



Recopilación de la Jurisprudencia

SENTENCIA DEL TRIBUNAL GENERAL (Sala Cuarta)

de 16 de junio de 2021 *

«Función pública — Funcionarios — Seguridad social — Artículo 73 del Estatuto — Reglamentación común relativa a la cobertura de los riesgos de accidente y enfermedad profesional — Enfermedad profesional — Artículo 9 — Solicitud de reembolso de gastos médicos — Artículo 23 — Consulta a otro médico — Negativa a solicitar el dictamen de la comisión médica sobre la base del artículo 22 — No aplicación, por analogía, del artículo 22, apartado 1, párrafo segundo — Regla de concordancia entre el recurso y la reclamación — Aplicación de la ley en el tiempo»

En el asunto T-316/19,

Arnaldo Lucaccioni, con domicilio en San Benedetto del Tronto (Italia), representado por el Sr. E. Bonanni, abogado,

parte demandante,

contra

Comisión Europea, representada por los Sres. T. Bohr y L. Vernier, en calidad de agentes, asistidos por el Sr. A. Dal Ferro, abogado,

parte demandada,

que tiene por objeto un recurso basado en el artículo 270 TFUE por el que se solicita, por una parte, la anulación de la decisión de la Comisión de 2 de agosto de 2018 por la que se deniegan las peticiones del demandante de 23 de marzo y 8 de junio de 2018 de solicitar el dictamen de la comisión médica con arreglo al artículo 22 de la Reglamentación común relativa a la cobertura de los riesgos de accidente y enfermedad profesional de los funcionarios de las Comunidades Europeas y, por otra parte, la reparación de los perjuicios supuestamente sufridos por el demandante como consecuencia de esa decisión,

EL TRIBUNAL GENERAL (Sala Cuarta),

integrado por el Sr. S. Gervasoni, Presidente, y la Sra. R. Frendo y el Sr. J. Martín y Pérez de Nanclares (Ponente), Jueces;

Secretario: Sr. E. Coulon;

dicta la siguiente

* Lengua de procedimiento: italiano.

Sentencia¹

Marco jurídico y antecedentes del litigio

Marco jurídico

[omissis]

- 3 El artículo 18 de la Reglamentación de cobertura, bajo el título «Decisiones», establece:

«Las decisiones relativas al reconocimiento del origen accidental de un acontecimiento, ya sea un acontecimiento atribuible a los riesgos laborales o de la vida privada, y sus respectivas decisiones, reconociendo el origen profesional de la enfermedad o determinando el grado de invalidez permanente, se adoptarán por la autoridad facultada para proceder a los nombramientos con arreglo al procedimiento previsto en el artículo 20:

- en virtud de las conclusiones emitidas por el médico o los médicos designados por las instituciones, y
- si el asegurado lo solicita, previa consulta a la comisión médica prevista en el artículo 22.»

- 4 Por lo que respecta a la composición y a los trabajos de la comisión médica, el artículo 22, apartado 1, párrafos primero y segundo, de la Reglamentación de cobertura, titulado «Comisión médica», establece lo siguiente:

«1. La comisión médica estará compuesta por tres médicos designados:

- el primero, por el asegurado o sus derechohabientes;
- el segundo, por la autoridad facultada para proceder a los nombramientos;
- el tercero, de común acuerdo entre los dos primeros médicos.

A falta de acuerdo para la designación del tercer médico, y en un plazo de dos meses a partir de la designación del segundo médico, el presidente del Tribunal de Justicia [de la Unión Europea], a iniciativa de una de las partes, nombrará de oficio al tercer médico.»

- 5 El artículo 23, apartado 1, párrafo primero, de la Reglamentación de cobertura, titulado «Consulta a otro médico», dispone:

«1. En todos los casos distintos a los mencionados en el artículo 18, cuando se deba tomar una decisión previo dictamen del médico designado por la autoridad facultada para proceder a los nombramientos, esta, antes de adoptar la decisión, notificará el proyecto al asegurado o a sus derechohabientes junto con las conclusiones del médico. El asegurado o sus derechohabientes podrán, en un plazo de treinta días, solicitar la consulta de otro médico, que se elegirá de común acuerdo por el médico designado por dicha autoridad y por el designado por el asegurado o sus derechohabientes. Si, transcurrido este plazo, no se ha presentado ninguna solicitud de consulta, dicha autoridad adoptará la decisión conforme al proyecto notificado.»

[omissis]

¹ Solo se reproducen los apartados de la presente sentencia cuya publicación considera útil el Tribunal General.

Procedimiento y pretensiones de las partes

- 28 Mediante demanda presentada en la Secretaría del Tribunal el 23 de mayo de 2019, el demandante interpuso el presente recurso.
- 29 El 6 de agosto de 2019, la Comisión presentó el escrito de contestación a la demanda.
- 30 El 3 de octubre de 2019, el demandante presentó el escrito de réplica.
- 31 Mediante resolución adoptada el 25 de octubre de 2019, con arreglo al artículo 27, apartado 3, del Reglamento de Procedimiento del Tribunal General, el Presidente del Tribunal reasignó el asunto a un nuevo Juez Ponente, adscrito a la Sala Cuarta.
- 32 El 18 de noviembre de 2019, la Comisión presentó el escrito de dúplica.
- 33 Mediante escrito de 19 de noviembre de 2019, se informó a las partes del cierre de la fase escrita del procedimiento, indicándoles que disponían de la posibilidad de solicitar la celebración de una vista con arreglo a los requisitos establecidos en el artículo 106 del Reglamento de Procedimiento. Mediante escrito de 13 de diciembre de 2019, el demandante solicitó la celebración de una vista dentro del plazo fijado.
- 34 En el marco de las diligencias de ordenación del procedimiento previstas en el artículo 89, apartado 3, letras a) y d), del Reglamento de Procedimiento, el Tribunal instó a las partes, el 15 de junio de 2020, a responder a una serie de preguntas y a presentar una versión legible de determinados documentos. Las partes respondieron a las preguntas y el demandante atendió al requerimiento de presentación de documentos dentro del plazo señalado.
- 35 A propuesta del Juez Ponente, el Tribunal (Sala Cuarta) acordó iniciar la fase oral del procedimiento. No obstante, dado que el demandante, a raíz de una solicitud del Tribunal, indicó en esencia, mediante escrito de 16 de julio de 2020, que finalmente no asistiría a la vista, el Tribunal (Sala Cuarta) decidió, con arreglo al artículo 108, apartado 2, del Reglamento de Procedimiento, dar por concluida la fase oral del procedimiento.
- 36 Mediante escrito separado presentado en la Secretaría del Tribunal el 16 de julio de 2020, el demandante adaptó la demanda sobre la base del artículo 86 del Reglamento de Procedimiento, de modo que el recurso tiene por objeto, en esencia, que se tome en consideración, después de que el demandante haya tenido conocimiento de este, «un acto constitutivo de un elemento nuevo que tiene por efecto reducir automáticamente las pretensiones iniciales del recurso, con el fin de “tener en cuenta este elemento nuevo”, con vistas a la anulación de la decisión de 2 de agosto de 2018 de la Comisión». Mediante escrito presentado en la Secretaría del Tribunal el 18 de septiembre de 2020, la Comisión solicitó que se declarase la inadmisibilidad del escrito de adaptación del demandante.
- 37 El 14 de septiembre de 2020, el demandante presentó un escrito que contenía un motivo nuevo. La Comisión presentó observaciones sobre dicho escrito el 30 de septiembre de 2020.
- 38 En su demanda, el demandante solicita al Tribunal, en esencia, que:
- «[Anule] la decisión de la Comisión que figura en el correo electrónico de 2 de agosto de 2018, en la segunda página, párrafo primero, mediante la cual “para impulsar el expediente, [la AFPN] decidió inspirarse en la regla expresamente prevista en el artículo 22, [apartado 1, párrafo segundo,] de la Reglamentación de cobertura para los casos en que no se alcance ningún acuerdo, en lo que respecta a la designación del tercer médico, entre el médico que representa al asegurado y el que representa a la institución, y aplicarla por analogía con el fin de designar a otro médico en el [presente] asunto”.

- Condene a la Comisión, si las facultades del Tribunal lo permiten, [a pagar al demandante] la cantidad de 21 440 euros, que corresponde al reembolso de los gastos [...] por los “tratamientos necesarios como consecuencia de las lesiones sufridas y sus manifestaciones, y, en su caso, de los gastos requeridos para la rehabilitación funcional” y necesarios para “rehabilitación con carácter de urgencia, ya que la mordida abierta podía agravar una situación clínica ya comprometida por la enfermedad con episodios continuos y reiterados de infecciones de las vías respiratorias superiores”.
- Con carácter subsidiario, ordene[,] autorice o adopte cualquier otra medida para que la Comisión reconozca que las circunstancias del caso concreto, en el caso específico del demandante y teniendo en cuenta sus antecedentes relacionados con la enfermedad profesional, están manifiestamente comprendidos en el supuesto descrito en el artículo 10 de [la antigua Reglamentación de cobertura], y reembolse la cantidad solicitada con carácter principal.
- Con carácter subsidiario de segundo grado, obligue a la Comisión, conforme al planteamiento indicado en la decisión [controvertida], que consiste en “inspirarse en la regla expresamente prevista en el artículo 22 de la Reglamentación [de cobertura]” en el caso concreto del demandante y en “aplicarla por analogía”, a solicitar el dictamen de la comisión médica, de conformidad con el artículo 20 de la Reglamentación [de cobertura].
- Condene a la Comisión al pago de intereses de demora a partir del 23 de enero de 2017, fecha de la negativa a reembolsar los gastos correspondientes a los tratamientos efectuados, hasta su pago íntegro, con arreglo al cálculo n.º 238 (anexo A.04).
- Condene a la Comisión a indemnizar al [demandante] por el perjuicio sufrido por un importe de 500 000 euros o cualquier otro importe [...] determinado *ex æquo et bono*, debido al carácter voluntario o vejatorio de los actos y omisiones ilegales de la Comisión, en particular por el comportamiento anormal de los tres médicos consultados, que, entre otras cosas, negaron las funciones más elementales de la nariz, afirmando en la práctica que, en el caso concreto del demandante, respirar por la boca es tan sano como respirar por la nariz.
- En cualquier caso, condene en costas a la Comisión.»

39 En el escrito de contestación, la Comisión solicita al Tribunal que:

- Desestime el recurso.
- Condene en costas al demandante.

40 En el escrito de réplica, el demandante solicita, además, al Tribunal que «declare, incluso mediante auto separado, que tiene derecho con carácter provisional al importe de 7 754 euros, que representa el reembolso previsto por la [oficina liquidadora] y que fue autorizado en su momento, sobre la base de los documentos presentados en dos ocasiones, que obran en poder de la Comisión».

41 En el escrito de réplica, la Comisión solicita al Tribunal que desestime también la pretensión formulada por el demandante en el escrito de réplica.

Fundamentos de Derecho

[omissis]

Sobre el fondo

- 98 La primera pretensión tiene por objeto que se anule la decisión controvertida, mediante la que, según el demandante, la AFPN se inspira erróneamente en la regla expresamente prevista en el artículo 22, apartado 1, párrafo segundo, de la Reglamentación de cobertura, aplicable en los casos en que «no se alcance ningún acuerdo entre el médico que representa al asegurado y el que representa a la institución, para designar al tercer médico» con el fin de aplicarla por analogía para designar a «otro médico».
- 99 La cuarta pretensión, formulada con carácter subsidiario de segundo grado, tiene por objeto, en esencia, que se obligue a la Comisión a inspirarse en la regla expresamente prevista en el artículo 22 de la Reglamentación de cobertura, tal como se indica en la decisión controvertida, en el caso concreto del demandante y a aplicarla por analogía, solicitando el dictamen de la comisión médica, de conformidad con el artículo 20 de la Reglamentación de cobertura.
- 100 Así, mediante la formulación de las pretensiones primera y cuarta, el demandante pretende, por una parte, impugnar la postura de la Comisión de dar preferencia a una aplicación selectiva, recurriendo en el caso de autos únicamente al apartado 1, párrafo segundo, del artículo 22 de la Reglamentación de cobertura, y, por otra parte, impugnar la decisión de la Comisión de no recurrir a todo el procedimiento previsto en dicho artículo. Por consiguiente, procede analizar conjuntamente estas dos pretensiones.
- [omissis]
- 106 En primer lugar, es preciso señalar que, contrariamente a lo que sostiene el demandante en la cuarta pretensión, que consiste, en esencia, en inspirarse en la norma de procedimiento relativa a la solicitud del dictamen de la comisión médica para que revise su solicitud de reembolso de gastos, la Reglamentación de cobertura distingue claramente dos supuestos referentes a la revisión de un proyecto de decisión.
- 107 En el primer supuesto, si el asegurado lo solicita, la decisión se adopta previa consulta a la comisión médica con arreglo al artículo 18, segundo guion, de la Reglamentación de cobertura. En el segundo supuesto, el asegurado puede solicitar la consulta de «otro médico» en todos los casos distintos de los mencionados en el artículo 18 de dicha Reglamentación. Tras la notificación de esos proyectos de decisión, ambos procedimientos establecen un plazo de sesenta días y de treinta días, respectivamente, en los que el asegurado puede solicitar la revisión de dichos proyectos. Si, transcurrido el plazo, no se ha presentado ninguna solicitud de consulta, la AFPN adoptará la decisión tal como haya sido notificada por el proyecto.
- 108 De estas disposiciones se desprende que las decisiones adoptadas, como en el presente asunto, en el marco de una solicitud de reembolso de gastos, con arreglo al artículo 9, apartado 1, de la Reglamentación de cobertura, no están comprendidas, como subraya acertadamente la Comisión, en el ámbito de aplicación material del artículo 18 de la Reglamentación de cobertura. En efecto, este artículo se refiere a «las decisiones relativas al reconocimiento del origen accidental de un acontecimiento, ya sea un acontecimiento atribuible a los riesgos laborales o de la vida privada, y sus respectivas decisiones, reconociendo el origen profesional de la enfermedad o determinando el grado de invalidez permanente». Dada la claridad de estos términos, no pueden interpretarse en el sentido de que incluyen las decisiones relativas a las solicitudes de reembolso de gastos conforme al artículo 9, apartado 1, de la Reglamentación de cobertura.
- 109 Además, contrariamente a lo que sugiere el demandante, no se trata de determinar un derecho a recurrir a todo el procedimiento aplicable a una solicitud de reembolso, sino de determinar el procedimiento de designación del «otro médico» aplicable en caso de desacuerdo entre las partes

respecto a dicha designación. En efecto, sobre este punto, el artículo 23 de la Reglamentación de cobertura no contiene ninguna laguna que justifique la aplicación de todo el procedimiento previsto en el artículo 22 de dicha Reglamentación.

- 110 Por consiguiente, las decisiones adoptadas en virtud del artículo 9, apartado 1, de la Reglamentación de cobertura se refieren a supuestos diferentes de los contemplados en el artículo 18 y se rigen por el procedimiento descrito en el artículo 23.
- 111 De la conclusión formulada en el apartado 110 anterior se desprende que el demandante no puede invocar el hecho de que, en el caso de autos, la AFPN decidiera recurrir en parte y por analogía, por lo que respecta a la designación del «otro médico» prevista en el artículo 23 de la Reglamentación de cobertura, al procedimiento previsto en el artículo 22, apartado 1, párrafo segundo, de la Reglamentación de cobertura para deducir que, *a fortiori*, todo el procedimiento previsto en dicho artículo 22 debería aplicarse a su solicitud de reembolso. Del mismo modo, tampoco puede deducirse de la negativa del médico designado por la AFPN al reembolso de gastos ningún derecho a solicitar el dictamen de la comisión médica. Por consiguiente, el primer motivo de la decisión controvertida es fundado en la medida en que el artículo 22 de la Reglamentación de cobertura no se refiere a las decisiones relativas al reembolso de gastos médicos.
- 112 En segundo lugar, habida cuenta de la conclusión alcanzada en el anterior apartado 110, procede apreciar la legalidad del recurso por analogía al procedimiento previsto en el artículo 22, apartado 1, párrafo segundo, de la Reglamentación de cobertura, rebatida por el demandante y defendida por la Comisión, para designar al «otro médico» en el sentido del artículo 23 de dicha Reglamentación.
- 113 Del tenor del artículo 9, apartado 1, de la Reglamentación de cobertura, titulado «Reembolso de los gastos», se desprende que este artículo establece un derecho al reembolso de «todos los gastos que hayan sido necesarios [...] para todas las curas y tratamientos requeridos como consecuencia de las lesiones sufridas y sus secuelas, y, si hubiera lugar, al reembolso de los gastos necesarios para su readaptación funcional y profesional». En cambio, no contiene ninguna precisión acerca del procedimiento aplicable a las solicitudes de reembolso de gastos médicos.
- 114 A este respecto, procede remitirse al artículo 23, apartado 1, de la Reglamentación de cobertura, que, de conformidad con su ámbito de aplicación material residual, define el procedimiento aplicable a las decisiones relativas a los casos no previstos en el artículo 18 de la Reglamentación de cobertura, situación que corresponde a la contemplada en la decisión controvertida.
- 115 Es cierto que, como indican las partes, el artículo 23, apartado 1, de la Reglamentación de cobertura, titulado «Consulta a otro médico», no precisa expresamente el procedimiento que debe seguirse para designar al «otro médico» con el fin de resolver, en su caso, un desacuerdo entre el médico designado por la AFPN y el médico designado por el asegurado.
- 116 No obstante, el principio de seguridad jurídica justifica una interpretación basada en las disposiciones del Derecho de la Unión con el fin de garantizar un alto grado de previsibilidad (véase, en este sentido y por analogía, la sentencia de 22 de mayo de 2008, Glaxosmithkline y Laboratoires Glaxosmithkline, C-462/06, EU:C:2008:299, apartados 32 y 33). Para garantizar esa previsibilidad, es importante mantenerse fiel, en la medida de lo posible, a la letra de las disposiciones interpretadas.
- 117 Admitir que, a falta de acuerdo entre el médico designado por la AFPN y el médico designado por el asegurado para el nombramiento del «otro médico», debe recurrirse al procedimiento previsto en el párrafo segundo del artículo 22, apartado 1, de la Reglamentación de cobertura podría modificar el ámbito de aplicación del procedimiento de consulta tal y como sus autores lo concibieron inicialmente. Además, como resulta del considerando de la Reglamentación de cobertura, corresponde

a las instituciones, y no al Tribunal, aprobar, de común acuerdo, una reglamentación de cobertura y, por ende, establecer, en su caso, dicho procedimiento o efectuar una remisión expresa al párrafo segundo del artículo 22, apartado 1, de la Reglamentación de cobertura.

- 118 Además, según reiterada jurisprudencia, aunque, en principio, sea posible una interpretación de una disposición del Derecho de la Unión «a la luz» del contexto jurídico en el que se inscribe para resolver una ambigüedad de redacción, esa interpretación no puede tener por resultado retirar todo efecto útil al tenor literal claro y preciso de la referida disposición, so pena de ser incompatible con las exigencias del principio de seguridad jurídica (véanse, en este sentido, las sentencias de 8 de diciembre de 2005, BCE/Alemania, C-220/03, EU:C:2005:748, apartado 31; de 15 de julio de 2010, Comisión/Reino Unido, C-582/08, EU:C:2010:429, apartados 46, 49 y 51 y jurisprudencia citada, y de 22 de septiembre de 2016, Parlamento/Consejo, C-14/15 y C-116/15, EU:C:2016:715, apartado 70).
- 119 Dado que las instituciones no han previsto expresamente que el Presidente del Tribunal de Justicia designe de oficio al «otro médico» ni han manifestado su acuerdo sobre dicha aplicación por analogía, no corresponde al Tribunal General imponerlo de manera jurisprudencial. A este respecto, el Tribunal General no puede ignorar el tenor claro y preciso de una disposición que establece únicamente la posibilidad de designar a «otro médico» elegido de común acuerdo por el médico designado por la AFPN y el designado por el asegurado. Por consiguiente, la Comisión no podía aplicar por analogía al caso de autos el artículo 22, apartado 1, párrafo segundo, de la Reglamentación de cobertura.
- 120 En tercer lugar, las alegaciones de la Comisión no desvirtúan la conclusión alcanzada en el apartado anterior. Dicha institución justifica el recurso a la aplicación por analogía de la regla de designación del «tercer médico» prevista en el artículo 22, apartado 1, párrafo segundo, de la Reglamentación de cobertura debido a la necesidad de encontrar una solución a la situación de estancamiento causada por la imposibilidad de nombrar a «otro médico» en el sentido del artículo 23 de la Reglamentación de cobertura y a la inexistencia, en el artículo de que se trata, de una normativa expresa aplicable en tal caso. Además, según la Comisión, optar por este recurso resulta equilibrado y permite conciliar equitativamente los intereses del antiguo funcionario y de la administración. La Comisión considera que esta opción se basa en el deber de asistencia y protección y en el principio de buena administración que incumben a la institución.
- 121 A este respecto, para empezar, la alegación de la Comisión de que, debido a la necesidad de encontrar una solución a la situación de estancamiento que caracteriza el caso de autos, la disposición del artículo 23 de la Reglamentación de cobertura debería interpretarse, ante un desacuerdo sobre la designación de «otro médico», en el sentido de que prevé el recurso por analogía al procedimiento previsto en el artículo 22, apartado 1, párrafo segundo, de la Reglamentación de cobertura es incompatible con el tenor claro de dicha disposición y, además, no encuentra ningún apoyo en otros elementos de dicha Reglamentación.
- 122 Por otra parte, procede señalar que el demandante no está de acuerdo con la alegación de la Comisión de que la opción de recurrir a la regla de designación de un tercer médico prevista en el artículo 22, apartado 1, párrafo segundo, de la Reglamentación de cobertura es equilibrada y permite conciliar equitativamente los intereses del antiguo funcionario y de la administración. En particular, las alegaciones presentadas sobre el contenido incierto del mandato de ese «otro médico» designado por el Presidente del Tribunal de Justicia, sobre la documentación que se le remitiría sin derecho de control del demandante y sobre el carácter definitivo de la decisión de este procedimiento de revisión *ad hoc* demuestran, como mínimo, que el demandante niega que esa opción sea equilibrada y concilie los intereses de ambas partes. En efecto, ante un procedimiento *ad hoc* como el controvertido, las alegaciones del demandante pueden interpretarse en el sentido de que afirman que no se respeta el principio de seguridad jurídica debido a la falta de previsibilidad de dicho procedimiento.

- 123 Además, la circunstancia de que otras disposiciones de la Reglamentación de cobertura establezcan un procedimiento similar, o de que este esté justificado por el deber de asistencia y protección y por el principio de buena administración que incumben a la institución, no puede justificar que se adopte la interpretación del artículo 23, apartado 1, párrafo primero, de la Reglamentación de cobertura que figura en la decisión controvertida.
- 124 Según reiterada jurisprudencia, el deber de asistencia y protección refleja el equilibrio de los derechos y obligaciones recíprocos que las condiciones de contratación y las normas aplicables al personal han creado en las relaciones entre la autoridad pública y los agentes del servicio público, lo que implica, en particular, que, cuando resuelve sobre la situación de un funcionario, la autoridad tome en consideración la totalidad de los elementos determinantes para adoptar su decisión y que, al hacerlo, tenga en cuenta no solo el interés del servicio, sino también el del funcionario interesado. Esta última obligación se impone a la administración por el principio de buena administración consagrado en el artículo 41 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (véanse las sentencias de 5 de diciembre de 2006, Angelidis/Parlamento, T-416/03, EU:T:2006:375, apartado 117 y jurisprudencia citada, y de 13 de diciembre de 2017, Arango Jaramillo y otros/BEI, T-482/16 RENV, no publicada, EU:T:2017:901, apartado 131 y jurisprudencia citada).
- 125 Además, las obligaciones que se desprenden para la administración del deber de asistencia y protección se ven sustancialmente reforzadas cuando se discute la situación de un funcionario cuya salud, física o mental, está afectada (véase la sentencia de 18 de noviembre de 2014, McCoy/Comité de las Regiones, F-156/12, EU:F:2014:247, apartado 106 y jurisprudencia citada; véase también, en este sentido y por analogía, la sentencia de 7 de noviembre de 2019, WN/Parlamento, T-431/18, no publicada, EU:T:2019:781, apartado 106).
- 126 No obstante, en el marco del deber de asistencia y protección, la protección de los derechos e intereses de los funcionarios debe estar siempre limitada por el respeto de las normas en vigor (véase la sentencia de 5 de diciembre de 2006, Angelidis/Parlamento, T-416/03, EU:T:2006:375, apartado 117 y jurisprudencia citada). En particular, este deber no puede llevar a la administración a dar a una disposición comunitaria un efecto contrario a los términos claros y precisos de dicha disposición (sentencias de 27 de junio de 2000, K/Comisión, T-67/99, EU:T:2000:169, apartado 68, y de 26 de marzo de 2020, Teeäär/BCE, T-547/18, EU:T:2020:119, apartados 87 a 89).
- 127 En el presente asunto, si bien es cierto que la decisión controvertida se inscribe en el marco más general de una solicitud de reembolso de gastos médicos vinculada a la enfermedad profesional del demandante, el hecho de que las obligaciones de la administración derivadas del deber de asistencia y protección se vean sustancialmente reforzadas no significa que la Comisión pueda contradecir los términos claros y precisos del artículo 23, apartado 1, párrafo primero, de la Reglamentación de cobertura. Si bien, en virtud del deber de asistencia y protección, la Comisión está efectivamente obligada a encontrar una solución a la situación de bloqueo existente, esta solución debe ser respetuosa con el marco normativo al que está sujeta.
- 128 Por consiguiente, la Comisión no puede invocar el deber de asistencia y protección para justificar la aplicación analógica de la regla de designación del tercer médico prevista en el artículo 22, apartado 1, párrafo segundo, de la Reglamentación de cobertura, puesto que lo dispuesto en el artículo 23, apartado 1, párrafo primero, de dicha Reglamentación se opone a tal aplicación y, además, no es incompatible con ningún principio general del Derecho (véase, en este sentido, la sentencia de 15 de febrero de 2011, Marcuccio/Comisión, F-81/09, EU:F:2011:13, apartado 55).
- 129 En cuarto lugar, las alegaciones del demandante tampoco desvirtúan la conclusión alcanzada en el anterior apartado 119. En primer término, este alega, en esencia, que tiene derecho a que se le aplique el procedimiento de consulta a la comisión médica previsto en el artículo 22 de la Reglamentación de cobertura, ya que el dictamen de un órgano colegiado ofrece más garantías que el de un único médico cuando se trata de un expediente y un mandato prácticamente secretos. A este respecto, el demandante

parece hacer referencia, en particular, al respeto de su derecho de defensa, en el marco del artículo 23 de dicha Reglamentación, tanto durante el procedimiento de examen que llevó a la adopción del proyecto de decisión de 30 de junio de 2017 como durante el procedimiento de revisión actualmente pendiente. Más concretamente, menciona, por un lado, la toma en consideración de su expediente médico personal y de sus antecedentes relacionados con la enfermedad profesional y, por otro, la puesta a disposición del «otro médico», por parte del médico del asegurado, de documentos adecuados en el caso de autos.

- 130 A este respecto, de la jurisprudencia se desprende que, en el marco de su examen concreto y detallado de la situación que se les ha planteado, los médicos designados por la AFPN deben pronunciarse sobre la base de la literatura científica, pero no pueden ignorar el estado de salud efectivo y completo de la persona de que se trate. Por lo demás, esta obligación de tener en cuenta la situación personal del asegurado es consecuencia del deber de asistencia y protección (véanse, en este sentido, las sentencias de 9 de diciembre de 2009, Comisión/Birkhoff, T-377/08 P, EU:T:2009:485, apartado 88, y de 25 de mayo de 2016, GW/Comisión, F-111/15, EU:F:2016:122, apartado 40).
- 131 Asimismo, el «otro médico» encargado de revisar la pertinencia del reembolso de la prestación médica en relación con la enfermedad profesional del demandante debe conocer la amplitud y las consecuencias que esta produce y tener acceso al contenido de las decisiones.
- 132 Además, de la jurisprudencia se desprende que, para emitir válidamente un dictamen médico, es preciso que el médico pueda tener conocimiento de todos los documentos que puedan ser útiles para su apreciación (véanse, por analogía, las sentencias de 15 de julio de 1997, R/Comisión, T-187/95, EU:T:1997:119, apartado 49, y de 29 de febrero de 2012, AM/Parlamento, F-100/10, EU:F:2012:24, apartado 92). De este modo, como recuerda acertadamente la Comisión, el médico designado por el asegurado tiene la posibilidad de presentar y defender su punto de vista presentando documentos complementarios.
- 133 En segundo término, la alegación del demandante que tiene por objeto demostrar que los médicos de la Comisión no son imparciales, a la luz de la sentencia de 24 de octubre de 1996, Comisión/Royale belge (C-76/95, EU:C:1996:406), carece de fundamento y no desvirtúa la conclusión alcanzada en el anterior apartado 119. En efecto, mediante esta alegación formulada de manera general y esta referencia jurisprudencial sucinta, el demandante no expone de qué modo en el caso de autos, y respecto de qué entidad concretamente, los médicos designados por la institución han incurrido en falta de imparcialidad al adoptar una decisión relativa al reembolso de los gastos solicitados.
- 134 Por consiguiente, el procedimiento de examen y el de revisión, tal como se regulan en el artículo 23 de la Reglamentación de cobertura, ofrecen garantías suficientes sobre el respeto del derecho de defensa del demandante en el marco del examen de su solicitud de reembolso de gastos, por lo que este no puede reivindicar el nombramiento de una comisión médica para garantizar el respeto de estos derechos.
- 135 Por lo tanto, el segundo motivo de la decisión controvertida, según el cual la administración decidió inspirarse en la regla prevista en el artículo 22, apartado 1, párrafo segundo, de la Reglamentación de cobertura para solicitar al Presidente del Tribunal de Justicia que designara de oficio a «otro médico», es jurídicamente erróneo.
- 136 Sin embargo, de la jurisprudencia se desprende que, cuando algunos fundamentos de una decisión pueden, por sí mismos, justificarla de modo suficiente en Derecho, los vicios de los que pudieran adolecer otros fundamentos del acto carecen, en cualquier caso, de influencia en su parte dispositiva. Además, cuando la parte dispositiva de una decisión de la Comisión se basa en varios pilares de razonamiento, cada uno de los cuales podría servirle de fundamento por sí solo, en principio solo procede anular dicho acto si todos esos pilares adolecen de ilegalidad. En tal supuesto, un error u otra ilegalidad que únicamente afectase a uno de los pilares del razonamiento no podría bastar para

justificar la anulación de la decisión controvertida, dado que dicho error no habría podido tener una influencia decisiva en la parte dispositiva adoptada por la institución autora de dicha decisión (véase la sentencia de 10 de noviembre de 2017, Icap y otros/Comisión, T-180/15, EU:T:2017:795, apartado 74 y jurisprudencia citada).

¹³⁷ En el caso de autos, el error de Derecho de que adolece el segundo motivo de la decisión controvertida no puede dar lugar a la anulación de dicha decisión, dado que no pudo influir en su resultado. En efecto, conforme a la conclusión alcanzada por el Tribunal en los anteriores apartados 110 y 111, el primer motivo de la decisión controvertida, que indica que el procedimiento previsto en el artículo 22 de la Reglamentación de cobertura no se refiere a las decisiones relativas al reembolso de gastos médicos, es fundado y basta para justificar de modo suficiente en Derecho la negativa a solicitar el dictamen de la comisión médica manifestada en la decisión controvertida.

¹³⁸ Por lo tanto, procede desestimar por infundadas las pretensiones primera y cuarta.

[omissis]

En virtud de todo lo expuesto,

EL TRIBUNAL GENERAL (Sala Cuarta)

decide:

1) Desestimar el recurso.

2) Condenar en costas al Sr. Arnaldo Lucaccioni.

Gervasoni

Frendo

Martín y Pérez de Nanclares

Pronunciada en audiencia pública en Luxemburgo, a 16 de junio de 2021.