984, Ooms/Comisión, 115/83, Rec. p. 2613, apartado 14). Por otra parte, el razonamiento seguido por el Tribunal de Primera Instancia no sería válido en el sistema específico de asunción al 100 % en caso de enfermedad grave: no puede admitirse, en efecto, que dicha asunción se limite a menos de una cuarta parte a través de disposiciones de ejecución, basándose en que, en tal caso y en las condiciones previstas en el apartado 3 del artículo 72 del Estatuto, la AFPN puede conceder, si así se solicitare, un reembolso especial.

64 Señala además el demandante que debe cuestionarse el razonamiento seguido por el Tribunal de Primera Instancia respecto al apartado 5 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura (apartado 38 de la citada sentencia Barassi/Comisión) y no puede, de todos modos, extrapolarse al presente caso. La afirmación según la cual, de acuerdo con dicha disposición, la aplicación del apartado 2 del artículo 8 de la Reglamentación de cobertura y, en consecuencia, del apartado 3 del artículo 72 del Estatuto, está necesariamente ligada a una solicitud, equivale a obligar al interesado a anticipar el pago de los gastos durante un largo período. En efecto, según la práctica administrativa seguida en la materia (Anexo 3 del escrito de réplica), el asegurado no puede presentar dicha solicitud hasta que haya transcurrido un período de referencia mínimo de doce meses, disponiendo, por otra parte, de un nuevo período de doce meses a tal efecto. Unos plazos tan largos, sobre todo en los casos de los asegurados de más edad, no son conformes con los principios generales de buena administración, máxime si la solicitud presentada de tal forma habría de someterse además a los plazos previstos en el artículo 90 del Estatuto, lo cual significa que su examen podría durar aún unos catorce meses en caso de denegación, habida cuenta del plazo de recurso.

- 65 El demandante afirma, asimismo, que, en su caso específico, la posibilidad de obtener reembolsos especiales está limitada, de acuerdo con la disposición de interpretación relativa a la parte XV del Anexo I, a los gastos que no superen el 50 % como máximo de los límites previstos en el Anexo I para el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria. Dicha limitación sería más chocante si se tiene en cuenta que acentuaría el trato discriminatorio dado a los gastos de asistencia sanitaria. El demandante se remite de nuevo a este respecto al desglose de 20 de mayo de 1992, que se adjunta como Anexo 2 al escrito de réplica, para subrayar que dicha disposición le ha sido efectivamente aplicada.
- 66 La Comisión responde que el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto dispone únicamente, de manera general, que los gastos de enfermedad serán reembolsados, hasta el límite de determinados porcentajes (80 %, 85 % o 100 %, según los casos) y con arreglo a una reglamentación establecida de común acuerdo por las Instituciones de las Comunidades. Nada impide, por consiguiente, que las Comunidades limiten a porcentajes inferiores las prestaciones del Seguro de Enfermedad. Además, dichos límites máximos no constituyen el único criterio, ya que el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto prevé expresamente la elaboración de normas específicas. En cuanto a la redacción del artículo 72 del Estatuto, la Comisión, que precisa que la versión francesa invocada por el demandante no goza de prioridad alguna, afirma que no entiende en qué medida la expresión «dans la limite de 80 %» (hasta el límite del 80 %) se aparta de su interpretación, según la cual dicho porcentaje constituye un porcentaje máximo.
- 67 La Comisión hace referencia a continuación a las citadas sentencias Pincherle/Comisión y Barassi/Comisión, en las que el Tribunal de Primera Instancia ha declarado que los porcentajes de reembolso, fijados por el artículo 72 del Estatuto en el 80 % o el 85 % de los gastos realizados, fijan el límite máximo reembolsable; que a falta de límite máximo de reembolso establecido por el Estatuto, las Instituciones están facultadas para fijar límites máximos adecuados, respetando el principio de cobertura social inspirado por el artículo 72 del Estatuto, y que los límites máximos de aplicación en el presente caso no eran ni ilegales ni injustos. A juicio de la Comisión, el mismo razonamiento es de aplicación al régimen de asunción al 100 %.
- 68 La Comisión añade, con carácter subsidiario, que la Reglamentación de cobertura tiene la misma fuerza jurídica que el propio Estatuto. Es aplicable, por consiguiente la regla general que establece que una disposición posterior puede modificar una disposición anterior (*lex posterior derogat lege priori*).

69 Respecto a este último motivo de contestación, invocado con carácter subsidiario por la Comisión, el demandante responde —remitiéndose a los artículos 212 del Tratado y 24 del Tratado constitutivo de un Consejo único y una Comisión única de las Comunidades Europeas, por una parte, y al artículo 72 del Estatuto, por otra parte, así como a las exigencias de publicidad establecidas por los Reglamentos del Consejo— que la afirmación de la Comisión según la cual la Reglamentación de cobertura tiene la misma fuerza jurídica que el Estatuto es errónea.

70 En la vista, el demandante indicó que podría aceptar una interpretación del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, según la cual el reembolso de los gastos de enfermedad debe efectuarse «en torno a» un porcentaje del 80 %, 85 % o 100 %, según los casos.

Apreciación del Tribunal de Primera Instancia

71 Procede señalar en primer lugar que el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto establece que su contenido puede ser completado de acuerdo con la «regulación que, de común acuerdo, establezcan las Instituciones de las Comunidades». El Consejo, en su condición de autor del Estatuto, ha partido, pues, de la idea de que el Reglamento por él mismo adoptado —el Estatuto— no contiene todas las normas aplicables en el ámbito de la Seguridad Social de los funcionarios. Ha abierto —junto a la posibilidad de una modificación formal del Estatuto mediante un Reglamento— una segunda vía distinta para legislar en la materia, cuya responsabilidad ha confiado a las Instituciones, que actúan de común acuerdo. Las Instituciones, incluido el propio Consejo, están, pues, facultadas, con arreglo al apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, para adoptar disposiciones al margen del propio Estatuto.

72 Dicha habilitación es conforme con los principios del Tratado. En efecto, no se trata de una transferencia de competencia legislativa propiamente dicha a las demás Instituciones, dado que la adopción de la Reglamentación presupone el común acuerdo de las Instituciones y, por ende, también el del Consejo, que ha concedido la habilitación. Este último preserva, de este modo, la facultad de bloquear la adopción de cualquier disposición que considere inadecuada.

- 73 Hay que recordar, asimismo, que el Tribunal de Justicia ha declarado, con carácter general, que al establecer que el funcionario y su cónyuge están cubiertos contra los riesgos de enfermedad hasta el límite de un determinado porcentaje de los gastos realizados y de acuerdo con una reglamentación común para todas las Instituciones, el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto deja a los autores de dicha Reglamentación la facultad de precisar el ámbito de aplicación de dicha cobertura, respetando las disposiciones del Estatuto y los objetivos que éste persigue (citada sentencia Brunotti/Comisión, apartado 10). El Tribunal de Justicia ha reconocido, por tanto, que la Reglamentación de cobertura puede contener disposiciones suplementarias, siempre y cuando éstas no sobrepasen los límites establecidos por el artículo 72 del Estatuto, con lo que ha refutado el argumento según el cual el Consejo no puede delegar su facultad de regular dicha materia (apartados 12 y 14 de la citada sentencia).
- 74 Debe añadirse que dichas disposiciones suplementarias pueden incluir también, en principio, unos límites máximos de reembolso. Como declaró ya el Tribunal de Primera Instancia en el apartado 33 de su citada sentencia Barassi/Comisión, a falta de límites máximos de reembolso establecidos por el Estatuto, las Instituciones están facultadas para fijar, en las disposiciones de la Reglamentación común, tales límites. El Tribunal de Primera Instancia ha subrayado, no obstante, que las Instituciones no pueden, al adoptar disposiciones de ejecución del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto y, en particular, al fijar límites máximos de reembolso, sobrepasar los límites establecidos a su facultad por el principio de cobertura social, que constituye la base de dicha disposición del Estatuto.
- 75 Por lo que respecta al presente caso, referente al reembolso de gastos de asistencia sanitaria, procede señalar que el artículo 72 del Estatuto no contiene ninguna norma específica en dicho ámbito. Ahora bien, se trata de un sector particularmente complejo e importante. Por una parte, los gastos de asistencia sanitaria pueden alcanzar importes muy elevados y, por otra parte, las prestaciones necesarias, que dependen de la naturaleza de la enfermedad padecida, pueden tener un carácter muy variado. Por consiguiente, es evidente que la reglamentación común debe contener normas específicas a tal efecto.
- 76 El demandante estima que la Reglamentación de cobertura no puede fijar legítimamente un límite máximo de reembolso en caso de asunción al 100 %, caso previsto por el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto para las enfermedades de

especial gravedad. Esta afirmación del demandante desvirtúa el alcance del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto. En efecto, debe recordarse que el Tribunal de Primera Instancia, en sus citadas sentencias Pincherle/Comisión, apartado 25, y Barassi/Comisión, apartado 32, ya ha declarado que los porcentajes de reembolso del 80 % u 85 %, previstos en el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, deben ser interpretados, habida cuenta del tenor literal de dicha disposición, en el sentido de que constituyen el límite máximo reembolsable y no implican, por tanto, ninguna obligación de reembolsar a los asegurados o afiliados en dicha proporción en todos los casos. Hay que añadir que este razonamiento conserva toda su validez cuando es de aplicación el porcentaje del 100 % previsto por la misma disposición.

77 Esta conclusión viene impuesta por el propio sistema al que obedece el funcionamiento del Régimen común. En efecto, los recursos del Régimen común están limitados a las contribuciones de los afiliados y de las Instituciones, y su equilibrio financiero implica la necesaria correlación entre gastos y cotizaciones. Dado que en el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto no se establece ningún límite mínimo de reembolso, corresponde a las Instituciones comunitarias, actuando de común acuerdo, regular el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria, con los únicos límites, por una parte, de los recursos disponibles y, por otra parte, del mencionado principio de cobertura social. De ello se deduce que, en caso de gastos de asistencia sanitaria realizados por causa de una enfermedad grave, el reembolso puede ser inferior al porcentaje del 100 % previsto, como límite máximo, en el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto.

78 Respecto al desglose controvertido, de fecha 5 de julio de 1991, el Tribunal de Primera Instancia ya ha señalado anteriormente que el importe reembolsado corresponde al 92 % de los gastos de asistencia sanitaria realizados por el demandante, en aplicación únicamente del límite máximo establecido en la letra c) del apartado 2 de la parte X del Anexo I. El Tribunal de Primera Instancia considera que una diferencia entre el porcentaje efectivo de reembolso y el porcentaje máximo de reembolso previsto, que es tan sólo de ocho puntos, no puede considerarse una violación del principio de cobertura social. Dicha apreciación aparece corroborada por el hecho de que el propio demandante ha declarado que podría aceptar un reembolso que se situara «en torno» al 100 %. Las disposiciones de la nueva Reglamentación de cobertura sobre las que se ha basado el desglose controvertido no sobrepasan, por consiguiente, los límites establecidos en el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto y no es necesario, en el presente caso, fijar los porcentajes de reembolso concretos por debajo de los cuales, de manera general y para todos los reembolsos de gastos de asistencia sanitaria, debe considerarse que dichos límites ya no se respetan.

- 79 Por último, hay que recordar que los porcentajes de reembolso que el demandante teme que se le apliquen en el futuro en determinadas circunstancias, que cifra en el 35,77 % y el 21,72 %, no guardan ninguna relación con el desglose de 5 de julio de 1991, objeto del litigio. Las circunstancias del presente caso no permiten, pues, examinar dichos porcentajes. Lo mismo puede decirse de la alegación que el demandante pretende fundar en el carácter excepcional del reembolso especial previsto en el apartado 3 del artículo 72 del Estatuto y en las dificultades administrativas de la ejecución de dicha disposición. En efecto, al no haber solicitado el demandante disfrutar de dicho reembolso especial, dicha alegación carece de relevancia para la solución del presente litigio (véase la citada sentencia Pincherle/Comisión, apartado 30).
- 80 De las consideraciones precedentes resulta que no debe acogerse el motivo basado en la infracción del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto.

Sobre el segundo motivo, basado en la conculcación de los derechos adquiridos

Alegaciones de las partes

- 81 El demandante alega que un funcionario puede invocar un derecho adquirido si el hecho generador del mismo se produjo con arreglo a un régimen determinado, anterior a una modificación decidida por la autoridad comunitaria (sentencia del Tribunal de Justicia de 19 de marzo de 1975, Gillet/Comisión, 28/74, Rec. pp. 463 y ss., especialmente p. 473). En el presente caso, el hecho generador sería el acaecimiento de la enfermedad de su esposa y su reconocimiento como enfermedad grave, hechos que se produjeron con arreglo a la Reglamentación de cobertura precedente. Las modalidades de reembolso, tal como fueron fijadas con arreglo a dicha antigua reglamentación, no pueden ser modificadas, por tanto, en perjuicio del demandante que, en tales ocasiones, se vio obligado a tomar varias decisiones relativas a la forma de hacer frente material y económicamente a dicha enfermedad. Para poder determinar las consecuencias económicas de una enfermedad cuya duración era, por definición, imprevisible, el demandante sólo podía partir, evidentemente, de la situación jurídica que conocía, es decir, del principio de la asunción al 100 %, en el marco de las normas de ejecución que conocía en aquel momento, es decir, de una asunción de hasta el doble del importe máximo a la sazón en vigor. El derecho del demandante a un reembolso al 100 %, con arreglo a las normas así determinadas, nacería en dicho momento y constituiría, en consecuencia, un derecho adquirido. Este planteamiento se ve reforzado por el hecho de que el principio de la asunción al 100 % no ha resultado modificado pero, en la práctica, por el mero efecto de la nueva reglamentación, dicho principio ha perdido toda consistencia.

- 82 La Comisión responde que la jurisprudencia citada por el demandante no es aplicable en este caso, ya que el hecho generador del derecho controvertido es posterior a la entrada en vigor de la nueva reglamentación. En efecto, el demandante se acogió a la antigua reglamentación respecto a los gastos correspondientes a la enfermedad de su esposa efectuados antes del 1 de enero de 1991. En cambio, la nueva reglamentación sólo es de aplicación a los gastos efectuados después de esa misma fecha.
- 83 La Comisión se remite, a este respecto, a las sentencias del Tribunal de Justicia de 5 de mayo de 1981, Dürbeck (112/80, Rec. p. 1095), apartado 48, y de 11 de marzo de 1982, Grogan/Comisión (127/80, Rec. p. 869), apartado 15, cuya relevancia para los presentes asuntos niega, no obstante, el demandante. La Comisión considera, por último, que la tesis defendida por el demandante conduce a una situación absurda. Tiene como consecuencia que, en caso de enfermedad de larga duración, las modalidades de reembolso de los gastos de enfermedad deben considerarse derechos adquiridos desde el momento en que comenzó la enfermedad, con lo que resulta imposible una revisión de la base de reembolso después de un determinado tiempo, en particular en función de la duración de la enfermedad.

Apreciación del Tribunal de Primera Instancia

- 84 Baste señalar a este respecto que ni el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto ni la Reglamentación de cobertura establecen porcentajes de reembolso fijos, en materia de gastos de asistencia sanitaria, sino únicamente porcentajes máximos; el mero hecho de que, durante un determinado período, la aplicación que han hecho de dicho artículo las Instituciones comunitarias haya sido particularmente favorable para los interesados, no puede haber dado lugar al nacimiento de un derecho adquirido para los mismos. El demandante, que ha disfrutado de una ventaja consistente, durante un determinado período, en una aplicación favorable del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, el cual permite también, según su redacción, una aplicación menos favorable, no puede invocar, por consiguiente, un derecho adquirido al mantenimiento de dicha ventaja (sentencia del Tribunal de Justicia de 21 de mayo de 1987, Rau y otros, asuntos acumulados 133/85 a 136/85, Rec. p. 2289, apartado 18).
- 85 Por otra parte, el Tribunal de Justicia ha declarado, en sus sentencias de 16 de mayo de 1979, Tomadini (84/78, Rec. p. 1801), apartado 21, y Dürbeck, antes citada, apartado 48, con relación al principio del respecto de la confianza legítima, que no puede impedirse la aplicación de una normativa nueva a los efec-

tos futuros de situaciones nacidas al amparo de la normativa anterior y que así ocurre, en particular, en un ámbito cuyo objeto implica una constante adaptación en función de las variaciones de la situación económica. La aplicación al presente caso de la idea expresada por dicha jurisprudencia implica que los efectos futuros —en el caso de autos, los gastos que se efectuarán en el futuro— de una larga enfermedad contraída cuando estaba en vigor una normativa determinada se rijan, en su caso, a partir de cierto momento, por una normativa nueva que posiblemente sea menos favorable que la normativa anterior, observándose además que el ámbito del reembolso de los gastos de enfermedad es precisamente uno de aquellos cuyo objeto implica una constante adaptación de las normas aplicables en función de los recursos disponibles y de la necesidad de mantener un equilibrio económico.

- 86 Por consiguiente, no debe acogerse el motivo basado en una conculcación de los derechos adquiridos.

Sobre el tercer motivo, basado en una violación del deber general de asistencia y protección

Alegaciones de las partes

- 87 El demandante invoca el artículo 24 del Estatuto y la jurisprudencia del Tribunal de Justicia relativa al mismo, según la cual dicha disposición tiene como finalidad proporcionar al personal en activo y al jubilado una seguridad para el presente y el futuro (sentencia de 12 de junio de 1986, Sommerlatte/Comisión, 229/84, Rec. p. 1805). Dicha referencia a la seguridad para el futuro es particularmente relevante en el presente caso. En este sentido, es contrario al deber de asistencia y protección adoptar, sin la menor concertación colectiva o individual previa con los jubilados afectados, medidas que perjudiquen grave e unilateralmente a sus derechos.
- 88 Además, el demandante, que cita la sentencia del Tribunal de Justicia de 28 de mayo de 1980, Kuhner/Comisión (asuntos acumulados 33/79 y 75/79, Rec. p. 1677), recuerda que el deber de asistencia y protección refleja el equilibrio de los derechos y obligaciones recíprocas en las relaciones entre la autoridad pública y los agentes del servicio público. Dicho deber de asistencia y protección está vinculado a un principio fundamental de Derecho del trabajo, a saber, que una relación laboral de larga duración hace que nazcan obligaciones específicas de asistencia y protección (véanse las conclusiones del Abogado General Sr. Reischl en el asunto en el que racayó la sentencia del Tribunal de Justicia de 9 de diciembre de 1982,

Plug/Comisión, 191/81, Rec. pp. 4229 y ss., especialmente pp. 4250 y 4256). En el presente caso, se incumplió dicho deber de asistencia y protección, ya que, al adoptarse las medidas de ahorro controvertidas, no se tuvieron en cuenta los intereses de personas especialmente afectadas, es decir, de aquellas respecto a las cuales los gastos de asistencia sanitaria constituyen una partida de gastos importante (sobre todo los jubilados, pero también los titulares de una pensión de invalidez): durante la elaboración de dichas medidas, no se previó en ningún momento consultar con dichas categorías de personas, cuando las referidas medidas afectaban mucho más a los jubilados que a los funcionarios en activo.

89 La Comisión estima, por el contrario, que es jurisprudencia reiterada que el artículo 24 del Estatuto no tiene por objeto la defensa de los funcionarios, por parte de la Institución comunitaria, contra actos procedentes de ella misma; dicha defensa se rige por otras disposiciones del Estatuto (sentencia del Tribunal de Justicia de 17 de diciembre de 1981, Bellardi-Ricci y otros/Comisión, 178/80, Rec. p. 3187, apartado 23). El deber general de asistencia y protección no impide a la administración introducir determinadas medidas restrictivas en materia de Seguridad Social, máxime cuando la Comisión está vinculada a dicha obligación respecto al conjunto de su personal y debe, en tal sentido, garantizar el buen funcionamiento del sistema de protección social.

90 Por último, la Comisión afirma que, en la medida en que el demandante afirma que, al adoptarse las medidas de ahorro controvertidas se ha incumplido el deber de asistencia y protección, el presunto incumplimiento parte del supuesto de que la Comisión hubiera debido adoptar una normativa especial respecto a los jubilados. Ahora bien, tal premisa se funda en la idea de que los jubilados se encuentran en una situación especial que exige una normativa distinta. En ese sentido, se confunde con el cuarto motivo.

Apreciación del Tribunal de Primera Instancia

91 En la medida en que el demandante invoca, en dicho contexto, el artículo 24 del Estatuto, alegando que la nueva Reglamentación de cobertura sólo debió ser adoptada por las Instituciones comunitarias previa concertación con los representantes de los funcionarios jubilados, con razón ha recordado la Comisión que es jurisprudencia reiterada que dicho artículo no tiene por objeto la defensa de los funcionarios, por parte de las Instituciones comunitarias, contra actos procedentes de ellas mismas, cuyo control se rige por otras disposiciones del Estatuto (sentencia del

Tribunal de Justicia de 25 de marzo de 1982, Munk/Comisión, 98/81, Rec. p. 1155, apartado 21, y las citadas sentencias Plug/Comisión, apartado 21, y Bellardi-Ricci y otros/Comisión, apartado 23). No puede acogerse, por tanto, esta parte del tercer motivo.

- 92 En la medida en que el demandante invoca el incumplimiento del deber de asistencia y protección, basándose en que, al modificarse la Reglamentación de cobertura no se han tenido en cuenta los intereses de los funcionarios jubilados, respecto a los cuales los gastos de asistencia sanitaria constituyen una partida de gastos más importante que para los funcionarios en activo, procede recordar que el deber de asistencia y protección de la administración para con sus agentes refleja el equilibrio de los derechos y obligaciones recíprocos creados por el Estatuto en las relaciones entre la autoridad pública y los agentes del servicio público. Es cierto que dicho deber implica, en particular, que cuando se pronuncia con respecto a la situación de un funcionario, la autoridad tiene en cuenta el conjunto de elementos que pueden determinar su decisión y que, al hacerlo así, tiene en cuenta, no sólo el interés del servicio, sino también el interés del funcionario afectado (véase, como resumen de la jurisprudencia reiterada, la sentencia del Tribunal de Primera Instancia de 16 de marzo de 1993, Blackman/Parlamento, asuntos acumulados T-33/89 y T-74/89, Rec. p. II-249, apartado 96).

- 93 No obstante, como ha señalado con razón la Comisión, la imputación formulada por el demandante en el presente caso equivale, en realidad, a afirmar que, al adoptarse la nueva Reglamentación de cobertura, hubiera debido elaborarse un régimen especial destinado solamente a los funcionarios jubilados, lo cual presupone que los funcionarios jubilados se encuentran en una situación especial, que requiere un régimen distinto. De ahí que esta parte del tercer motivo se asimile, en lo fundamental, al cuarto motivo, basado en una violación del principio de no discriminación, por lo cual será examinada dentro de este motivo.

Sobre el cuarto motivo, basado en una violación del principio de no discriminación

Sobre la admisibilidad

- 94 La Comisión solicita que se declare la inadmisibilidad de este motivo, en la medida en que el demandante le imputa, fundamentalmente, que haya aplicado una misma

reducción de reembolsos a los funcionarios en activo y a los funcionarios jubilados, aunque estos últimos dispongan de recursos económicos muy inferiores a los de los primeros (discriminación material). En efecto, esta imputación no fue mencionada en la reclamación del demandante.

- 95 El demandante responde que su reclamación de 30 de septiembre de 1991 se remite expresamente a las reclamaciones que había presentado con anterioridad a los días 30 de marzo y 12 de junio de 1991. Ahora bien, esta última hace alusión a la existencia de una discriminación material. La Comisión tuvo, pues, la oportunidad de conocer con suficiente precisión dicha imputación del demandante, que examinó, además, en su decisión de 12 de marzo de 1992 por la que se desestima la referida reclamación de 30 de septiembre de 1991.
- 96 Procede recordar a este respecto que la concordancia exigida por una jurisprudencia reiterada entre los motivos formulados en la reclamación y los formulados en el recurso tiene por objeto permitir y favorecer un arreglo amistoso de los litigios entre los funcionarios y la administración, y que, para satisfacer dicha exigencia, es preciso que la administración pueda conocer con suficiente precisión las imputaciones o pretensiones del interesado (sentencias del Tribunal de Justicia de 7 de mayo de 1986, Rihoux y otros/Comisión, 52/85, Rec. p. 1555, apartado 12, y del Tribunal de Primera Instancia de 16 de julio de 1992, Della Pietra/Comisión, T-1/91, Rec. p. II-2145, apartado 24). En el presente caso, debe señalarse que la reclamación de 30 de septiembre de 1991 no recoge ningún motivo expreso, sino que se remite, en dos ocasiones, a las reclamaciones de 30 de marzo y de 12 de junio de 1991, a raíz de las cuales se interpuso el recurso en el asunto T-6/92. Ahora bien, la reclamación complementaria de 12 de junio de 1991 se basa, entre otras, en una imputación fundada en una discriminación material. La Comisión tuvo conocimiento de dicha reclamación complementaria en el presente contexto, según se deduce de su decisión de 12 de marzo de 1992, por la que se desestima la reclamación de 30 de septiembre de 1991, en la que la examinó y desestimó expresamente. Resulta, pues, que la Comisión conoció con suficiente precisión las imputaciones o pretensiones del demandante en la materia. Por consiguiente, en la medida en que se refiere a una presunta discriminación material, procede declarar la admisibilidad del motivo fundado en una violación del principio de no discriminación.

Sobre el fondo

— Alegaciones de las partes

- 97 El demandante alega que, en la medida en que la situación de los funcionarios jubilados y la de los funcionarios en activo difieren claramente desde el punto de vista de sus posibilidades económicas, resulta discriminatorio tratar a estas dos categorías de la misma forma por lo que respecta a la disminución de los reembolsos de gastos de enfermedad. Precisamente porque las reducciones de que se trata fueron decididas de manera idéntica para el personal en activo y para los jubilados, constituyen, pues, una violación del principio de no discriminación, dado que no tienen en cuenta la diferencia de situación de los interesados.
- 98 El demandante añade que dicha discriminación se ve agravada por el hecho de que parece probable, a primera vista, que el caso específico de los gastos relativos a asistencias de larga duración prestadas por asistentes sanitarios en caso de enfermedades graves afecta en mayor medida a personas que cuentan con edades más avanzadas y, por consiguiente, más a los funcionarios jubilados que a los que se encuentran en activo, lo cual crea una presunción de discriminación encubierta. En efecto, es evidente que el riesgo de enfermedad aumenta con la edad, lo cual tiene como consecuencia que el recurso a los asistentes sanitarios, sobre todo en caso de enfermedades graves y de larga duración, sea proporcionalmente más frecuente en el caso de las personas que no están en activo que en el de las que sí lo están.
- 99 El demandante señala, asimismo, que la mayoría de los sistemas jurídicos tienen en cuenta los ingresos por lo que respecta al importe de los impuestos y de las cotizaciones sociales. Además, la propia Comisión da ejemplo de dicha actitud al afirmar (p. 14 del escrito de contestación) que, cuando decidió mantener, para el reembolso de determinados gastos, la regla del doble de un importe máximo, lo hizo partiendo del principio de que ciertos gastos suponen una pesada carga para los funcionarios en general, por lo que hay que reembolsarlos más ampliamente que los gastos que suponen normalmente una carga inferior. La Comisión reconoce, pues, que el reparto de la carga de las medidas de ahorro debe tener en cuenta la carga económica resultante de las prestaciones médicas de que se trata.

- 100 Por lo que se refiere a la presunción de discriminación encubierta por él invocada, el demandante lamenta no poder estar en condiciones de aportar más pruebas con cifras en apoyo de su análisis, que se funda, a su juicio, en el sentido común, mientras que la Comisión podría, con las técnicas de cálculo electrónico existentes, proporcionar fácilmente una respuesta al efecto. La afirmación de la Comisión (p. 12 del escrito de contestación), según la cual el déficit del Seguro de Enfermedad no lo causan únicamente los funcionarios en activo, sino también los jubilados, confirma que la administración competente está en condiciones de proporcionar otros datos. El demandante estima, por tanto, que, de acuerdo con una aplicación analógica de la sentencia del Tribunal de Justicia de 17 de octubre de 1989, Danfoss (109/88, Rec. p. 3199), corresponde a la Comisión invertir dicha presunción.
- 101 La Comisión responde que, si bien existen diferencias importantes entre los funcionarios en activo y los funcionarios jubilados, en particular desde el punto de vista de sus recursos económicos, de ello no se desprende que un régimen general aplicable a determinadas ocasiones, como la enfermedad, respecto de las cuales no existe ninguna diferencia entre dichas categorías, resulte discriminatorio. La tesis defendida por el demandante significa, por lo demás, que todo régimen general de Seguridad Social que prevea reembolsos de gastos médicos debe considerarse incompatible con el principio de no discriminación cada vez que haga abstracción de las diferencia de ingresos entre determinadas categorías de asegurados. Si se lleva este razonamiento a sus últimas consecuencias, señala la Comisión, el régimen debería también tomar en consideración la diferencia de recursos entre categorías de funcionarios habida cuenta de la diferencia de retribuciones.
- 102 La Comisión añade que aun cuando el demandante consiguiera demostrar que las personas de mayor edad, y por ende los jubilados, se ven afectados con mayor frecuencia por los gastos de que se trata, no puede deducirse de ello, sin embargo, una presunción de discriminación encubierta. No hay que olvidar, en este contexto, que los jubilados no constituyen una categoría aparte, sino que son funcionarios que han llegado a una determinada edad y han dejado de trabajar. En otras palabras, todos los funcionarios corren el riesgo de tener que hacer frente, a una edad más avanzada, a gastos superiores, ocasionados por una enfermedad de larga duración.

— Apreciación del Tribunal de Primera Instancia

- 103 Antes de examinar si el desglose controvertido y las disposiciones de la letra c) del apartado 2 de la parte X del Anexo I, con arreglo a las cuales se elaboró dicho desglose, tienen un carácter discriminatorio para el demandante, en su calidad de funcionario jubilado, hay que recordar que, es jurisprudencia reiterada que el principio de no discriminación prohíbe tratar de manera idéntica situaciones que son diferentes o de manera diferente situaciones que son idénticas (véanse, por ejemplo, las sentencias del Tribunal de Justicia de 4 de febrero de 1982, Buyl y otros/Comisión, 817/79, Rec. p. 245, apartado 29, y Battaglia/Comisión, 1253/79, Rec. p. 297, apartado 37).
- 104 En cuanto a la imputación fundada en la existencia de una discriminación material respecto a los funcionarios jubilados, hay que señalar que el elemento de comparación relevante para el examen de dicha imputación no es la retribución personal de los interesados, que depende de su clasificación, que puede variar del grado D 4, escalón 1, al grado A 1, escalón 6, sino del importe previsto para el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria. Ahora bien, es un hecho que las disposiciones de la nueva Reglamentación de cobertura no hacen distinción, a este respecto, entre funcionarios en activo y funcionarios jubilados. Por otra parte, como lo ilustra el caso del demandante, cuya pensión asciende a unos 300.000 BFR, no puede afirmarse de manera generalizada que los funcionarios jubilados tienen en todos los casos y de forma estructural menores posibilidades económicas que los funcionarios en activo.
- 105 Respecto de la existencia de una discriminación encubierta resultante, según el demandante, de que las personas de más edad, entre ellas los funcionarios jubilados, padecen con mayor frecuencia enfermedades de larga duración y han de incurrir, en particular, en mayores gastos de asistencia sanitaria, hay que señalar que los funcionarios jubilados no pueden ser considerados una categoría diferente de asegurados que, por el mero hecho de estar constituida por antiguos funcionarios, esté especialmente expuesta al riesgo de tener que hacer frente a gastos de asistencia sanitaria. Se trata más bien de un riesgo general de la vida que puede realizarse para cualquier funcionario, en activo o jubilado, y ello en cualquier momento, por ejemplo, como consecuencia de un accidente de circulación o deportivo.

106 En este sentido, con razón ha subrayado la Comisión que los funcionarios jubilados deben ser considerados como funcionarios que han llegado a determinada edad y han dejado de trabajar. Si bien es cierto que los funcionarios de edad más avanzada corren el riesgo de tener que hacer frente a gastos más elevados, causados por una enfermedad de larga duración, cabe legítimamente esperar que hayan tomado a su debido tiempo, es decir, durante su período de actividad, las debidas precauciones, tales como, por ejemplo, la constitución de un fondo de ahorro o de valores inmobiliarios, o la suscripción de un Seguro de Enfermedad privado complementario, para poder hacer frente, llegado el caso, a los gastos de enfermedades vinculadas más específicamente a la vejez. Habida cuenta de la redacción del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, que prevé tan sólo unos porcentajes máximos de reembolso, era y sigue siendo conveniente la adopción de tales medidas preventivas, al ser posible en cualquier momento una reducción del porcentaje de reembolso. El hecho de no haber adoptado medidas de dicha naturaleza no puede imputarse, ante dichas circunstancias, so pretexto de una discriminación, ni a los autores del Estatuto ni a los de la Reglamentación de cobertura.

107 Procede, pues, desestimar por infundado el motivo basado en una violación del principio de no discriminación, con el cual se confunde la segunda parte del motivo basado en un incumplimiento del deber general de asistencia y protección.

Sobre el quinto motivo, fundado en una violación del principio de proporcionalidad

Alegaciones de las partes

108 El demandante afirma que, en la medida en que la limitación de los reembolsos con arreglo al Régimen común se ha inspirado en el propósito de reducir y compensar un posible déficit del sistema de Seguro de Enfermedad, las Instituciones comunitarias hubieran debido respetar el principio de proporcionalidad. Este implica la necesidad de mantener un equilibrio entre los objetivos legítimos de una medida, por una parte, y las cargas que de ello se derivan para el conjunto de sujetos de Derecho, o para una parte de ellos, por otra. En la elección entre los diferentes medios posibles, hubiera sido preciso, por tanto, dar preferencia a los menos gravosos, lo cual hubiera requerido, cuando menos, examinar si no podía limitarse el déficit de otro modo (por ejemplo, mediante el establecimiento de medidas de control adecuadas para reducir el fraude, a través de un aumento de las cotizaciones de los asegurados, o de una contribución complementaria por parte de los Estados miembros) y no únicamente a través de una reducción discriminatoria referente a un solo grupo de prestaciones. Además, el respeto del principio de proporcionali-

dad exige que se tenga en cuenta el interés médico de los gastos de que se trata, comparados, por ejemplo, con el de los gastos de curas termales.

109 La Comisión considera que dicho motivo carece de relevancia. El demandante impugna, en efecto, la Reglamentación de cobertura en su conjunto. Esta no es el objeto, sin embargo, del recurso de anulación, ni puede serlo, dado que procedería declarar la inadmisibilidad de un recurso fundado en la presunta ilegalidad de las disposiciones modificadas de la Reglamentación de cobertura.

110 En la vista, el demandante solicitó al Tribunal de Primera Instancia que ordenase a la Comisión que aportase el acta de las reuniones del Comité de gestión anteriores a la adopción, por este último, de su dictamen n° 3/89 o, en el caso de que no existiera acta —como ha afirmado la Comisión— de la relación de las propuestas hechas por el Comité de gestión en dicho contexto. Por último, ha declarado que, si bien el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto debe interpretarse en el sentido de que los porcentajes de reembolso previstos en el mismo no son porcentajes fijos, los funcionarios no pueden apreciar si es necesario, y en qué medida, suscribir un seguro privado complementario. Ha admitido, no obstante, haber suscrito dicho seguro complementario en Canadá.

Apreciación del Tribunal de Primera Instancia

111 Es jurisprudencia reiterada que el principio de proporcionalidad exige que los actos de las Instituciones comunitarias, sobre todo los que imponen cargas económicas, no sobrepasen los límites de lo necesario y apropiado para la consecución del objetivo perseguido, entendiéndose que, cuando debe elegirse entre varias medidas apropiadas, debe recurrirse a la menos gravosa (véanse, por ejemplo, las sentencias del Tribunal de Justicia de 17 de mayo de 1984, *Denkavit Nederland*, 15/83, Rec. p. 2171, apartado 25, y de 11 de julio de 1989, *Schräder*, 265/87, Rec. p. 2237, apartado 21).

112 Hay que señalar a este respecto, en primer lugar, que en materia de fijación de los porcentajes y las modalidades de reembolso de los gastos de enfermedad y,

en particular, de los gastos de asistencia sanitaria, las Instituciones comunitarias disponen de una amplia facultad de apreciación para la adopción, de común acuerdo, de la reglamentación prevista en el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto. En efecto, esta materia, cuyo carácter complejo, habida cuenta del equilibrio económico necesario del Régimen común ya se ha puesto de relieve, implica una constante adaptación en función de las variaciones de la situación económica (véase el apartado 75 *supra*). Sólo el carácter manifiestamente inadecuado de nuevas medidas de reducción de los reembolsos podría afectar, por tanto, a su legalidad. Ahora bien, es un hecho que, con la adopción de la nueva Reglamentación de cobertura, se redujo el reembolso de determinados gastos de enfermedad, entre ellos los gastos de asistencia sanitaria, con el fin de ahorrar y de controlar con ello el déficit del Régimen común y no puede negarse que la reducción del reembolso de los gastos de asistencia sanitaria es, en principio, un medio apropiado para alcanzar el objetivo perseguido, a saber, la reducción de dicho déficit.

- 113 Procede señalar, en segundo lugar, que según resulta del propio texto del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto y, en particular, de las frases segunda y tercera de su párrafo primero, dicha disposición permite a las Instituciones comunitarias, actuando de común acuerdo, distinguir, por lo que respecta a los requisitos y al importe del reembolso de los gastos de enfermedad, entre las diferentes categorías de enfermedad, lo cual puede implicar también una distinción entre varias categorías de costes y, por ende, unos porcentajes y límites máximos de reembolso distintos. Al pretender el demandante comparar el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria con el de otros gastos de enfermedad, su argumentación carece, por tanto, de relevancia.
- 114 Por último, el Tribunal de Primera Instancia considera que, en un caso de las características del presente, en el que las disposiciones reglamentarias aplicables han permitido reembolsar el 92 % de los gastos de asistencia sanitaria realizados y en el que la deducción practicada a cargo del demandante ascendió tan sólo a 6.300 BFR, no puede observarse en modo alguno una violación del principio de proporcionalidad. En todo caso, las circunstancias del presente litigio no han revelado la existencia de elementos que puedan probar que se ha producido dicha violación.
- 115 En la medida en que el demandante defiende, asimismo, que los autores de la reglamentación hubieran debido elegir, para reducir el déficit del Régimen común otras medidas, menos gravosas que la del establecimiento de un límite máximo para

el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria, hay que señalar que tal razonamiento implica un examen del conjunto del sistema de reembolso de los gastos de todas las enfermedades previsto por la nueva Reglamentación de cobertura. Ahora bien, dicha apreciación superaría los límites del control jurisdiccional de las disposiciones relevantes, cuya aplicación ha permitido, en el presente caso, un resultado especialmente favorable para el demandante.

116 Dado que no procede hacer una valoración de conjunto de la nueva Reglamentación de cobertura, debe desestimarse, como carente de fundamento, la petición del demandante dirigida a que se ordene la aportación de determinados documentos internos del Comité de gestión del Régimen común relativos a las diferentes propuestas de modificación de la referida reglamentación.

117 Por consiguiente, no puede acogerse tampoco el motivo fundado en una violación del principio de proporcionalidad.

118 Procede, pues, declarar que, al no haber revelado el examen de los cinco motivos invocados por el demandante elementos que puedan afectar a la legalidad de las disposiciones aplicables de la nueva Reglamentación de cobertura, debe desestimarse también, por infundada, la excepción de ilegalidad propuesta por el demandante, con arreglo al artículo 184 del Tratado.

119 Resulta de todo lo antedicho que, en el asunto T-52/92, el demandante no ha podido probar que su derecho al reembolso de los gastos de asistencia sanitaria era superior al importe que le ha sido concedido en virtud de la decisión impugnada. Por consiguiente, procede desestimar el recurso en su conjunto por infundado. Por motivos de economía procesal no es necesario, en consecuencia, examinar la admisibilidad del mismo.

Costas

- 120 El demandante ha solicitado, con carácter subsidiario, que se aplique lo dispuesto en el párrafo segundo del apartado 3 del artículo 87 del Reglamento de Procedimiento, basándose en que, en el asunto T-6/92, la Comisión se limitó, en la decisión por la que se desestimó su reclamación, a negar la admisibilidad de la misma y, en que, en el asunto T-52/92, el contenido de la decisión desestimatoria fue sumamente conciso. Por ello, no tuvo la posibilidad de examinar con conocimiento de causa una eventual defensa en cuanto al fondo.
- 121 La Comisión deja al criterio del Tribunal de Primera Instancia la facultad de apreciar si ella ha ocasionado o no los gastos de un procedimiento por su propio comportamiento. De todas formas, el demandante no ha demostrado en modo alguno que dicho comportamiento haya sido temerario.
- 122 A tenor del párrafo primero del apartado 2 del artículo 87 del Reglamento de Procedimiento, la parte que pierda el proceso será condenada en costas, si así lo hubiere solicitado la otra parte. Sin embargo, según el artículo 88 del mismo Reglamento, en los litigios entre las Comunidades y sus agentes, las Instituciones soportarán los gastos en que hubieran incurrido. El Tribunal de Primera Instancia considera que, en las circunstancias del presente caso, procede aplicar dichas disposiciones. Los expedientes administrativos y los documentos obrantes en autos de los dos asuntos acumulados no han revelado ningún elemento que pueda probar que la Comisión ha causado al demandante gastos abusivos o temerarios, a efectos del párrafo segundo del apartado 3 del artículo 87 del Reglamento de Procedimiento. Por consiguiente, procede ordenar que cada parte soportará sus propias costas.

En virtud de todo lo expuesto,

EL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA (Sala Cuarta)

decide:

- 1) Declarar la inadmisibilidad del recurso en el asunto T-6/92.

2) Desestimar el recurso en el asunto T-52/92 por infundado.

3) Cada parte cargará con sus propias costas.

Bellamy

Kirschner

Saggio

Pronunciada en audiencia pública en Luxemburgo, a 26 de octubre de 1993.

El Secretario

El Presidente

H. Jung

C.P. Briët