



## Recopilación de la Jurisprudencia

SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE LA FUNCIÓN PÚBLICA DE LA UNIÓN EUROPEA (Sala Segunda)

de 16 de mayo de 2013\*

«Función pública — Seguridad social — Enfermedad grave — Concepto — Hospitalización — Asunción de gastos — Pago directo por el despacho de liquidaciones — Inexistencia de límites máximos en las DGA para los gastos de alojamiento — Obligación de informar previamente al afiliado en caso de facturación excesiva»

En el asunto F-104/10,

que tiene por objeto un recurso interpuesto con arreglo al artículo 270 TFUE, aplicable al Tratado CEEA en virtud de su artículo 106 *bis*,

**Mario Alberto de Pretis Cagnodo**, antiguo funcionario de la Comisión Europea,

**Serena Trampuz de Pretis Cagnodo**, cónyuge,

con domicilio común en Trieste (Italia), representados por el Sr. C. Falagiani, abogado,

partes demandantes,

contra

**Comisión Europea**, representada por los Sres. J. Currall y D. Martin, en calidad de agentes, asistidos por el Sr. A. Dal Ferro, abogado,

parte demandada,

EL TRIBUNAL DE LA FUNCIÓN PÚBLICA (Sala Segunda),

integrado por la Sra. M.I. Rofes i Pujol (Ponente), Presidenta, y la Sra. I. Boruta y el Sr. K. Bradley, Jueces;

Secretario: Sr. J. Tomac, administrador;

habiendo considerado los escritos obrantes en autos y celebrada la vista el 21 de junio de 2012;

dicta la siguiente

\* Lengua de procedimiento: italiano.

## Sentencia

- 1 Mediante escrito recibido en la Secretaría del Tribunal el 21 de octubre de 2010, el Sr. de Pretis Cagnodo y su cónyuge, la Sra. Trampuz de Pretis Cagnodo, interpusieron el presente recurso por el que solicitan la anulación de las decisiones del despacho de liquidaciones de Ispra (Italia) (en lo sucesivo, «despacho de liquidaciones») del régimen común de seguro de enfermedad (en lo sucesivo, «RCSE») que se desprenden de la nota de pago n° 10, de 1 de octubre de 2009, por la que se deniega el reembolso al 100 % de los gastos de hospitalización de la demandante generados entre el 13 de febrero de 2009 y el 25 de marzo de 2009, y por la que se hace asumir al demandante un importe de 28.800 euros por los gastos de alojamiento durante la hospitalización que se consideran excesivos.

### Marco jurídico

- 2 El artículo 72 del Estatuto de los Funcionarios de la Unión Europea, en su versión aplicable en el presente litigio (en lo sucesivo, «Estatuto»), dispone:

«1. Hasta el límite del 80 % de los gastos realizados, y de acuerdo con la regulación que, de común acuerdo, establezcan las instituciones de [la Unión], previo informe del Comité del Estatuto, el funcionario, su cónyuge, cuando éste no pueda disfrutar de prestaciones de la misma naturaleza y del mismo nivel en aplicación de cualesquiera otras disposiciones legales o reglamentarias, sus hijos y las otras personas que estén a su cargo con arreglo al artículo 2 del Anexo VII, estarán cubiertos contra los riesgos de enfermedad. La cuantía se elevará al 85 % para las prestaciones siguientes: consultas y visitas, intervenciones quirúrgicas, hospitalización, productos farmacéuticos, radiología, análisis, exámenes de laboratorio y prótesis por prescripción médica con excepción de las prótesis dentarias. Se elevará al 100 % en los casos de tuberculosis, poliomiелitis, cáncer, enfermedad mental y otras enfermedades consideradas de gravedad comparable por la autoridad facultada para proceder a los nombramientos, así como en los casos de diagnóstico precoz y parto. Sin embargo, los reembolsos del 100 % no se aplicarán en los casos de enfermedad profesional o de accidente que hayan determinado la aplicación del artículo 73.

[...]

2. El funcionario que hubiere permanecido al servicio de [la Unión] hasta la edad de 63 años o que fuere beneficiario de una asignación por invalidez tendrá derecho a los beneficios establecidos en el apartado anterior después del cese en sus funciones. Su cuota será calculada sobre la base de la pensión o de la asignación.

[...]

2 *bis*. Tendrán derecho, asimismo, a las prestaciones previstas en el apartado 1, siempre que no ejerzan una actividad profesional retribuida:

- i) los antiguos funcionarios titulares de una pensión de jubilación que hayan cesado en el servicio de [la Unión] antes de cumplir 63 años;

[...]

[...]»

- 3 En virtud del artículo 27 del Reglamento (CE, Euratom) n° 1605/2002, del Consejo, de 25 de junio de 2002, por el que se aprueba el Reglamento financiero aplicable al presupuesto general de las Comunidades Europeas (DO L 248, p. 1):

«1. Los créditos presupuestarios se utilizarán de acuerdo con el principio de buena gestión financiera, es decir, de acuerdo con los principios de economía, eficiencia y eficacia.

2. El principio de economía prescribe que las instituciones deberán disponer, en el momento oportuno, de los medios necesarios para llevar a cabo sus actividades, en la cantidad y calidad apropiada y al mejor precio.

El principio de eficiencia se refiere a la mejor relación entre los medios empleados y los resultados obtenidos.

El principio de eficacia se refiere a la consecución de los objetivos específicos fijados y a la obtención de los resultados previstos.

[...]»

- 4 El artículo 36 del Reglamento de Procedimiento dispone lo siguiente:

«Si la demanda no reune los requisitos enumerados en el artículo 35, apartado 1, letras a), b) y c), apartado 2, o apartado 5, el Secretario fijará al demandante un plazo razonable para subsanar el defecto. Caso de que no se efectúe la subsanación en el plazo fijado, el Tribunal de la Función Pública decidirá si la inobservancia de estos requisitos comporta la inadmisibilidad de la demanda por defecto de forma.»

- 5 El artículo 1 de la Reglamentación común relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad de los funcionarios de la Unión Europea prevista en el artículo 72 del Estatuto (en lo sucesivo, «Reglamentación común»), es del siguiente tenor:

«En aplicación del artículo 72 del Estatuto, se constituye un [RCSE]. Dicho régimen garantizará a los beneficiarios, dentro de los límites y las condiciones que se prevén en la presente Reglamentación y en las disposiciones generales de aplicación adoptadas de conformidad con su artículo 52, el reembolso de los gastos en los que hayan incurrido debido a enfermedad, accidente o maternidad, así como el pago de una indemnización por gastos funerarios.

Los beneficiarios serán los afiliados y las personas aseguradas por cuenta de éstos.

[...]»

- 6 El artículo 2 de la Reglamentación común dispone:

«[...]

3. Estarán afiliados al [RCSE]:

— los antiguos funcionarios y agentes temporales titulares de una pensión de jubilación,

[...]

..]»

7 El artículo 12 de la Reglamentación común establece:

«Estarán asegurados por cuenta del afiliado, en las condiciones establecidas en los artículos 13 y 14:

— el cónyuge del afiliado, siempre que no esté él mismo afiliado al [RCSE];

[...]»

8 Conforme al artículo 20 de la Reglamentación común, que establece las reglas generales de reembolso:

«1. Con el fin de salvaguardar el equilibrio financiero del [RCSE] y de garantizar el respeto del principio de cobertura social en el que se funda el artículo 72 del Estatuto, en las disposiciones generales de aplicación podrán fijarse límites máximos para el reembolso de determinadas prestaciones.

En caso de que los gastos incurridos por el afiliado sean inferiores al límite máximo, el reembolso se calculará tomando como base el importe efectivamente gastado.

2. Para aquellas prestaciones para las cuales no se haya fijado un importe máximo reembolsable, no se reembolsará la parte de los gastos considerados excesivos en relación con los costes normales en el país donde se realizaron los gastos. Corresponderá al despacho de liquidaciones [del RCSE], previo dictamen del médico asesor, determinar, caso por caso, la parte de los gastos que se considera excesiva.

[...]

6. De conformidad con lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, el reembolso de los gastos se elevará al 100 % en los casos de tuberculosis, poliomielitis, cáncer, enfermedad mental y otras enfermedades consideradas de gravedad comparable por la autoridad facultada para proceder a los nombramientos, previo dictamen del médico asesor del despacho de liquidaciones [del RCSE].

Este dictamen se emitirá tomando como base los criterios generales fijados en las disposiciones generales de aplicación, previa consulta del Consejo médico [del RCSE].

[...]»

9 El artículo 30 de la Reglamentación común prevé:

«1. Se podrán conceder anticipos a los afiliados para permitirles hacer frente a gastos elevados. Estos anticipos consistirán, principalmente, en la asunción de los gastos en caso de hospitalización.

2. Los anticipos concedidos en concepto de gastos médicos se recuperarán deduciéndolos de cualquier cantidad adeudada al afiliado en virtud del [RCSE], de la retribución o la pensión, de cualquier otra cantidad adeudada al afiliado por su institución o de la pensión de supervivencia consiguiente al fallecimiento del afiliado. [...]

[...]»

10 A tenor del artículo 35 de la Reglamentación común:

«[...]

2. Antes de adoptar una decisión sobre una reclamación presentada con arreglo al apartado 2 del artículo 90 del Estatuto, la autoridad facultada para proceder a los nombramientos o, en su caso, el Consejo de administración [del RCSE] deberá solicitar el dictamen del Comité de gestión [del RCSE].

[...]»

11 El artículo 36 de la Reglamentación común dispone:

«El funcionamiento del presente régimen quedará asegurado por un Comité de gestión, una Oficina central, despachos de liquidaciones y un Consejo médico.»

12 El artículo 41 de la Reglamentación común establece:

«El Comité de gestión estará asistido por un Consejo médico compuesto por un médico asesor por cada institución y por los médicos asesores de cada despacho de liquidaciones.

El Comité de gestión o la Oficina central podrán consultar al Consejo médico sobre cualquier cuestión de índole médica que se plantee en el marco del [RCSE]. El Consejo médico se reunirá a solicitud del Comité de gestión o de la Oficina central, o de uno de los médicos asesores de los despachos de liquidaciones y emitirá su dictamen en el plazo que se le indique.»

13 El artículo 43 de la Reglamentación común dispone, en lo que respecta a la ordenación y control de pagos:

«1. La ejecución de los ingresos y gastos del [RCSE] se efectuará, por analogía, de conformidad con las disposiciones previstas en el Reglamento [nº 1605/2002] y en particular su artículo 60.

[...]

3. La Oficina central procederá o hará proceder a verificaciones *a posteriori* a fin de:

— asegurarse de la legalidad y la regularidad de las operaciones efectuadas por los despachos de liquidaciones y del respeto de los principios de buena gestión financiera;

[...]

[...]»

14 El artículo 52 de la Reglamentación común prevé:

«1. En virtud del tercer párrafo del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, las instituciones confieren a la Comisión [Europea] competencias para fijar, mediante normas generales de aplicación, las normas por las que se regirá el reembolso de los gastos a fin de salvaguardar el equilibrio financiero del [RCSE] y de garantizar el respeto del principio de cobertura social en que se funda el primer párrafo del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto.

[...]»

- 15 El título II, capítulo 2, punto 1.3, de las disposiciones generales de aplicación adoptadas por la Comisión Europea en aplicación del artículo 52 de la Reglamentación común (en lo sucesivo, «DGA»), que se refiere a las modalidades de reembolso en caso de hospitalización, establece, en lo que respecta al porcentaje de reembolso:

«Se reembolsará el 85 % de cualquier estancia considerada como una hospitalización en caso de intervención quirúrgica o en caso de hospitalización médica.

Este porcentaje de reembolso se incrementará al 100 %:

— en caso de enfermedad grave;

[...]

— en caso de hospitalización prolongada, para los gastos de estancia que superen [treinta] días consecutivos, previo dictamen del médico asesor.»

- 16 El referido punto 1.3 de las DGA dispone, en cuanto a las condiciones de reembolso:

«Para que sea reembolsable, la hospitalización deberá ser objeto de un informe médico que se comunicará al médico asesor [del despacho] de liquidaciones.

— Gastos de alojamiento:

Los gastos de estancia relativos a los gastos de pensión, servicios e impuestos, se reembolsarán sobre la base de los gastos realmente efectuados y en función de las normas de facturación vigentes sobre este tema en el país donde tuvo lugar la hospitalización. Si se incluyen en el precio a tanto alzado del día de hospitalización, el reembolso se efectuará globalmente.

El reembolso de los gastos resultantes de la elección de la habitación se limitará al precio de la habitación particular individual menos costosa del hospital.

El reembolso de los gastos se limitará a la duración de la hospitalización necesaria, desde el punto de vista médico, para proceder a las intervenciones o proporcionar los cuidados en el país donde tuvo lugar la hospitalización.

[...]»

- 17 El título III, capítulo 4, de las DGA, que regula la asunción de gastos y anticipos, establece:

«Con arreglo a lo dispuesto en el artículo 30 de la Reglamentación común, podrán concederse anticipos a los afiliados o afiliadas para permitirles asumir gastos importantes. Éstos se concederán, en principio, asumiendo el [RCSE] los gastos a su cargo y, excepcionalmente, en forma de anticipos.

[...]

#### 1. Asunción de gastos

Excepto en casos urgentes o de fuerza mayor, el afiliado deberá solicitar de antemano que el [RCSE] asuma los gastos.

Éstos sólo se asumirán en los casos siguientes:

— En caso de hospitalización, se asumirán los gastos de las facturas principales y del cirujano.

[...]

Cuando el [RCSE] asuma los gastos a su cargo, la parte de los gastos que quede a cargo del afiliado o afiliada después de la liquidación se retendrá, en principio, de reembolsos posteriores o, si procede, de su remuneración, su pensión o cualquier otro importe que le adeude su [i]nstitución. A petición [del despacho] de liquidaciones, el saldo podrá ser reembolsado mediante transferencia a la cuenta bancaria del RCSE.

[...]»

- 18 El título III, capítulo 5, de las DGA, relativo al reconocimiento del estatuto de enfermedad grave, dispone lo siguiente:

#### «1. Definición

Se reconocerán como enfermedades graves, en particular, los casos de tuberculosis, poliomielitis, cáncer, enfermedad mental y otras enfermedades reconocidas de gravedad comparable por la [autoridad facultada para proceder a los nombramientos].

Estas últimas se refieren a dolencias que asocian, en grado variable, los cuatro criterios siguientes:

- pronóstico vital desfavorable;
- evolución crónica;
- necesidad de medidas diagnósticas o terapéuticas mayores;
- presencia o riesgo [...] de discapacidad [grave].

[...]»

#### **Hechos que originaron el litigio**

- 19 El demandante, antiguo funcionario de la Comisión y titular de una pensión de jubilación, es afiliado del RCSE. La cobertura del RCSE se extiende, con carácter primario, a la esposa del demandante, también demandante en el presente asunto, en su calidad de cónyuge de un afiliado y de asegurada por cuenta de éste.
- 20 El 22 de enero de 2009, la demandante, con arreglo al título III, capítulo 4, punto 1, de las DGA, presentó ante el despacho de liquidaciones, como cónyuge y en representación del afiliado, una solicitud de asunción de los gastos derivados de su propia hospitalización, prevista para el 12 de febrero de 2009, en la clínica Anthea de Bari (Italia). El 5 de febrero de 2009, el despacho de liquidaciones estimó la solicitud y envió un escrito a la clínica en el que la informaba de que se haría cargo de los gastos de hospitalización de la demandante y de que no debía enviarse a los asegurados ninguna factura provisional ni solicitud de anticipo.

- 21 La hospitalización tuvo lugar el 13 de febrero de 2009. El 14 de febrero de 2009, se sometió a la demandante a una operación a la que se siguió una complicación que requirió una segunda intervención quirúrgica, el 25 de febrero de 2009. La estancia de la demandante en la clínica Anthea se prolongó hasta el 25 de marzo de 2009, es decir, un total de cuarenta días.
- 22 El 13 de abril de 2009, en cumplimiento de la decisión de asunción de gastos, el despacho de liquidaciones contactó con la clínica Anthea para solicitar que la factura principal se transmitiera para su pago directamente a dicho despacho, en lugar de a la paciente. La clínica Anthea envió al despacho de liquidaciones la factura nº 4080, de 16 de abril de 2009, por un importe total de 83 893,20 euros, incluido el impuesto sobre el valor añadido (en lo sucesivo, «IVA»), de los cuales 57.600 euros correspondían a gastos de alojamiento (a razón de 1.440 euros por día, IVA incluido) y 26.293,20 euros, a gastos médicos y de hospitalización. Sin informar previamente a los demandantes del importe facturado, el despacho de liquidaciones abonó la totalidad de la factura, que entraba en detalle en cuanto a los gastos médicos y de hospitalización, pero no especificaba el tipo de habitación ocupada por la demandante.
- 23 El despacho de liquidaciones remitió al demandante la nota de pago nº 10, de 1 de octubre de 2009, de la que se desprende: i) que el importe total abonado por la hospitalización ascendió a 83.893,20 euros; ii) que el despacho de liquidaciones consideró excesivos los gastos de alojamiento facturados, de un total de 57.600 euros; iii) que el reembolso de estos últimos gastos se limitó a 28.800 euros, es decir, 720 euros por día, IVA incluido, quedando los 28.800 euros restantes a cargo del afiliado, y iv) que los gastos de hospitalización reembolsables, 55 093,20 euros, de los que 26 293,20 euros correspondían a gastos médicos y 28.800 euros al alojamiento, se reembolsaron al demandante al porcentaje del 85 %, por lo que 46 829,22 euros quedaban a cargo del despacho de liquidaciones y los 8 263,98 euros restantes a cargo del demandante. Resulta de estos cálculos que el despacho de liquidaciones consideró reembolsable, por cuarenta días de hospitalización, un importe diario de 1 377,30 euros, que engloba tanto gastos médicos como gastos de alojamiento.
- 24 La demandante presentó observaciones en relación con la nota de pago nº 10 y señaló la posibilidad de contactar con la clínica Anthea al objeto de obtener más información acerca del alojamiento. Como se desprende de la decisión de la Comisión, de 23 de julio de 2010, adoptada en respuesta de la reclamación presentada por la demandante sobre la base del artículo 90, apartado 2, del Estatuto (en lo sucesivo, «decisión desestimatoria de la reclamación»), se comunicó a la demandante, el 13 de noviembre de 2009, que su expediente se había remitido al consejo médico del RCSE (en lo sucesivo, «consejo médico») para recabar su dictamen. Se deriva también de la decisión desestimatoria de la reclamación que, por escrito de 26 de noviembre de 2009, la demandante solicitó al seguro de enfermedad que se pusiera en contacto con la clínica Anthea para un eventual reexamen de la factura de 16 de abril de 2009.
- 25 De la misma decisión desestimatoria de la reclamación resulta asimismo que, mediante escrito de 27 de noviembre de 2009, el despacho de liquidaciones comunicó a la demandante el contenido de la conversación telefónica mantenida por un responsable de dicho despacho y un empleado de la clínica Anthea. En esta conversación, el empleado de la clínica había indicado que la demandante había sido hospitalizada en una suite muy lujosa, con cama de latón y menú a la carta. La pregunta escrita del despacho de liquidaciones sobre el precio de la habitación particular individual menos costosa no recibió respuesta de la clínica Anthea.
- 26 Del acta de la reunión del consejo médico celebrada en Bruselas (Bélgica) el 10 de diciembre de 2009, comunicada al demandante por escrito del despacho de liquidaciones de 26 de enero de 2010, se desprende que dicho consejo confirmó que los gastos de alojamiento facturados, de un total de 57.600 euros, eran excesivos, a la luz de la información proporcionada por los médicos italianos, que apuntaron a un coste observado en Italia para este tipo de gastos de entre 400 y 600 euros por día, IVA excluido (en lo sucesivo, «decisión de 26 de enero de 2010»).

- 27 La demandante presentó una reclamación, fechada el 16 de abril de 2010 y registrada por la Comisión el 22 de abril de 2010, sobre la base del artículo 90, apartado 2, del Estatuto. En su reclamación, la demandante afirma, por un lado, que el despacho de liquidaciones, destinatario de la factura emitida por la clínica Anthea, debería haber señalado en tiempo oportuno que el importe solicitado en concepto de gastos de alojamiento era excesivo y no haber procedido a su pago. Por otro lado, la demandante considera que los gastos derivados de su hospitalización deberían haberse reembolsado al 100 %, puesto que la enfermedad que motivó su hospitalización es «grave», en el sentido del artículo 72, apartado 1, párrafo primero, del Estatuto. Por último, la demandante alega que, dado que su hospitalización por un período superior a treinta días estaba justificada, los gastos de hospitalización de los diez últimos días deberían haberse reembolsado al 100 %. Por lo que respecta al carácter excesivo de los gastos de alojamiento, la demandante censura el que, en lugar de facturar estos gastos a razón de 300 euros diarios por una habitación individual, importe que se le comunicó verbalmente en dos ocasiones antes de su hospitalización, la clínica Anthea infló el coste del alojamiento hasta los 1.440 euros diarios, pretextando que se había alojado en una suite lujosa, lo que es falso toda vez que dicha clínica no dispone de suites para los pacientes.
- 28 A raíz de la reclamación, la autoridad facultada para proceder a los nombramientos (en lo sucesivo, «AFP») recabó el dictamen del médico asesor del despacho de liquidaciones (en lo sucesivo, «médico asesor»), al objeto de determinar, por un lado, si los gastos por la hospitalización superados los treinta días consecutivos estaban justificados y, por otro lado, si la patología que había conducido a la intervención quirúrgica sufrida por la demandante podía ser reconocida como enfermedad grave en el sentido del título III, capítulo 5, punto 1, de las DGA. En el dictamen emitido el 18 de mayo de 2010, el médico asesor llegó a la conclusión, en lo que respecta a la primera cuestión, que la salida de la paciente de la clínica Anthea podía haberse producido ya el 8 de marzo de 2009, puesto que las terapias y exámenes efectuados posteriormente podían realizarse a domicilio o en consulta externa. En cuanto a la segunda cuestión, consideró que no se cumplían al menos dos de los criterios fundamentales para el reconocimiento de una enfermedad grave: el pronóstico vital desfavorable y la presencia o riesgo de minusvalía o discapacidad grave.
- 29 Con arreglo al artículo 35, apartado 2, de la Reglamentación común, la AFP solicitó también el dictamen del comité de gestión del RCSE (en lo sucesivo, «comité de gestión»). En su reunión de los días 9 y 10 de junio de 2010, este comité analizó las cuestiones suscitadas por la reclamación y se dirigió al consejo médico para comprobar si la duración de la hospitalización era indispensable desde el punto de vista médico. El consejo médico respondió, el 24 de junio de 2010, que no constaban datos suficientes en el expediente en relación con la prolongación de la hospitalización por encima de treinta días y consideró que podía aplicarse a la demandante la disposición del título II, capítulo 2, punto 1.3, de las DGA, relativa al reembolso al 100 % de los gastos de alojamiento generados pasados treinta días consecutivos. A la vista de la respuesta del consejo médico, el comité de gestión se mostró a favor de que se confirmara la decisión del despacho de liquidaciones de no aplicar a la demandante el porcentaje de reembolso del 100 % por enfermedad grave.
- 30 La decisión desestimatoria de la reclamación no acogió lo expuesto en ésta tanto en lo que respecta al carácter excesivo de los gastos de alojamiento por encima de los 720 euros por día, IVA incluido, como en lo que atañe a la inexistencia de enfermedad grave en el sentido del título III, capítulo 5, punto 1, de las DGA. En cuanto a la cuestión de si era indispensable la hospitalización de la demandante por un período superior a treinta días, la AFP consideró necesario remitir el expediente al despacho de liquidaciones para que éste solicitara una pericia médica externa.
- 31 Se desprende asimismo de la decisión desestimatoria de la reclamación que, en el dictamen adoptado a raíz de la reunión de los días 9 y 10 de junio de 2010, el comité de gestión solicitó que la oficina central o el despacho de liquidaciones prestaran asistencia a la demandante para recuperar de la clínica Anthea el exceso facturado en concepto de alojamiento. No se infiere de los autos que la oficina central o el despacho de liquidaciones hayan dado curso a esta solicitud del comité de gestión.

### **Pretensiones de las partes**

- 32 En su demanda, los demandantes solicitan al Tribuna que:
- Suspenda o prohíba provisionalmente la ejecución del procedimiento de recuperación forzosa de los importes de que se trata y prohíba provisionalmente la retención de oficio sobre la pensión del demandante (primera pretensión).
  - Constate y declare que no existe contra la demandante ningún motivo de crítica o reproche en lo que respecta al importe y pago de los gastos de alojamiento exigidos por la clínica en la que se sometió a intervención (segunda pretensión).
  - Califique de «graves» la enfermedad que provocó la hospitalización de la demandante y las intervenciones que sufrió (tercera pretensión).
  - Considere inevitable y terapéuticamente correcta la duración de la hospitalización (cuarta pretensión).
  - Declare que los demandantes están exentos de cualquier reembolso de las prestaciones abonadas por el despacho de liquidaciones (quinta pretensión).
  - Ordene a la Comisión que revoque la petición de restitución del importe de 41.833 euros o de cualquier otro que llegue a ser determinado (sexta pretensión).
  - Ordene a la Comisión que se abstenga de retener de oficio sobre la pensión del demandante el importe de 41.833 euros o cualquier otro que llegue a ser determinado (séptima pretensión).
  - Adopte diversas diligencias de prueba (octava pretensión).
  - Condene en costas a la Comisión (novena pretensión).
- 33 Los demandantes precisaron y ampliaron sus pretensiones, con ocasión de la subsanación de la demanda de 16 de noviembre de 2010, de modo que con su recurso solicitan al Tribunal que:
- Anule la decisión de la Comisión que se desprende de la nota de pago nº 10, de 1 de octubre de 2009.
  - Anule la decisión de 26 de enero de 2010.
  - Anule la decisión desestimatoria de la reclamación.
- 34 La Comisión solicita al Tribunal que:
- Declare la inadmisibilidad del recurso o lo desestime por infundado.
  - Condene en costas a los demandantes.

### **Procedimiento**

- 35 El 5 de noviembre de 2010, la Secretaría del Tribunal se puso en contacto con el representante de los demandantes, con arreglo al artículo 36 del Reglamento de Procedimiento, a los efectos de la subsanación de la demanda, a la que no se habían adjuntado ni el acto cuya anulación se solicitaba ni el documento de acreditación del representante de los demandantes, sin que tampoco se acompañara

un resumen del litigio, y le concedió un plazo de subsanación que terminaba el 15 de noviembre de 2010. Aunque la demanda no fue subsanada hasta el 16 de noviembre de 2010, la Sala Segunda del Tribunal, a la que se ha atribuido el asunto, decidió en su reunión de 24 de octubre de 2011, en virtud de la facultad de apreciación que le reconoce el artículo 36 del Reglamento de Procedimiento, que en el presente caso la inobservancia del plazo de subsanación no comportaba la inadmisibilidad de la demanda.

- 36 Por escrito separado, presentado en la Secretaría del Tribunal el 15 de noviembre de 2010, los demandantes formularon una demanda al objeto de que el juez de medidas provisionales ordenase la suspensión de la ejecución del procedimiento de recuperación forzosa, mediante la retención practicada de oficio sobre la pensión de jubilación del demandante, de los importes no reembolsados en relación con la hospitalización de la demandante. Dicha demanda se registró con la referencia F-104/10 R.
- 37 Mediante auto de 15 de febrero de 2011, de Pretis Cagnodo y Trampuz de Pretis Cagnodo/Comisión (F-104/10 R), el Presidente del Tribunal desestimó la demanda de suspensión de la ejecución, al no haber demostrado los demandantes que se cumpliera en el presente caso el requisito relativo a la urgencia.
- 38 El 11 de abril de 2011, los demandantes comunicaron al Tribunal la pericia médica externa, solicitada por el despacho de liquidaciones a raíz de la decisión desestimatoria de la reclamación, que les había sido remitida por dicho despacho el 30 de marzo de 2011. En el mencionado documento, el médico especialista consultado llegaba a la conclusión de que los datos incluidos en el expediente justificaban que la hospitalización de la demandante superara los treinta días. El despacho de liquidaciones dio curso a dicho dictamen y, en la nota de pago nº 11, de 18 de marzo de 2011, computó 2.066 euros en favor del demandante, que se dedujeron del total que se dejaba a su cargo. A consecuencia de esta operación, además de los 28.800 euros correspondientes a los gastos de alojamiento que el despacho de liquidaciones había considerado excesivos, quedó a cargo del demandante un importe de 6 197,98 euros.
- 39 El 26 de octubre de 2011, la Secretaría del Tribunal comunicó a las partes las diligencias de ordenación del procedimiento acordadas por el Tribunal, conforme al artículo 56 del Reglamento de Procedimiento, con las que se pretendía clarificar algunos aspectos y oír a los demandantes acerca de la inadmisibilidad del recurso invocada por la Comisión en su escrito de contestación.
- 40 En la misma comunicación, la Secretaría del Tribunal informó a las partes de que el Tribunal sopesaba, en aplicación del artículo 77 del Reglamento de Procedimiento, plantear de oficio una causa de inadmisión basada en la falta de interés de la demandante en el ejercicio de la acción, habida cuenta de que, en particular, la nota de pago nº 10 resultaba lesiva para el demandante, pero sólo la demandante había presentado una reclamación, y de que, a primera vista, no parecía que la demandante pudiera obtener un beneficio directo de la eventual anulación de dicha nota de pago, de la que no era ni destinataria ni beneficiaria.
- 41 Se concedió a las partes tres semanas para dar respuesta a las diligencias de ordenación del procedimiento y presentar sus observaciones sobre la causa de inadmisión planteada de oficio, lo que éstas hicieron en el plazo señalado.
- 42 Como le había encomendado el Tribunal conforme al artículo 68 del Reglamento de Procedimiento, el Juez Ponente examinó las posibilidades de una solución amistosa del litigio entre los demandantes y la Comisión y propuso, en marzo de 2012, una solución que hubiera podido allanar las diferencias, pero que no recabó el acuerdo de las partes. La formación del Tribunal que conoce del asunto constató, en la reunión de Sala del 26 de abril de 2012, que la tentativa de solución amistosa había resultado fallida y decidió iniciar la fase oral.

- 43 En la vista de 21 de junio de 2012, el representante de los demandantes informó al Tribunal de que desistía de su cuarta pretensión, por la que solicitaba la anulación de la nota de pago nº 10 en la medida en que no reconocía la necesidad de una hospitalización prolongada, puesto que el despacho de liquidaciones, a la luz de las conclusiones del especialista consultado en el marco de la pericia médica externa que había solicitado, había decidido reembolsar al 100 % los gastos por la hospitalización de la demandante por encima de treinta días.

## **Sobre la admisibilidad**

### *Alegaciones de las partes*

- 44 En primer lugar, la Comisión, sin solicitar expresamente que se declare inadmisibile el recurso, manifestó sus dudas en el escrito de contestación acerca de la admisibilidad, por no haber participado en el procedimiento administrativo previo más que la demandante, que no tiene la condición de afiliada al RCSE, cuando sólo el afiliado, es decir, el demandante, estaba facultado, en virtud de los artículos 90 y siguientes del Estatuto, para iniciar el procedimiento administrativo. A este respecto, la Comisión se remite al criterio del Tribunal.
- 45 Posteriormente, en su respuesta a las diligencias de ordenación del procedimiento, la Comisión hizo suya la causa de inadmisión planteada de oficio por el Tribunal, en relación con la falta de interés en ejercitar la acción de la demandante, y solicitó formalmente al Tribunal que declarase inadmisibile el recurso, puesto que el recurso del demandante no se había visto precedido de una reclamación en virtud del artículo 90, apartado 2, del Estatuto, pese a que sólo el demandante es destinatario de la nota de pago controvertida, emitida por el despacho de liquidaciones, al no dirigirse formalmente a la demandante la factura de la clínica Anthea.
- 46 En segundo lugar, en su escrito de contestación la Comisión señaló la inadmisibilidad de la demanda por estimarla disconforme con lo establecido en el artículo 35 del Reglamento de Procedimiento, en la medida en que no menciona ni los motivos de recurso ni los fundamentos de Derecho invocados en apoyo de las pretensiones de los demandantes.
- 47 En tercer lugar, la Comisión opina que el recurso es inadmisibile dado que, al solicitar al Tribunal que califique de «grave» la enfermedad de la demandante, los demandantes pretenden que el Tribunal se pronuncie sobre cuestiones de carácter médico, que como tales quedan fuera de su competencia.
- 48 En cuarto lugar, la Comisión solicita que el recurso se declare inadmisibile por cuanto los demandantes solicitan al Tribunal, mediante algunas de sus pretensiones, que le dirija órdenes conminatorias.
- 49 Por su parte, los demandantes consideran infundada la excepción de inadmisibilidad que censura la falta de interés de la demandante en el ejercicio de la acción. El artículo 90, apartado 2, del Estatuto se refiere a todos aquellos que tienen interés en su aplicación. En el presente caso, la reclamación fue presentada por la demandante, que no dispone de ningún ingreso propio y que depende económicamente, con carácter exclusivo, de la pensión de jubilación que percibe su marido. Por lo tanto, toda circunstancia que pueda gravar el importe de esta fuente de ingresos, como la eventual retención sobre la pensión de su marido de importes adeudados por gastos médicos, le afecta directa e individualmente. El hecho de que sólo la demandante presentara la reclamación se explica por haber sido ésta la afectada por la hospitalización y por su mejor conocimiento de sus detalles, en comparación con el demandante. Los demandantes añaden que la demandante, en la medida en que ha presentado la reclamación como cónyuge del demandante, no ha actuado únicamente en nombre propio, sino también en nombre y por cuenta del demandante, y que, en todo caso, ambos presentaron la demanda, lo que debería disipar cualquier duda tanto acerca de la existencia de su

respectivo interés en el ejercicio de la acción, como sobre la regularidad del procedimiento administrativo previo. Los demandantes no se han pronunciado sobre las demás causas de inadmisión planteadas por la Comisión.

### *Apreciación del Tribunal*

- 50 Con carácter preliminar, debe precisarse que es errónea la alegación de la Comisión de que el procedimiento administrativo previo no se ha tramitado correctamente.
- 51 Conforme al artículo 90, apartados 1 y 2, del Estatuto, toda persona a la que se aplique el Estatuto puede dirigir a la AFPN bien una solicitud para que adopte una decisión a su respecto, bien una reclamación contra un acto que le sea lesivo. Por otro lado, del artículo 72, apartado 1, párrafo primero, del Estatuto se desprende que, en su condición de cónyuge de un antiguo funcionario, la demandante está cubierta contra los riesgos de enfermedad. De lo anterior se deriva que la demandante es una «persona a la que se aplica el Estatuto» en el sentido del artículo 90 de dicho Estatuto.
- 52 Esta apreciación se ve confirmada por las disposiciones de la Reglamentación común, especialmente por sus artículos 12 a 14, que prevén que el cónyuge del afiliado está asegurado por cuenta de éste, con carácter primario o complementario, según disponga o no de ingresos de origen profesional.
- 53 Es cierto que los artículos 27, 28 y 30 de la Reglamentación común reservan a los afiliados la posibilidad de presentar solicitudes de autorización previa, solicitudes de reembolso y solicitudes de anticipos para hacer frente a gastos elevados.
- 54 Sin embargo, el artículo 1 de la Reglamentación común incluye, en el concepto de beneficiarios del RCSE, tanto a los afiliados como a los asegurados por cuenta de éstos, que, conforme al artículo 26 de dicha Reglamentación, están inscritos, al igual que el propio afiliado, en la oficina central y en un despacho de liquidaciones del RCSE. En lo que atañe a la circunstancia de que la nota de pago nº 10 se dirija únicamente al demandante, no es más que la consecuencia de que, con arreglo al artículo 30 de la Reglamentación común y al punto 1 del capítulo 4 del título III de las DGA, el afiliado es quien tiene la condición de interlocutor del despacho de liquidaciones del RCSE en la presentación de una solicitud de asunción de gastos. Aun cuando en el presente caso la solicitud de asunción de gastos haya sido presentada por la demandante, actuó en nombre de su marido, posibilidad que prevé el propio formulario.
- 55 En este caso, las facturas enviadas por la clínica al despacho de liquidaciones, que éste abonó, llevaban el nombre de la demandante y, a partir del envío al demandante de la nota de pago nº 10, fue efectivamente la demandante, mejor posicionada que su cónyuge para dar cuenta de la realidad de las prestaciones efectuadas por la clínica, quien inició los trámites ante el despacho de liquidaciones, que la reconoció como interlocutora y consultó al consejo médico. Lo mismo sucedió con la presentación de una reclamación por la demandante, sobre la base del artículo 90, apartado 2, del Estatuto, contra la decisión del despacho de liquidaciones. A raíz de dicha reclamación, la AFPN solicitó el dictamen del médico asesor y del comité de gestión, acudiendo también al consejo médico, y respondió posteriormente con la adopción de la decisión desestimatoria de la reclamación, comunicada a la demandante con una cubierta dirigida a su nombre, en la que se la informaba de que podía recurrir ante el Tribunal contra dicha decisión en un plazo de tres meses a partir de su recepción.
- 56 Por consiguiente, habida cuenta de que la propia Comisión consideró a la demandante como interlocutora válida en el procedimiento administrativo previo y de que la regla *nemo potest venire contra factum proprium* obliga a la administración a respetar sus propios actos, el Tribunal considera que la Comisión no puede afirmar en esta fase que la demandante no tenía interés en presentar por sí misma, con conocimiento de causa, observaciones sobre el desglose incluido en la nota de pago nº 10,

ni en presentar una reclamación contra tal desglose. Procede añadir que, al haber interpuesto ambos demandantes el recurso ante el Tribunal, debe sobreentenderse que, tanto en el momento de presentar la solicitud de asunción de gastos como durante el procedimiento administrativo previo, los demandantes han actuado de común acuerdo, aun cuando sólo la demandante haya actuado y lo haya hecho en nombre propio. De lo anterior se deriva que el recurso no es inadmisibile por incurrir el procedimiento administrativo previo en una supuesta irregularidad.

- 57 En lo que respecta a la eventual inobservancia de lo dispuesto en el artículo 35, apartado 1, letra e), del Reglamento de Procedimiento en la presentación de la demanda, procede señalar que, conforme a dicha disposición, la demanda debe contener la cuestión objeto del litigio, así como los motivos y los hechos y fundamentos de Derecho invocados. Es jurisprudencia reiterada que estos elementos deben ser suficientemente claros y precisos para permitir a la parte demandada preparar su defensa y al Tribunal pronunciarse sobre el recurso sin contar, en su caso, con más información (sentencia del Tribunal de 1 de diciembre de 2010, Gagalís/Consejo, F-89/09, apartados 36 y 37).
- 58 El Tribunal observa que, en el presente caso, los motivos y los hechos y fundamentos de Derecho invocados no han sido objeto de enumeración. Sin embargo, pueden inferirse de una lectura atenta de la demanda.
- 59 Dado que las partes no están obligadas a utilizar el modelo de demanda que figura en Curia, el sitio de Internet del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, en la parte reservada al Tribunal de la Función Pública, bajo la rúbrica «[...] información útil», este último Tribunal, cuando examina si se reúnen los requisitos exigidos por el artículo 35, apartado 1, letra e), del Reglamento de Procedimiento, debe dar a dicha disposición una interpretación suficientemente flexible, siempre que puedan identificarse los motivos y los hechos y fundamentos de Derecho invocados, con el fin de respetar el derecho que confiere a los demandantes el artículo 19, párrafo cuarto, del Estatuto del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, aplicable al procedimiento ante el Tribunal de la Función Pública conforme al artículo 7, apartado 1, del anexo I del mismo Estatuto, para elegir libremente a su abogado, independientemente del Estado en que esté habilitado para ejercer su profesión.
- 60 En este contexto, habida cuenta de que las supuestas carencias de contenido que la Comisión atribuye a la demanda no le han impedido defenderse en el presente caso, puesto que ha podido presentar un escrito de contestación que aborda tanto la admisibilidad como el fondo del asunto, no procede declarar inadmisibile el recurso por infracción del artículo 35, apartado 1, letra e), del Reglamento de Procedimiento.
- 61 En lo que atañe a la causa de inadmisión invocada por la Comisión contra la tercera pretensión de la demanda, por la que se solicita que el Tribunal califique de «graves» la enfermedad que motivó la hospitalización de la demandante y las intervenciones a las que fue sometida, debe recordarse que de una reiterada jurisprudencia se deriva que, si bien los recursos previstos en el Estatuto no pueden utilizarse, en principio, para cuestionar apreciaciones médicas propiamente dichas, que deben considerarse definitivas cuando se efectúan en condiciones regulares, corresponde al Tribunal, sin poner en entredicho las apreciaciones médicas que fundamenten la decisión controvertida, en este caso la negativa a reconocer como grave la dolencia de la demandante, examinar si la AFPN apreció correctamente los hechos y aplicó con exactitud las disposiciones legales pertinentes al adoptar dicha decisión (sentencia del Tribunal de 18 de septiembre de 2007, Botos/Comisión, F-10/07, apartados 39 y 40). De lo anterior se deriva que no debe declararse la inadmisibilidad de la tercera pretensión de la demanda, sobre la base de las alegaciones expuestas por la Comisión.
- 62 La Comisión invoca una cuarta causa de inadmisión contra dos de las pretensiones de la demanda: la sexta, por la que se solicita que el Tribunal ordene a la Comisión que revoque la petición de devolución del importe de 41.833 euros o de cualquier otro que llegue a ser determinado, no reembolsado por el RCSE, y la séptima, por la que se solicita que el Tribunal ordene a la Comisión que se abstenga de retener de oficio sobre la pensión del demandante el mencionado importe o

cualquier otro que llegue a ser determinado. Además, el Tribunal señala que, mediante la segunda pretensión de la demanda, los demandantes le solicitan que constate y declare que no existe contra la demandante ningún motivo de crítica o reproche en lo que respecta al importe y pago de los gastos de alojamiento facturados por la clínica Anthea.

- 63 Según jurisprudencia reiterada, no corresponde al juez de la Unión dirigir órdenes conminatorias a la administración ni hacer declaraciones jurídicas en el marco del control de legalidad basado en el artículo 91 del Estatuto (sentencia del Tribunal de la Función Pública de 12 de diciembre de 2012, BS/Comisión, F-90/11, apartado 100, y la jurisprudencia citada, en casación ante el Tribunal General de la Unión Europea, asunto T-83/13 P). Por consiguiente, las tres pretensiones citadas deben declararse inadmisibles.
- 64 Por último, mediante la primera pretensión de la demanda, los demandantes solicitan al Tribunal que suspenda provisionalmente la ejecución del procedimiento de recuperación forzosa de los importes que no sean objeto de reembolso por parte del RCSE y que prohíba provisionalmente a la Comisión efectuar retenciones de oficio sobre la pensión del demandante.
- 65 Estas pretensiones eran objeto de la demanda separada presentada por los demandantes el 15 de noviembre de 2010, que dio lugar al auto de Pretis Cagnodo y Trampuz de Pretis Cagnodo/Comisión, antes citado, que las desestima.
- 66 Por lo tanto, al haber sido ya desestimadas, las referidas pretensiones no pueden someterse a la consideración del Tribunal ni ser examinadas por éste en el presente procedimiento.
- 67 En la subsanación de la demanda, los demandantes han intentado precisar sus pretensiones añadiendo tres más en un escrito complementario.
- 68 Si bien la admisibilidad de la primera pretensión del escrito complementario, dirigida a la anulación de la nota de pago nº 10, no plantea dudas, dado que se solapa con las pretensiones tercera, cuarta y quinta de la demanda, no sucede lo mismo con las pretensiones segunda y tercera del escrito complementario, por las que, respectivamente, los demandantes solicitan la anulación de la decisión de 26 de enero de 2010 y de la decisión desestimatoria de la reclamación, puesto que estas dos pretensiones no figuraban en el texto de la demanda.
- 69 En efecto, teniendo en cuenta que la subsanación de la demanda sólo puede referirse, conforme al artículo 36 del Reglamento de Procedimiento, a los requisitos enumerados en el artículo 35, apartado 1, letras a), b) y c), apartado 2 o apartado 5, del mismo Reglamento, queda excluida en esa fase la ampliación del objeto del recurso mediante la adición de nuevas pretensiones.
- 70 Por consiguiente, las pretensiones segunda y tercera que figuran en el escrito complementario son inadmisibles.

### **Sobre el fondo**

- 71 Al haberse declarado la inadmisibilidad de las pretensiones primera, segunda, sexta y séptima de la demanda, así como de las pretensiones segunda y tercera del escrito complementario de los demandantes, y al haber desistido los demandantes en la vista de la cuarta pretensión formulada en su demanda, sólo quedan por examinar las pretensiones tercera y quinta de la demanda, tal como han sido precisadas en la primera pretensión del escrito complementario. El Tribunal examinará primero la tercera pretensión y posteriormente la quinta, ambas dirigidas a la anulación de la nota de pago nº 10, de 1 de octubre de 2009, tal como fue modificada por la nota de pago nº 11, de 18 de marzo de 2011 (en lo sucesivo, «nota de pago controvertida»).

*Sobre la tercera pretensión, tal como ha sido precisada por la primera pretensión del escrito complementario, por la que se impugna la decisión del despacho de liquidaciones, tal como se desprende de la nota de pago controvertida, de limitar el reembolso de los gastos de hospitalización al 85 % por no considerarse «grave» la enfermedad de la demandante*

- 72 En apoyo de estas pretensiones de anulación, los demandantes invocan un único motivo, basado en el error manifiesto de apreciación.

#### Alegaciones de las partes

- 73 Los demandantes alegan que la administración, al no haber reconocido que la enfermedad que motivó la hospitalización de la demandante es una enfermedad grave, cometió un error manifiesto de apreciación. Tras invocar el tipo de intervención quirúrgica practicada a la demandante durante su hospitalización, la circunstancia de que tuviera que someterse a una segunda intervención de urgencia, el período durante el que tuvo que seguir una terapia de rehabilitación en otra clínica y el hecho de que requiera el uso permanente de una muleta para caminar, los demandantes llegan a la conclusión de que la enfermedad de la demandante reúne los requisitos enumerados en el título III, capítulo 5, punto 1, de las DGA para ser calificada de «grave» en el sentido de dicha disposición. Esta calificación hubiera tenido la consecuencia de que se extendiera hasta el 100 % el porcentaje de reembolso de la hospitalización de la demandante. En apoyo de esta tesis, los demandantes aportan sendos dictámenes de dos médicos especialistas y un certificado emitido por un médico especialista de un organismo de salud pública local.
- 74 La Comisión alega que la decisión relativa a la falta de gravedad de la enfermedad de la demandante se adoptó de conformidad con la legislación aplicable. Hace referencia al dictamen del médico asesor del despacho de liquidaciones, de 18 de mayo de 2010, por el que éste concluye que dos de los criterios fundamentales establecidos por las DGA no concurren en el presente caso.

#### Apreciación del Tribunal

- 75 A tenor del artículo 72, apartado 1, párrafo primero, del Estatuto, el porcentaje de reembolso de los gastos de enfermedad se eleva al 100 %, en particular, en los casos de tuberculosis, poliomiелitis, cáncer, enfermedad mental y otras enfermedades consideradas de gravedad comparable por la AFPN. El punto 1 del capítulo 5 del título III de las DGA establece los criterios que permiten considerar que una enfermedad es una enfermedad grave. En virtud de dicha disposición, se reconocen como enfermedades graves las mismas enfermedades que se enumeran en el artículo 72, apartado 1, párrafo primero, del Estatuto, con la precisión de que las enfermedades «reconocidas de gravedad comparable por la AFPN» son dolencias que asocian, en grado variable, los cuatro criterios siguientes: pronóstico vital desfavorable, evolución crónica, necesidad de medidas diagnósticas o terapéuticas mayores y presencia o riesgo de discapacidad grave.
- 76 Procede añadir, a este respecto, que el Tribunal ha declarado ya que los criterios mencionados en el apartado anterior son criterios acumulativos (sentencia Botos/Comisión, antes citada, apartados 42 y ss.). Por lo tanto, el hecho de que uno solo de ellos no se cumpla justifica que se adopte una decisión que deniegue el reconocimiento de la existencia de una enfermedad grave. El Tribunal también ha declarado que esos mismos criterios no resultan manifiestamente inapropiados o erróneos en relación con el objetivo perseguido, que es identificar las enfermedades de «gravedad comparable» a las expresamente mencionadas en el artículo 72 del Estatuto (véase la sentencia del Tribunal de 28 de septiembre de 2011, Allen/Comisión, F-23/10, apartado 49).
- 77 En efecto, las cuatro enfermedades expresamente mencionadas en el artículo 72 del Estatuto pueden acarrear, en cierto número de casos, consecuencias físicas o psíquicas de especial gravedad, presentan un carácter duradero o crónico y exigen medidas terapéuticas mayores, que a su vez requieren que se

establezca claramente el diagnóstico previo, lo que implica análisis o investigaciones específicos. Esas enfermedades pueden también exponer a la persona de que se trate a un riesgo de discapacidad grave (véase la sentencia Allen/Comisión, antes citada, apartado 50).

- 78 Además, del propio texto del artículo 72, apartado 1, del Estatuto se desprende que, aun cuando se correspondan con alguna de las cuatro enfermedades expresamente mencionadas en dicho artículo, sólo los casos que presentan una especial gravedad pueden encuadrarse en el concepto de enfermedad grave y permitir a la persona afectada acogerse al régimen más favorable, aplicable en caso de reconocimiento de la existencia de tal enfermedad (véase la sentencia Allen/Comisión, antes citada, apartado 51).
- 79 En cuanto a la cuestión de si se cometió un error al denegar el reconocimiento del carácter grave de la enfermedad de la demandante, procede recordar la jurisprudencia reiterada que se menciona en el apartado 61 de la presente sentencia, conforme a la cual los recursos previstos en el Estatuto no pueden utilizarse, en principio, para cuestionar apreciaciones médicas propiamente dichas, que deben considerarse definitivas cuando se efectúan en condiciones regulares (véanse, en este sentido, la sentencia del Tribunal de Justicia de 19 de enero de 1988, Biedermann/Tribunal de Cuentas, 2/87, apartado 8, y la sentencia del Tribunal de Primera Instancia de 16 de marzo de 1993, Blackman/Parlamento, T-33/89 y T-74/89, apartado 44).
- 80 Sin poner en entredicho las apreciaciones médicas que fundamentan la decisión que limita el reembolso de los gastos de hospitalización al 85 %, corresponde al Tribunal examinar si la AFPN apreció correctamente los hechos y aplicó con exactitud las disposiciones legales pertinentes al denegar el reconocimiento como enfermedad grave de la dolencia de la demandante (véanse, en este sentido, las sentencias del Tribunal de Primera Instancia de 7 de noviembre de 2002, G/Comisión, T-199/01, apartado 59, y de 12 de mayo de 2004, Hecq/Comisión, T-191/01, apartado 63).
- 81 Por lo tanto, corresponde al Tribunal, en el marco del control jurisdiccional limitado que debe ejercer en materia médica, examinar si, con su negativa a calificar de grave la enfermedad que motivó la hospitalización de la demandante, la AFPN cometió un error manifiesto al deducir de las observaciones médicas que le habían sido sometidas, sobre las que el Tribunal no puede pronunciarse salvo que la administración haya desnaturalizado su alcance, que no se daba la concurrencia acumulativa de los criterios mencionados (véase la sentencia Botos/Comisión, antes citada, apartado 41).
- 82 En el presente caso, la AFPN basó la decisión desestimatoria de la reclamación en el dictamen emitido por el médico asesor el 18 de mayo de 2010, conforme al cual «no se cumplen al menos dos de los criterios fundamentales [establecidos en el punto 1 del capítulo 5 del título III de las DGA]: el pronóstico vital desfavorable y la presencia o riesgo actuales de minusvalía/discapacidad grave», y confirmó la decisión del despacho de liquidaciones de no aplicar el porcentaje de reembolso al 100 % por enfermedad grave, sino el porcentaje normal del 85 %. La AFPN no incurrió, por tanto, en error manifiesto al deducir de las observaciones médicas que le habían sido sometidas que no se cumplían los requisitos previstos por las DGA para el reconocimiento de una enfermedad grave y, en consecuencia, para la aplicación del porcentaje de reembolso al 100 %.
- 83 Queda por examinar si, al seguir el dictamen del médico asesor, el despacho de liquidaciones se basó efectivamente en los criterios mencionados en el apartado 75 de la presente sentencia, a los que se supedita la consideración de una enfermedad como «grave».
- 84 A este respecto, se desprende de la jurisprudencia que, en comparación con las apreciaciones médicas propiamente dichas efectuadas por una comisión médica o por una comisión de invalidez, que se rigen por normas de funcionamiento que ofrecen garantías de equilibrio entre las partes y de objetividad, los

dictámenes emitidos de manera unilateral por los médicos asesores de las instituciones no presentan el mismo nivel de garantía en materia de equilibrio entre las partes (véase la sentencia Allen/Comisión, antes citada, apartados 68 a 70).

- 85 Por consiguiente, corresponde al Tribunal, cuando se pronuncia sobre la negativa a reconocer la existencia de una enfermedad grave, ejercer un control más exhaustivo que el que efectúa sobre las decisiones adoptadas con arreglo al artículo 73 o al artículo 78 del Estatuto, tras la intervención de la comisión médica o de la comisión de invalidez. Sin embargo, el juez ciertamente no dispone de las competencias necesarias en materia médica para poder reconocer o negar la validez de una apreciación médica, ni para decidir entre varias apreciaciones médicas contradictorias (véase, en este sentido, la sentencia Allen/Comisión, antes citada, apartados 70 y 71).
- 86 A este respecto, procede señalar que los criterios de la enfermedad grave (disminución de la esperanza de vida, evolución crónica, necesidad de medidas diagnósticas o terapéuticas mayores y presencia o riesgo de discapacidad grave) pertenecen a la categoría de las apreciaciones médicas, puesto que, para pronunciarse sobre la cuestión de si alguno de estos criterios se cumple, el médico asesor o el consejo médico del RCSE no se limitan a constatar hechos, sino que efectúan una verdadera apreciación de estos hechos, que requiere una competencia en el ámbito médico (sentencia Allen/Comisión, antes citada, apartado 75).
- 87 No obstante, aun cuando su control no se extienda a las apreciaciones propiamente médicas, como las relativas a la gravedad de una enfermedad, el juez –cuando, como en el presente caso, un demandante impugna la apreciación de su situación por la administración, cuestionando el dictamen médico en que se basa– debe asegurarse de que el médico asesor ha efectuado un examen concreto y detallado de la situación que se le ha planteado. Ha de precisarse, a este respecto, que es la administración la que debe demostrar que se ha efectuado una apreciación de ese tipo (sentencia Allen/Comisión, antes citada, apartado 76).
- 88 Según el dictamen del médico asesor, de 18 de mayo de 2010, a quien la AFPN había preguntado si la patología que había motivado la intervención quirúrgica de la demandante podía reconocerse o no como enfermedad grave en el sentido del título III, capítulo 5, punto 1, de las DGA:

«[...]

- 2) la patología de [la demandante], que motivó su intervención quirúrgica, no puede reconocerse como enfermedad grave, conforme a los criterios fijados por las DGA (título [III], capítulo 5, punto 1).

Se trata de una patología ortopédica [...]

Por su propia naturaleza, esta patología no determina un pronóstico vital desfavorable, sin que, por otro lado, la paciente se haya encontrado nunca, ni siquiera durante la hospitalización, en situación de riesgo vital.

En la actualidad, según afirma el médico especialista en ortopedia que trata a [la demandante] (informe de 22 de [marzo] de 2010), las condiciones en que se encuentra la paciente son por completo satisfactorias.

“El resultado clínico y radiológico es excelente” [...]

No se cumplen al menos dos de los criterios fundamentales para el reconocimiento de la enfermedad grave: el pronóstico vital desfavorable y la presencia o riesgo actuales de minusvalía/discapacidad grave.»

- 89 Debe precisarse que, en el presente caso, la demandante no siguió el procedimiento previsto en el punto 3 del capítulo 5 del título III de las DGA para las solicitudes de reconocimiento de enfermedad grave, que, cuando se obtiene, supone la cobertura al 100 % de los gastos ocasionados por la enfermedad grave a partir de la fecha del certificado médico que acompaña a la solicitud de reconocimiento y por una duración máxima de cinco años, sino que se limitó, en las observaciones que presentó sobre la nota de pago nº 10 y en su reclamación, a solicitar que, con el fin de obtener el reembolso al 100 % únicamente de sus gastos de hospitalización, se reconociese como grave la enfermedad que los había provocado. En este contexto, la apreciación de los cuatro criterios enunciados en el punto 1 del capítulo 5 del título III de las DGA debía efectuarse en relación con la situación médica de la demandante inmediatamente anterior a su hospitalización.
- 90 De los propios términos de su dictamen de 18 de mayo de 2010 se desprende que el médico asesor, en relación con el criterio de la presencia o riesgo de discapacidad grave, se basó en los datos médicos contenidos en un informe elaborado el 23 de marzo de 2010, más de un año después de las intervenciones quirúrgicas sufridas por la demandante, por el médico especialista en ortopedia que la trataba y efectuó su apreciación teniendo en cuenta la situación médica de la demandante en mayo de 2010 y no la inmediatamente anterior a la hospitalización, en febrero de 2009.
- 91 Por lo tanto, la posibilidad de que concurriera riesgo de discapacidad grave antes de la hospitalización de la demandante no se examinó correctamente.
- 92 Sin embargo, este error en la aplicación de las normas pertinentes no puede conducir a la anulación de la decisión del despacho de liquidaciones que deniega la calificación de enfermedad grave. En efecto, se desprende también de los términos del mencionado dictamen de 18 de mayo de 2010 que el médico asesor no se limitó a examinar si se cumplía o no un criterio concreto de los cuatro contenidos en el punto 1 del capítulo 5 del título III de las DGA, sino que se pronunció también sobre un segundo criterio, el referido al pronóstico vital desfavorable. A este respecto, indicó en dicho dictamen que la patología ortopédica que motivó la hospitalización de la demandante no determina, por su naturaleza, un pronóstico vital desfavorable y que la demandante no se había encontrado nunca, ni siquiera durante la hospitalización, en una situación de riesgo vital.
- 93 Por consiguiente, dado que los cuatro criterios para el reconocimiento de una enfermedad grave son acumulativos y deben concurrir necesariamente, aun cuando sea en grados variables, el hecho de que no se cumpliera uno en el presente caso bastaba para descartar el reconocimiento como enfermedad grave de la dolencia que motivó la hospitalización de la demandante. El despacho de liquidaciones no cometió, por tanto, ningún error manifiesto de apreciación cuando denegó la consideración de grave a la enfermedad de la demandante, sobre la base del dictamen del médico asesor de 18 de mayo de 2010, que señalaba la inexistencia de pronóstico vital desfavorable para la demandante.
- 94 Al carecer de fundamento el motivo único formulado en apoyo de la tercera pretensión, no procede anular la decisión del despacho de liquidaciones, tal como se desprende de la nota de pago controvertida, de limitar el reembolso de los gastos de hospitalización al 85 % por no considerarse «grave» la enfermedad de la demandante.

*Sobre la quinta pretensión, tal como ha sido precisada por la primera pretensión del escrito complementario, por la que se impugna la decisión del despacho de liquidaciones, tal como se desprende de la nota de pago controvertida, de dejar a cargo de los demandantes un importe de 28.800 euros por los gastos de alojamiento considerados excesivos*

- 95 En apoyo de esta pretensión, los demandantes invocan un único motivo, basado en la violación del principio de buena administración y el incumplimiento del deber de asistencia y protección.

## Alegaciones de las partes

- 96 Los demandantes están de acuerdo con la apreciación del despacho de liquidaciones sobre el carácter excesivo de los gastos de alojamiento facturados por la clínica Anthea. Consideran que un importe de 1.440 euros por día, IVA incluido, constituye una tarifa por completo desproporcionada en relación con las prestaciones ofrecidas: por un lado, una simple habitación idéntica a todas las demás de la clínica, de dimensiones normales y con mobiliario estándar, consistente en una cama de hospital ordinaria y una silla, y, por otro lado, un servicio de restauración que, a juicio de la demandante, era corriente y bastante mediocre.
- 97 En lo que respecta a la cuestión de quién debe abonar el importe de 28.800 euros por los gastos de alojamiento que el despacho de liquidaciones consideró excesivos, los demandantes alegan, en primer lugar, que, dado el considerable importe facturado por el alojamiento, el despacho de liquidaciones no debería haber pagado a la clínica Anthea sin informarlos previamente. Señalan que esta información les hubiera permitido oponerse al pago por haber indicado la clínica Anthea a la demandante, antes de la hospitalización, que los gastos de alojamiento eran de 300 euros por día. El comportamiento observado por el despacho de liquidaciones impidió a los demandantes reaccionar a tiempo y los colocó ante el hecho consumado de deber asumir el importe que el despacho de liquidaciones había considerado excesivo.
- 98 En segundo lugar, los demandantes indican que la administración no les sugirió en ningún momento la utilidad de remitir al despacho de liquidaciones un presupuesto de los gastos de alojamiento.
- 99 En tercer lugar, consideran que el despacho de liquidaciones optó por una actuación inadmisibles y gravemente perjudicial tanto en lo que a ellos respecta como, especialmente, en lo que atañe al RCSE, que corrió con un pago indebido. En este contexto, puesto que sólo la Comisión puede actuar contra la clínica Anthea para obtener el reembolso de lo abonado en exceso, no debería haberlo repercutido sobre los demandantes.
- 100 En cuarto lugar, los demandantes señalan que, en cualquier caso, el perjuicio causado por la falta de atención, de precaución y de prudencia por parte del despacho de liquidaciones no puede serles imputable.
- 101 La Comisión estima que las alegaciones de los demandantes carecen de fundamento.
- 102 En primer lugar, alega que la decisión del despacho de liquidaciones, previo dictamen del consejo médico, de imputar a los demandantes la parte de los gastos de alojamiento que se consideran excesivos, en comparación con los costes normales en el país donde se realizaron tales gastos, se basa en el artículo 20, apartado 2, de la Reglamentación común. A este respecto, la Comisión recuerda que el demandante recibió una copia del escrito de 5 de febrero de 2009 por el que el despacho de liquidaciones comunicaba a la clínica la asunción de los gastos de hospitalización de la demandante, acompañada de una nota informativa de la Oficina «Gestión y liquidación de derechos individuales» (PMO; en lo sucesivo, «nota informativa») referente a los límites de reembolso y a la recuperación de los importes anticipados, por la que se recordaba que los importes abonados por el RCSE no eran necesariamente reembolsables con arreglo al artículo 72 del Estatuto y que podían recuperarse posteriormente del afiliado.
- 103 En segundo lugar, en respuesta a la impugnación por la demandante de la nota de pago nº 10, la Comisión afirma que dio muestras de diligencia al verificar las posibilidades de alojamiento y al proporcionarle explicaciones suficientes. Además, el médico asesor, conforme al artículo 41 de la Reglamentación común, sometió el asunto al consejo médico, que emitió su dictamen en la reunión de 10 de diciembre de 2009. Según la Comisión, del acta de dicha reunión se desprende que el cálculo de

los gastos reembolsables se efectuó sobre la base de la legislación aplicable, tomando como valor de referencia los costes normales para el mismo tipo de alojamiento en el país donde se realizaron tales gastos.

#### Apreciación del Tribunal

- 104 Consta que, en virtud del artículo 20, apartado 2, de la Reglamentación común, para aquellas prestaciones para las cuales no se haya fijado un importe máximo reembolsable, como los gastos de alojamiento durante una hospitalización, no se reembolsará la parte de los gastos considerados excesivos en relación con los costes normales en el país donde se realizaron los gastos. Consta también, en virtud de la misma disposición, que la parte de los gastos que se considera excesiva es determinada caso por caso por el despacho de liquidaciones del RCSE.
- 105 En el presente asunto, las partes están de acuerdo en que la tarifa de 1.440 euros por día facturada por la clínica Anthea es excesiva en comparación con la media de los costes normales en Italia para este tipo de prestaciones, pero, sobre todo, en comparación con la tarifa de 300 euros por día, IVA incluido, que había sido indicada verbalmente a la demandante por una empleada de la clínica Anthea antes de su hospitalización. A este respecto, la demandante aportó a los autos la declaración de un testigo que se encontraba con ella, el 13 de enero de 2009, cuando se informó en la clínica Anthea sobre la tarifa de alojamiento. Del testimonio aportado por los demandantes resulta que, según las informaciones verbales de la mencionada empleada, las tarifas practicadas en aquella época por la clínica Anthea eran de 216 euros por día si el paciente compartía la habitación y estaba afiliado a la seguridad social y de 300 euros por día si la habitación era individual y el paciente contaba con un seguro privado.
- 106 Las partes difieren, no obstante, sobre la cuestión de si, como afirman los demandantes, los gastos de alojamiento que el despacho de liquidaciones consideró excesivos, en concreto 28.800 euros, deben quedar a cargo del despacho de liquidaciones, por no haber contactado a los demandantes antes de pagar la factura presentada por la clínica Anthea, o si, como afirma la Comisión, deben quedar a cargo del demandante y deducirse de su pensión de jubilación.
- 107 En primer lugar, debe constatarse que la posibilidad de que los afiliados se beneficien, conforme al artículo 30 de la Reglamentación común, de un anticipo para permitirles hacer frente a gastos elevados, en forma de asunción de los gastos en caso de hospitalización, constituye una innegable ventaja para ellos. Mediante el envío sistemático a los beneficiarios del RCSE, al presentarse la solicitud de asunción de gastos, de la nota informativa, los beneficiarios podrían verse incitados a informarse, principalmente en el centro hospitalario, sobre los costes a los que podrían verse expuestos y compararlos con las DGA en vigor, con objeto de evitar desembolsos considerables que podrían resultar no reembolsables por el RCSE y quedar, por tanto, a su cargo. Procede añadir, a este respecto, que las DGA no prevén ningún límite para los gastos de alojamiento durante una hospitalización.
- 108 En el presente caso, aunque la demandante se informó en la clínica Anthea sobre los gastos de alojamiento en que iba a incurrir, sólo recibió informaciones verbales y no un documento escrito con valor probatorio. Sin embargo, debe precisarse que, aun cuando sea preferible que los afiliados cuenten con este documento, no existe ninguna disposición, ni en la Reglamentación común ni en las DGA, que los obligue a procurarse un presupuesto formalmente correcto ni a transmitirlo al despacho de liquidaciones con la solicitud de asunción de gastos.
- 109 Por consiguiente, no puede censurarse a los demandantes haber infringido ninguna obligación o norma jurídica. Por una parte, dado que las DGA no fijan un límite para los gastos de alojamiento en caso de hospitalización, no podían comparar el importe de los gastos que le había comunicado la clínica Anthea con el que eventualmente fuera a considerarse reembolsable. Por otra parte, aun suponiendo

- que hubieran contactado con el despacho de liquidaciones para preguntar si se reembolsarían los gastos de alojamiento a razón de 300 euros por día, la respuesta habría sido en cualquier caso afirmativa, teniendo en cuenta que en la nota de pago nº 10 el mencionado despacho reembolsó dichos gastos a razón de 720 euros por día.
- 110 Por lo que respecta a la Comisión, desempeña un doble papel en el marco de la asunción de los gastos de hospitalización.
- 111 Por un lado, conforme al artículo 27 del Reglamento nº 1605/2002, aplicable por analogía a la gestión del RCSE en virtud del artículo 43 de la Reglamentación común, la Comisión debe garantizar que los ingresos y los gastos se gestionen de acuerdo con el principio de buena gestión financiera, conforme a los principios de economía, eficiencia y eficacia.
- 112 A este respecto, del artículo 52 de la Reglamentación común se desprende que la Comisión gestiona el RCSE por delegación de las demás instituciones y tiene el deber de fijar las normas por las que se rige el reembolso de los gastos médicos a fin de salvaguardar el equilibrio financiero del régimen entre gastos e ingresos. Por lo tanto, en virtud del principio de buena administración, la Comisión y, por extensión, los despachos de liquidaciones del RCSE, cuya creación figura entre las funciones de gestión de aquella y cuyo control, en lo que atañe al respeto de los principios de buena gestión financiera, queda a cargo de la oficina central, deben mostrarse vigilantes para no emplear los fondos del RCSE en el pago de facturas de hospitalización que, a primera vista, incluyen importes desproporcionados en comparación con la media de los costes de prestaciones similares en los países donde los gastos se hayan realizado. En el presente caso, el despacho de liquidaciones, dada la dirección de su sede, se encontraba en una buena posición para conocer los precios medios aplicados en materia de alojamiento por los centros hospitalarios en Italia y para reaccionar ante la facturación por la clínica Anthea de un importe de 57.600 euros por el alojamiento de la demandante durante cuarenta días.
- 113 En el marco de la asunción de gastos de hospitalización, la Comisión, por otro lado, ha de cumplir con el deber de asistencia y protección del personal de las instituciones de la Unión, beneficiario del RCSE.
- 114 Este deber de asistencia y protección obliga a la Comisión y, por extensión, a los despachos de liquidaciones del RCSE, en el caso de que reciban una factura como la que transmitió al despacho de liquidaciones la clínica Anthea –una factura de un importe muy elevado en la que, pese a que se enumeran y describen las prestaciones médicas, simplemente se facturan cuarenta días de alojamiento a razón de 1.440 euros por día, sin detallar el tipo de habitación ni las prestaciones complementarias que pudieran justificar lo elevado de esa cuantía–, a no pagar inmediatamente dicha factura, aun cuando exista asunción de gastos, y a obtener informaciones escritas del centro hospitalario que la haya emitido, informando asimismo al afiliado, al que, a fin de cuentas, el despacho de liquidaciones imputa en la mayor parte de los casos al menos un porcentaje de los gastos de hospitalización facturados y en algunos casos, como el presente, la totalidad de los gastos que se consideran excesivos.
- 115 En el caso de autos, si el despacho de liquidaciones se hubiera puesto en contacto con los demandantes antes de pagar la factura que le había dirigido la clínica Anthea, éstos podrían haber alegado en tiempo oportuno que el precio del alojamiento que se les había indicado era de 300 euros por día.
- 116 Sin embargo, el comportamiento observado por el despacho de liquidaciones, que pagó la factura sin plantear ninguna pregunta, supuso, por un lado, que los gastos del RCSE aumentaran de forma injustificada, puesto que, en lugar de un reembolso al porcentaje del 85 % de los gastos de alojamiento correspondientes a treinta días, a razón de 300 euros por día, el despacho de liquidaciones concedió un reembolso a razón de 720 euros por día.

- 117 Por otro lado, los demandantes pasaron a adeudar no sólo un importe de 28.800 euros por los gastos de alojamiento considerados excesivos por el despacho de liquidaciones, sino también el 15 % del importe correspondiente a 30 días de alojamiento, a razón de 720 euros por día, mientras que si el alojamiento se hubiese facturado de conformidad con lo comunicado a la demandante, el importe que hubiera quedado a cargo de los demandantes hubiera sido considerablemente inferior.
- 118 Por lo tanto, procede señalar que, al no haber solicitado precisiones a la clínica Anthea, antes de pagar la factura, sobre el importe facturado por el alojamiento y al no haber informado a los demandantes de dicho importe, el despacho de liquidaciones y, por extensión, la Comisión han vulnerado tanto el principio de buena administración como el deber de asistencia y protección que les incumbe para con los demandantes.
- 119 Puesto que el motivo invocado en apoyo de la quinta pretensión resulta fundado, procede anular la decisión del despacho de liquidaciones, tal como se desprende de la nota de pago controvertida, de dejar a cargo de los demandantes un importe de 28.800 euros por los gastos de alojamiento considerados excesivos.
- 120 Habida cuenta de las anteriores consideraciones, no procede estimar la solicitud formulada por los demandantes, en la octava pretensión de la demanda, para que se acuerden las diligencias de prueba que proponen.

### **Costas**

- 121 A tenor del artículo 87, apartado 1, del Reglamento de Procedimiento, sin perjuicio de las demás disposiciones del capítulo octavo del título segundo de dicho Reglamento, la parte que pierda el proceso será condenada en costas, si así lo hubiera solicitado la otra parte. Sin embargo, conforme al artículo 88 del mismo Reglamento, el Tribunal «podrá imponer una condena en costas parcial o incluso total a una parte, aunque sea la vencedora, si así lo justificase su actitud, incluso con anterioridad a la interposición del recurso, y en particular si hubiere causado a la otra parte gastos que dicho Tribunal considere abusivos o vejatorios».
- 122 En el presente caso, si bien resulta de los fundamentos anteriormente expuestos que sólo se estiman parcialmente las pretensiones formuladas por los demandantes contra la nota de pago controvertida, lo que implica que la Comisión sólo ve parcialmente desestimadas sus pretensiones a este respecto, también se deriva de tales fundamentos que la actitud del despacho de liquidaciones, que se ha considerado contraria a Derecho, ha irrogado a los demandantes gastos suplementarios, puesto que el coste del alojamiento que fue objeto de reembolso al 85 % es considerablemente superior al que podían esperar.
- 123 Teniendo en cuenta las circunstancias particulares del presente caso, con la precisión de que la aplicación del artículo 88 del Reglamento de Procedimiento no se limita a los casos en que la administración haya causado a la otra parte gastos abusivos o vejatorios, la Comisión debe cargar con sus propias costas, incluidas las generadas en el procedimiento sobre medidas provisionales, y con las costas en que hayan incurrido los demandantes, incluidas las generadas en el procedimiento sobre medidas provisionales.

En virtud de todo lo expuesto,

EL TRIBUNAL DE LA FUNCIÓN PÚBLICA (Sala Segunda)

decide:

- 1) **Anular la decisión del despacho de liquidaciones de Ispra (Italia), tal como se desprende de la nota de pago nº 10, de 1 de octubre de 2009, de dejar a cargo del Sr. de Pretis Cagnodo un importe de 28.800 euros por los gastos de alojamiento de la Sra. Trampuz de Pretis Cagnodo considerados excesivos.**
- 2) **Desestimar el recurso en todo lo demás.**
- 3) **La Comisión Europea cargará con la totalidad de sus propias costas y con la totalidad de las costas en que hayan incurrido el Sr. de Pretis Cagnodo y la Sra. Trampuz de Pretis Cagnodo.**

Rofes i Pujol

Boruta

Bradley

Pronunciada en audiencia pública en Luxemburgo, a 16 de mayo de 2013.

La Secretaria  
W. Hakenberg

La Presidenta  
M.I. Rofes i Pujol