Recopilación de la Jurisprudencia

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

de 13 de junio de 2012*

«Función pública — Antiguo funcionario — Seguridad social — Accidente — Conclusión del procedimiento de aplicación del artículo 73 del Estatuto — Aplicación temporal del baremo anexo a la versión nueva de la Reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de accidente y enfermedad profesional — Duración del procedimiento»

En el asunto F-31/10,

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

Christian Guittet, antiguo funcionario de la Comisión Europea, con domicilio en Cannes (Francia), representado por Me L. Levi, abogado,

parte demandante,

contra

Comisión Europea, representada por los Sres. J. Currall y D. Martin, en calidad de agentes, asistidos por Me J.-L. Fagnart, abogado,

parte demandada,

EL TRIBUNAL DE LA FUNCIÓN PÚBLICA (Sala Tercera),

integrado por el Sr. S. Van Raepenbusch (Ponente), Presidente, y los Sres. R. Barents y K. Bradley, Jueces;

Secretario: Sr. J. Tomac, administrador;

habiendo considerado los escritos obrantes en autos y celebrada la vista el 7 de marzo de 2012;

dicta la siguiente

Sentencia

1 Mediante demanda presentada en la Secretaría del Tribunal el 14 de mayo de 2010, el Sr. Guittet, antiguo funcionario de la Comisión Europea, solicita, en particular, la anulación de la decisión de 27 de julio de 2009 por la cual la autoridad facultada para proceder a los nombramientos (en lo

* Lengua de procedimiento: francés.

sucesivo, «AFPN») puso fin al procedimiento incoado con arreglo al artículo 73 del Estatuto de los Funcionarios de la Unión Europea (en lo sucesivo, «Estatuto») y fijó los daños causados a su integridad física y psíquica (en lo sucesivo, «AIPP»), en el 64,5 %.

Marco jurídico

Estatuto

2 En virtud del artículo 73, apartados 1 y 2, del Estatuto:

«1. Los funcionarios estarán asegurados contra los riesgos de enfermedad profesional y de accidente, desde el día de su incorporación al servicio, en las condiciones que se establezcan en una reglamentación adoptada por acuerdo conjunto de las instituciones de [la Unión], previo informe del Comité del Estatuto. […]

2. Las prestaciones garantizadas serán las siguientes:

[…]

b) En caso de invalidez permanente total:

Entrega al interesado de un capital equivalente a ocho anualidades de su sueldo base calculadas según la cuantía de los sueldos mensuales percibidos en los doce meses anteriores al accidente.

c) En caso de invalidez permanente parcial:

Entrega al interesado de una parte de la cantidad prevista en [la letra] b) anterior, calculada según el baremo establecido en la reglamentación prevista en el apartado 1 anterior.

[…]

Las prestaciones enumeradas anteriormente serán compatibles con las previstas en el Capítulo 3 siguiente.»

Reglamentación de cobertura adoptada en aplicación del artículo 73 del Estatuto

Ámbito de aplicación y disposiciones transitorias

3 El 1 de enero de 2006 entró en vigor la Reglamentación común de las instituciones de la Unión Europea relativa a la cobertura de los riesgos de accidente y enfermedad profesional (en lo sucesivo, «Reglamentación de cobertura» o «Reglamentación de cobertura nueva») prevista en el artículo 73, apartado 1, del Estatuto, que sustituye a la Reglamentación común de cobertura preexistente, cuya última modificación databa del 18 de julio de 1997 (en lo sucesivo, «Reglamentación de cobertura anterior»).

4 El artículo 1 de la Reglamentación de cobertura es del tenor siguiente:

«La presente Reglamentación establece, en cumplimiento del artículo 73 del Estatuto, las condiciones en las que el asegurado estará cubierto en el mundo entero contra los riesgos de accidente y enfermedad profesional.

Estarán asegurados con arreglo a la presente Reglamentación:

— los funcionarios;

— los agentes temporales;

— los agentes contractuales.»

5 El artículo 30 de la Reglamentación de cobertura contiene las siguientes disposiciones transitorias:

«Queda derogada la [Reglamentación de cobertura anterior].

No obstante, seguirá siendo aplicable a todo proyecto de decisión adoptado en virtud del apartado 1 del artículo 20 antes del 1 de enero de 2006 […]»

6 El artículo 31 de la Reglamentación de cobertura establece:

«La [Reglamentación de cobertura nueva] entrará en vigor el primer día del mes siguiente al mes durante el cual el presidente del Tribunal de Justicia de [la Unión Europea] haga constar el común acuerdo de las instituciones previsto en el apartado 1 del artículo 73 del Estatuto.

Será aplicable a partir de la misma fecha.»

Concepto de invalidez permanente

7 El artículo 11 de la Reglamentación de cobertura, titulado «Invalidez permanente», es del tenor siguiente:

«1. La invalidez permanente total o parcial se medirá por [los AIPP] tal como se fijan por el baremo europeo para la evaluación de los daños causados a la integridad física y psíquica, que figura en el anexo A.

Serán de aplicación las modalidades prácticas de utilización del baremo que figuran en el anexo B.

[...]

2. En caso de invalidez permanente total del asegurado producida a consecuencia de un accidente o de una enfermedad profesional, [los AIPP] serán del 100 % y le será pagado el capital previsto en la letra b) del apartado 2 del artículo 73 del Estatuto.

3. En caso de invalidez permanente parcial del asegurado producida a consecuencia de un accidente o de una enfermedad profesional, se le pagará el capital previsto en la letra c) del apartado 2 del artículo 73 del Estatuto determinado en función de los porcentajes previstos en el baremo […].

4. La lesión de miembros y órganos ya afectados sólo se indemnizará en cuanto a la diferencia antes y después del accidente.

5. [...]

6. La indemnización total resultante de varios tipos de invalidez producidos en el mismo accidente se obtendrá sumando los porcentajes correspondientes, sin poder exceder ni el capital íntegro asegurado por invalidez permanente total, ni la suma parcial asegurada por la pérdida total o la pérdida completa del empleo del miembro o del órgano dañado.»

8 La Reglamentación de cobertura anterior establecía en su artículo 12 lo siguiente:

«1. En caso de invalidez permanente total del funcionario producida a consecuencia de un accidente o de una enfermedad profesional, le será pagado el capital previsto en [la letra] b) del apartado 2 del artículo 73 del Estatuto.

2. En caso de invalidez permanente parcial del funcionario producida a consecuencia de un accidente o de una enfermedad profesional, se le pagará el capital determinado en función de los porcentajes previstos en el baremo de invalidez recogido en el anexo.»

Indemnización complementaria

9 El artículo 13 de la Reglamentación de cobertura establece que, previo dictamen de los médicos designados por las instituciones o de la comisión médica citada en el artículo 22, se concederá al asegurado una indemnización complementaria de la pagada en caso de invalidez permanente parcial por el perjuicio estético, el perjuicio sexual (distinto del daño a la función reproductora), los dolores excepcionales no objetivados, pero médicamente plausibles, y las consecuencias negativas para las actividades de ocio propias del asegurado. Esta indemnización se determinará en función de la tabla de evaluación de los perjuicios particulares específicos que figura en el anexo C de la Reglamentación de cobertura.

Disposiciones procesales

10 El artículo 18 de la Reglamentación de cobertura establece que las decisiones relativas al reconocimiento del origen accidental de un acontecimiento o al reconocimiento del origen profesional de la enfermedad o determinando el grado de invalidez permanente se adoptarán por la AFPN con arreglo al procedimiento previsto en el artículo 20 de la propia Reglamentación, 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 de dicha Reglamentación.

11 En virtud del artículo 19, apartado 3, de la Reglamentación de cobertura, titulado «Estabilización de las lesiones»:

«La decisión por la que se establece el grado de invalidez se producirá una vez se hayan estabilizado las lesiones del funcionario. Las secuelas del accidente o de la enfermedad profesional se habrán estabilizado cuando adquieran carácter estacionario, o cuando no vayan a atenuarse sino muy lentamente y de una forma muy limitada. A estos efectos, el funcionario deberá transmitir un informe médico en el que se haga constar la estabilización de su estado y se especifique la naturaleza de sus lesiones. Sin embargo, el médico o médicos designados por la institución o la comisión médica prevista en el artículo 22 podrán pronunciarse sobre la estabilización incluso en ausencia de este informe médico.

[...]»

12 El artículo 20 de la Reglamentación de cobertura establece lo siguiente:

«1. Antes de adoptar una decisión con arreglo al artículo 18, la [AFPN] notificará al asegurado o a sus derechohabientes el proyecto de decisión, junto con las conclusiones del médico o los médicos designados por la institución. El asegurado o sus derechohabientes podrán solicitar que se transmita el informe médico completo al médico de su elección, o que el mismo les sea comunicado.

2. El asegurado o sus derechohabientes podrán, en un plazo de [60] días, solicitar el dictamen de la comisión médica prevista en el artículo 22. En la solicitud de dictamen de la comisión médica se deberá indicar el nombre del médico que represente al asegurado o a sus derechohabientes y se deberá adjuntar un informe de dicho médico en el que se precisen al médico o los médicos designados por la institución las cuestiones médicas disputadas, con vistas a la aplicación de las disposiciones de la presente Reglamentación.

3. Si, transcurrido este plazo, no se ha presentado ninguna solicitud de consulta de la comisión médica, la [AFPN] adoptará la decisión conforme al proyecto notificado.»

13 La Reglamentación de cobertura anterior establecía en su artículo 20, párrafo primero:

«La decisión por la que se establece el grado de invalidez se producirá una vez se hayan estabilizado las lesiones del funcionario. A estos efectos, el funcionario deberá transmitir un informe médico en el que se hagan constar la curación o la estabilización de su estado y se especifique la naturaleza de sus lesiones.»

14 Con arreglo al artículo 22 de la Reglamentación de cobertura, titulado «Comisión médica»:

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

— el primero, por el asegurado o sus derechohabientes;

— el segundo, por la [AFPN];

— 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 […], a iniciativa de una de las partes, nombrará de oficio al tercer médico.

Cualquiera que sea su forma de designación, el tercer médico deberá tener conocimientos probados en materia de evaluación y reparación de daños corporales.

2. La institución definirá el mandato conferido a la comisión médica. Dicho mandato abarcará las cuestiones de carácter médico planteadas por el informe del médico representante del asegurado o de sus derechohabientes y otros informes médicos pertinentes transmitidos con arreglo al apartado 2 del artículo 20.

Los honorarios y gastos de los médicos que componen la comisión médica deberán fijarse de acuerdo con una escala establecida por los [j]efes de [a]dministración de las instituciones […], según la complejidad del expediente atribuido a la comisión médica.

Antes de confirmar el mandato de la comisión médica, la institución informará al asegurado o a sus derechohabientes de los honorarios y gastos que podrán correr de su cuenta en aplicación del apartado 4 del presente artículo. Ni el asegurado, ni sus derechohabientes, podrán en ningún caso recusar al tercer médico a causa del importe de los honorarios y gastos por este solicitados. No obstante, les será posible, en cualquier momento, renunciar al procedimiento de consulta a la comisión médica. En este caso, los honorarios y gastos del médico elegido por el asegurado o sus derechohabientes, y la mitad de los honorarios y gastos del tercer médico, correrán de su cuenta en lo que respecta a la parte de los trabajos realizada.

El asegurado o sus derechohabientes tendrán que responder ante su médico de las sumas con él convenidas, independientemente de lo que acepte pagar la institución.

3. La comisión médica examinará de forma colegiada todos los documentos disponibles y que puedan ser de utilidad para sus apreciaciones, y toda decisión se adoptará por mayoría. Corresponderá a la comisión médica establecer sus propias normas de procedimiento y modalidades de funcionamiento. El tercer médico estará encargado de la secretaría y de la redacción del informe. La comisión médica podrá solicitar exámenes complementarios y consultar a expertos con vistas a completar el expediente u obtener dictámenes que le sirvan para llevar a buen término su misión.

La comisión médica sólo podrá emitir dictámenes médicos sobre los hechos sometidos a su análisis o puestos en su conocimiento.

En el caso de que la comisión médica, cuya misión se limita al aspecto puramente médico del expediente, considere que se halla en presencia de un litigio de naturaleza jurídica, se declarará incompetente.

Al concluir sus trabajos, la comisión médica hará constar sus conclusiones en un informe que estará dirigido a la [AFPN].

Sobre la base de este informe, la [AFPN] notificará al asegurado o a sus derechohabientes su decisión, acompañada de las conclusiones de la comisión médica. El asegurado o sus derechohabientes podrán solicitar que se transmita el informe completo de la comisión al médico de su elección, o que el mismo les sea comunicado.

4. Los gastos de los trabajos de la comisión médica correrán a cuenta de la institución de la que dependa el asegurado.

Sin embargo, cuando el dictamen de la comisión médica se ajuste al proyecto de decisión de la [AFPN], el asegurado o sus derechohabientes deberán hacerse cargo de los honorarios y gastos accesorios del médico que ellos eligieron y de la mitad de los honorarios y gastos accesorios del tercer médico, corriendo la institución a cargo del resto.

[…]»

15 La Reglamentación de cobertura anterior establecía lo siguiente en su artículo 23, relativo a la comisión médica:

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

— el primero, por la [AFPN];

— el segundo, por el funcionario o sus derechohabientes;

— 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 […], a iniciativa de una de las partes, nombrará de oficio al tercer médico.

Al concluir sus trabajos, la comisión médica hará constar sus conclusiones en un informe que estará dirigido a la [AFPN] y al funcionario o a sus derechohabientes.

2. Los gastos de los trabajos de la comisión médica correrán a cuenta de la institución de la que dependa el funcionario.

Cuando el médico designado por el funcionario no resida en el lugar de destino de este, correrá a cuenta del funcionario el coste suplementario de los honorarios que suponga tal designación, excepto los gastos de transporte en ferrocarril en primera clase o en avión en clase turista, que serán reembolsados por la institución. Esta disposición no resultará aplicable cuando se trate de un accidente sufrido en ejercicio o con ocasión del ejercicio de las funciones, o *in itinere,* o de una enfermedad profesional.

Cuando el dictamen de la comisión médica se ajuste al proyecto de decisión de la [AFPN] notificado al funcionario o a sus derechohabientes con arreglo al artículo 21, estos deberán hacerse cargo de los honorarios y gastos accesorios del médico que ellos eligieron y de la mitad de los honorarios y gastos accesorios del tercer médico, corriendo la institución a cargo del resto, salvo cuando se trate de un accidente sufrido en ejercicio o con ocasión del ejercicio de las funciones, o *in itinere*.

Sin embargo, en casos excepcionales, y por decisión de la [AFPN] adoptada previo informe del médico designado por esta, la institución podrá correr a cargo de todos los gastos contemplados en los párrafos anteriores.»

Antecedentes de hecho

16 El demandante sufrió un accidente grave el 8 de diciembre de 2003. Dicho accidente dio lugar a su declaración de invalidez, de conformidad con el artículo 78 del Estatuto, con efectos de 1 de julio de 2005.

17 Por otra parte, como consecuencia de la declaración de accidente presentada por la cónyuge del demandante, la Comisión incoó un procedimiento de conformidad con el artículo 73 del Estatuto.

18 El 10 de abril de 2005, el médico designado por la institución emitió un informe intermedio al efecto de que se determinara una indemnización provisional. En ese informe, dicho médico estimaba que el porcentaje de invalidez permanente sería como mínimo del 20 % en el momento de la estabilización.

19 El 30 de mayo de 2005, el demandante se dirigió a la Oficina de Gestión y Liquidación de los Derechos Individuales (en lo sucesivo, «PMO»), solicitando que se volviera a examinar el expediente con vistas a la fijación de la parte incontestable del porcentaje de invalidez permanente «en un nivel más adecuado a la realidad».

20 La PMO atendió a dicha solicitud del demandante y pidió al médico designado por la institución que concretara la parte incontestable del porcentaje de invalidez permanente, y que para ello tuviera en cuenta, en su caso, las alegaciones que había formulado el demandante en el sentido de que dicho porcentaje debería ser más alto.

21 En un segundo informe intermedio, fechado el 1 de julio de 2005, el médico designado por la institución estimó que se podía fijar en el 40 % la parte incontestable del porcentaje de invalidez permanente.

22 Sobre la base de este informe, la PMO concedió al demandante, mediante decisión de 8 de agosto de 2005, una indemnización provisional por importe de 381 812,22 euros. El demandante recibió el pago de dicha indemnización en noviembre de 2005.

23 Por lo que se refiere a la estabilización de sus lesiones, el demandante había transmitido entre tanto a la PMO un informe, emitido el 28 de junio de 2005 por un médico de su elección, que especificaba que sus lesiones se habían estabilizado. La Comisión señala, sin que se haya alegado nada en contrario, que dicho informe fue comunicado a la PMO el 30 de junio de 2005.

24 En un informe de 21 de septiembre de 2006, emitido de conformidad con el artículo 20, apartado 1, de la Reglamentación de cobertura, el médico designado por la institución hizo constar que las secuelas del demandante se encontraban estabilizadas desde el 28 de junio de 2005; aplicando la Reglamentación de cobertura nueva, dicho médico especificó que el porcentaje de AIPP del demandante era del 62 %, que se desglosaba de la manera siguiente: un 37 % por las secuelas ORL (12 % por la pérdida auditiva, 3 % por los acúfenos, 20 % por los trastornos del equilibrio y 2 % por la olfacción), un 15 % por las secuelas reumatológicas y un 10 % por las secuelas psicoafectivas. Además, dicho médico hizo constar que el demandante padecía un perjuicio estético permanente de 3/7, que justificaba la concesión de una indemnización complementaria de un 1,5 %.

25 Mediante proyecto de decisión de 7 de noviembre de 2006 y sobre la base del informe de 21 de septiembre de 2006 del médico designado por la institución, la AFPN concedió al demandante un capital de 606 126,90 euros, correspondiente a unos AIPP del 63,5 %, del que procedía restar el importe de la indemnización provisional de 381 812,22 euros que se le había otorgado. De ese modo, el demandante recibió a finales de 2006 un pago de 224 314,68 euros, que completaba la indemnización provisional que ya se le había abonado.

26 Dado que estaba en desacuerdo con el proyecto de decisión de 7 de noviembre de 2006, el demandante solicitó, mediante escrito de 18 de enero de 2007, el dictamen de la comisión médica.

27 Puesto que el médico designado por el demandante y el médico designado por la institución no habían alcanzado un acuerdo sobre el tercer médico que debía formar parte de la comisión médica, el demandante solicitó al Presidente del Tribunal de Justicia, mediante escrito de 5 de mayo de 2007, que designara de oficio a dicho médico. Teniendo en cuenta la designación del tercer médico y que éste la había aceptado, la PMO le otorgó mandato en nombre de la comisión médica el 25 de julio de 2007.

28 La comisión médica celebró dos reuniones (el 3 de enero y el 13 de octubre de 2008), tras las cuales el tercer médico emitió un informe fechado el 12 de noviembre de 2008 (en lo sucesivo, «informe de la comisión médica»).

29 El informe de la comisión médica confirma que el porcentaje de AIPP del demandante es del 62 %, y que el perjuicio estético permanente de 3/7 justifica la concesión de una indemnización complementaria de un 1,5 %. Además, hace constar que el demandante padece un deterioro de su calidad de vida, ligado a una pérdida de la capacidad para continuar con sus actividades de ocio, de 2/7, que justifica la concesión de una indemnización complementaria de un 1 %.

30 El informe de la comisión médica confirma asimismo el día 28 de junio de 2005 como fecha de estabilización de las lesiones del demandante.

31 El informe de la comisión médica fue firmado por el médico designado por la institución.

32 Mediante escritos de 2 de diciembre de 2008, 21 de enero de 2009 y 28 de marzo de 2009, el médico designado por el demandante expresó su desacuerdo con el informe de la comisión médica, que acabó por firmar y remitir al tercer médico el 28 de marzo de 2009. Por lo que se refiere a las conclusiones de dicho informe, el médico designado por el demandante alegó que la comisión médica debería haber utilizado el baremo anterior para la evaluación de los AIPP, lo cual habría llevado a establecer un porcentaje más alto de invalidez permanente.

33 La PMO recibió el informe de la comisión médica el 9 de junio de 2009. En consideración a dicho informe, la AFPN reconoció al demandante, mediante decisión de 27 de julio de 2009, un porcentaje de AIPP que alcanzaba en total el 64,5 %, y le señaló que se procedería a pagarle el resto del capital que se le debía, por un importe de 9 543,31 euros y correspondiente a un porcentaje de AIPP de un 1 %. La suma de que se trata se le pagó al demandante el 9 de noviembre de 2009.

34 El 23 de octubre de 2009, el demandante interpuso, con arreglo al artículo 90, apartado 2, del Estatuto, una reclamación contra la decisión de 27 de julio de 2009 de la AFPN. A dicha reclamación añadió una argumentación detallada, fechada el 8 de diciembre de 2009. La reclamación fue desestimada por decisión de 15 de febrero de 2010 de la AFPN.

Pretensiones de las partes

35 El demandante solicita al Tribunal que:

— Anule la decisión de 27 de julio de 2009 de la AFPN por la cual se puso fin al procedimiento incoado con arreglo al artículo 73 del Estatuto, tras su accidente de 8 de diciembre de 2003, y por la que se le reconocía un porcentaje de AIPP del 64,5 %.

— Anule, en la medida en que resulte necesario, la decisión de 15 de febrero de 2010, por la que se desestimó su reclamación.

— En consecuencia, ordene que se realice la evaluación del porcentaje de sus AIPP sobre la base de la Reglamentación de cobertura y del baremo para la evaluación de los AIPP que estaban en vigor el día del accidente y que lo siguieron estando hasta el 1 de enero de 2006, y ordene que una comisión médica formada de manera imparcial, independiente y neutral, que pueda realizar sus trabajos con celeridad, con independencia y sin apriorismos vuelva a examinar la solicitud que presentó con arreglo al artículo 73 del Estatuto.

— Condene a la Comisión al pago de intereses de demora sobre el capital que se le debe con arreglo al artículo 73 del Estatuto, a un tipo del 12 % y por un período iniciado a más tardar el 8 de diciembre de 2004 y que finalice en el momento del pago del total del capital.

— Condene a la Comisión al pago de daños y perjuicios, fijados *ex æquo et bono* en 50.000 euros, por el perjuicio moral que ha sufrido a causa de la decisión que impugna.

— Fije en 15.000 euros la indemnización por el perjuicio material que ha sufrido.

— Condene a la Comisión a cargar con la totalidad de las costas.

36 La Comisión solicita al Tribunal que:

— Declare el recurso inadmisible o, al menos, carente de fundamento.

— Resuelva sobre las costas con arreglo a Derecho.

Fundamentos de Derecho

Sobre el objeto del litigio

37 Además de la anulación de la decisión de 27 de julio de 2009, por la que la AFPN decidió reconocerle un porcentaje de AIPP del 64,5 % (en lo sucesivo, «decisión de 27 de julio de 2009»), el demandante solicita la anulación de la decisión de 15 de febrero de 2010, por la que se desestimó su reclamación. A este respecto, debe recordarse que la pretensión de anulación dirigida formalmente contra la desestimación de una reclamación da lugar a que se someta al Tribunal el acto contra el cual se presentó la reclamación y está, como tal, desprovista de contenido autónomo (véanse, en este sentido,

las sentencias del Tribunal de Justicia de 17 de enero de 1989, Vainker/Parlamento, 293/87, apartado 8, y del Tribunal de Primera Instancia de 6 de abril de 2006, Camós Grau/Comisión, T-309/03, apartado 43).

38 Dado que la pretensión de anulación dirigida contra la decisión de desestimación de la reclamación interpuesta contra la decisión de 27 de julio de 2009 está desprovista, en el caso de autos, de contenido autónomo, hay que considerar que el recurso se dirige formalmente contra esta última decisión.

Sobre la pretensión de anulación

39 En apoyo de su pretensión de anulación, el demandante invoca ocho motivos:

— primer motivo, basado en la ilegalidad del baremo para la evaluación de los AIPP que se le aplicó;

— segundo motivo, basado en el incumplimiento de un acuerdo suscrito entre la Comunidad Europea y una empresa de seguros, y en la infracción del artículo 73 del Estatuto, por entender en este segundo caso que la Comisión dio prioridad a los intereses «de la aseguradora»;

— tercer motivo, basado en la infracción del plazo razonable en la vulneración del principio de buena administración y en el incumplimiento del deber de asistencia y protección;

— cuarto motivo, basado en la vulneración de los principios de seguridad jurídica y de no retroactividad y en el menoscabo de los derechos adquiridos;

— quinto motivo, basado en que no se le puede oponer la Reglamentación de cobertura nueva;

— sexto motivo, basado en la irregularidad de la designación del tercer médico de la comisión médica y en la vulneración del principio de buena fe;

— séptimo motivo, basado en la vulneración de los principios de colegialidad, independencia, imparcialidad y neutralidad que deben regir los trabajos de la comisión médica;

— octavo motivo, basado en que la comisión médica incumplió su propio mandato, en que el informe de la comisión médica adolece de un error manifiesto y en la motivación inadecuada de dicho informe.

40 Procede examinar ante todo el cuarto motivo, basado en la vulneración de los principios de seguridad jurídica y de no retroactividad y en el menoscabo de los derechos adquiridos.

Sobre el motivo basado en el menoscabo de los derechos adquiridos y en la vulneración de los principios de seguridad jurídica y de no retroactividad

– Sobre la admisibilidad del motivo

41 La Comisión entiende que no procede admitir el motivo. En su opinión, dicho motivo ya fue invocado por el demandante en el marco de una reclamación presentada con anterioridad, durante el procedimiento incoado con arreglo al artículo 73 del Estatuto. Pues bien, según la Comisión, tal reclamación fue desestimada por decisión de 31 de julio de 2006, que, al no haber sido impugnada, adquirió firmeza.

42 Sin embargo, no cabe duda de que la decisión de 27 de julio de 2009 es un acto lesivo y de que la desestimación de la reclamación que invoca la Comisión es anterior a dicha decisión, extremos ambos que no han sido cuestionados por la Comisión.

43 Pues bien, es admisible que el demandante alegue cualquier motivo, argumento o hecho que pueda cuestionar la legalidad de un acto lesivo, aunque ya haya invocado ese mismo motivo, argumento o hecho en apoyo de una reclamación anterior dirigida contra un acto diferente (véase, en este sentido, la sentencia del Tribunal de la Función Pública de 14 de septiembre de 2011, A/Comisión, F-12/09, apartado 136, objeto de un recurso de casación ante el Tribunal General de la Unión Europea, asunto T-595/11 P).

– Sobre la procedencia del motivo

44 Con arreglo a los artículos 30 y 31 de la Reglamentación de cobertura nueva, queda derogada la Reglamentación de cobertura anterior, y la Reglamentación nueva entrará en vigor el primer día del mes siguiente al mes durante el cual el Presidente del Tribunal de Justicia haga constar el común acuerdo de las instituciones previsto en el apartado 1 del artículo 73 del Estatuto, y es aplicable a partir de la misma fecha. En el caso de autos, dado que el presidente del Tribunal de Justicia hizo constar el 13 de diciembre de 2005 el común acuerdo de las instituciones previsto en el apartado 1 del artículo 73 del Estatuto, la Reglamentación de cobertura nueva entró en vigor el 1 de enero de 2006. No obstante, el artículo 30, párrafo segundo, de la Reglamentación de cobertura nueva especifica que la Reglamentación de cobertura anterior, que se debe interpretar en el sentido de que incluye el baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la misma, «seguirá siendo aplicable a todo proyecto de decisión [adoptado por la AFPN] antes del 1 de enero de 2006», esto es, a todo proyecto de decisión adoptado antes de dicha fecha y cuyo objeto fuera el reconocimiento del origen accidental de un acontecimiento o el origen profesional de una enfermedad, el establecimiento del grado de AIPP y el importe del capital correspondiente.

45 El demandante entiende que aplicarle el baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura nueva menoscaba los derechos que adquirió durante la vigencia de las disposiciones de la Reglamentación de cobertura anterior. Alega que el accidente, la declaración de accidente e incluso la estabilización de las lesiones generan derechos que adquiere el asegurado en sus fechas respectivas. Por consiguiente, aun cuando la AFPN no había adoptado todavía ningún proyecto de decisión en el marco del procedimiento incoado tras su accidente de 8 de diciembre de 2003, se le debería haber aplicado el baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior.

46 De ese modo, el demandante alega que el artículo 30 de la Reglamentación de cobertura es ilegal en la medida en que dispone que el baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior siga siendo aplicable a los procedimientos iniciados antes del 1 de enero de 2006, fecha de entrada en vigor de la Reglamentación de cobertura nueva, sólo cuando dichos procedimientos hayan alcanzado en tal fecha la fase de la adopción del proyecto de decisión por parte de la AFPN, mientras que, en su opinión, la Reglamentación de cobertura anterior debe seguir siendo de aplicación hasta el fin del procedimiento incoado con arreglo al artículo 73 del Estatuto, dado que el accidente, la declaración de accidente o la estabilización de las lesiones tuvieron lugar antes del 1 de enero de 2006.

47 A este respecto, procede recordar, con carácter preliminar, que, según un principio generalmente aceptado, una norma nueva se aplica de manera inmediata, salvo excepción, a las situaciones que aún no han surgido, así como a los efectos futuros de las situaciones originadas, y sin embargo no constituidas plenamente, durante la vigencia de la norma anterior (véanse, en este sentido, las sentencias del Tribunal de Justicia de 15 de febrero de 1978, Bauche y Delquignies, 96/77, apartado 48; de 16 de mayo de 1979, Tomadini, 84/78, apartado 21; de 5 de febrero de 1981,

P./Comisión, 40/79, apartado 12; de 10 de julio de 1986, Licata/CES, 270/84, apartado 31, y de 29 de enero de 2002, Pokrzeptowicz-Meyer, C-162/00, apartado 50; el auto del Tribunal de Justicia de 13 de junio de 2006, Echouikh, C-336/05, apartado 54; la sentencia del Tribunal de Justicia de 22 de diciembre de 2008, Centeno Mediavilla y otros/Comisión, C-443/07 P, apartados 61 a 63; y las sentencias del Tribunal de la Función Pública de 30 de noviembre de 2006, Balabanis y Le Dour/Comisión, F-77/05, apartado 39, y de 4 de septiembre de 2008, Lafili/Comisión, F-22/07, apartado 84).

48 Por tanto, en el caso de autos, procede comprobar si, en el momento en que empezó a ser aplicable la Reglamentación de cobertura nueva, esto es, el 1 de enero de 2006, el demandante se encontraba, como afirma, en una situación que se hubiera constituido plenamente durante la vigencia del baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior. Sólo en esa situación cabría reconocer que al demandante se le ha aplicado retroactivamente el baremo de la Reglamentación de cobertura nueva –baremo que, por lo demás, no cabe considerar que sea una norma de procedimiento [véase, *a contrario sensu,* la sentencia del Tribunal de Justicia de 6 de julio de 1993, CT Control (Rotterdam) y JCT Benelux/Comisión, C-121/91 y C-122/91, apartados 22 y 23]–. En tal caso, procedería examinar la excepción de ilegalidad invocada por el demandante y, más concretamente, la legalidad de la aplicación retroactiva del baremo de la Reglamentación de cobertura nueva a la luz de los principios de seguridad jurídica y de respeto de la confianza legítima.

49 Antes de examinar esa cuestión, debe destacarse que, de conformidad con el artículo 12, apartado 2, de la Reglamentación de cobertura anterior, al igual que con el artículo 11, apartado 3, de la Reglamentación de cobertura nueva, el capital previsto en el artículo 73, apartado 2, letra c), del Estatuto en caso de invalidez permanente parcial se determina en función de los porcentajes previstos en los baremos para la evaluación de los AIPP anexos a cada una de esas dos reglamentaciones, respectivamente.

50 En estas circunstancias, para que la situación de un asegurado se haya constituido plenamente durante la vigencia del baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior, debe acreditarse que, a más tardar el día anterior a la entrada en vigor de la Reglamentación de cobertura nueva, esto es, el 31 de diciembre de 2005, su situación podía generar el derecho a que se fijaran sus AIPP siguiendo los porcentajes previstos en el baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior.

51 A este respecto, procede señalar que, para que el asegurado adquiera el derecho a que se fijen sus AIPP, no basta con que se produzcan el accidente o la enfermedad profesional.

52 Efectivamente, el artículo 73 del Estatuto establece que los funcionarios estarán «asegurados» contra los riesgos de enfermedad profesional y accidente «desde el día de su incorporación al servicio». Dicha disposición establece asimismo que las prestaciones para estos riesgos están «garantizadas» al funcionario.

53 No obstante, si bien el legislador de la Unión instauró un régimen de seguro contra los riesgos de accidente y enfermedad profesional, las instituciones, actuando con arreglo al artículo 73, apartado 1, del Estatuto, han sometido el acceso al derecho a las prestaciones de seguro de que se trata, y por tanto su pago, al cumplimiento de un determinado número de condiciones.

54 De ese modo, de conformidad con el artículo 20, párrafo primero, de la Reglamentación de cobertura anterior, al igual que con el artículo 19, apartado 3, de la Reglamentación de cobertura nueva, la decisión por la que se establece el grado de AIPP se producirá una vez se hayan estabilizado las lesiones del funcionario, entendiéndose por estabilización el estado de una víctima cuyas lesiones se han fijado de una forma que ya no parecen susceptibles de curación o de mejora y en el cual, además,

no parece indicado, en principio, un tratamiento de no ser para evitar una agravación del mismo (sentencia del Tribunal de Primera Instancia de 21 de mayo de 1996, W/Comisión, T-148/95, apartado 36).

55 Ello significa, como declaró el Tribunal de Justicia en su sentencia de 14 de julio de 1981, Suss/Comisión (C-186/80, apartado 15; véase asimismo la sentencia del Tribunal de la Función Pública de 17 de febrero de 2011, Strack/Comisión, F-119/07, apartado 88), que el derecho al pago de la indemnización prevista en el artículo 73, apartado 2, letra c), del Estatuto en caso de invalidez permanente parcial, como en el caso de autos, nace sólo cuando se han estabilizado todas las lesiones. Del mismo modo, el asegurado goza del derecho a que se fijen sus AIPP sólo a partir de esa fecha.

56 Dado que la situación del asegurado, por lo que se refiere a su derecho a que se establezca el porcentaje de sus AIPP, está constituida plenamente en el momento de la estabilización de sus lesiones, se le debe aplicar, en principio, el baremo para la evaluación de los AIPP que esté en vigor en la fecha de dicha estabilización.

57 Por lo demás, procede destacar que, a diferencia de lo que sostiene la Comisión, la situación en materia de cobertura contra los riesgos de accidente o enfermedad profesional del asegurado es claramente distinta de la situación en materia de derecho a clasificación en grado del candidato seleccionado de una oposición, objeto de controversia de la sentencia Centeno Mediavilla y otros/Comisión, antes citada (apartados 63 a 68). Efectivamente, la clasificación en grado del candidato seleccionado de una oposición se supedita al nombramiento del interesado. Pues bien, la administración dispone de una amplia facultad de apreciación por lo que se refiere al nombramiento de los candidatos seleccionados de una oposición, facultad que es consecuencia de que los textos no establezcan que los candidatos seleccionados de una oposición ostenten, por serlo, un derecho al nombramiento. Por el contrario, la indemnización del asegurado tras un accidente o una enfermedad profesional no obedece a una elección de la administración en virtud de una amplia facultad de apreciación, sino a la constatación de la existencia de una invalidez permanente tras la estabilización.

58 Efectivamente, como señala la Comisión, en la fecha de la estabilización de las lesiones el asegurado aún no es acreedor de una «deuda de dinero», sino sólo de una «deuda de valor», puesto que el importe que se le debe sólo se determinará en el momento en que la AFPN adopte la decisión que, sobre la base de las valoraciones médicas, establezca el porcentaje de AIPP y el importe del capital correspondiente.

59 No obstante, si bien el crédito del asegurado no es líquido hasta el momento en que la AFPN, sobre la base del dictamen del médico de la institución o de la comisión médica, adopte la decisión que determina el importe del capital debido, dicha decisión, que, en principio, pone fin al procedimiento incoado con arreglo al artículo 73 del Estatuto, presupone que se haya establecido el porcentaje de AIPP del asegurado. Pues bien, la cuestión que se plantea en el caso de autos es justamente determinar cuál es el baremo para la evaluación de los AIPP en función del cual corresponde al médico designado por la institución y, en su caso, a la comisión médica evaluar los AIPP de un asegurado cuyas lesiones corporales o psíquicas se hayan estabilizado antes de la entrada en vigor de la Reglamentación de cobertura nueva.

60 Por último, si la fecha en que la AFPN adopta el proyecto de decisión que establece el porcentaje de AIPP del asegurado y el importe del capital correspondiente debiera ser considerada la fecha pertinente para determinar el baremo para la evaluación de los AIPP aplicable, tal como se desprende del artículo 30 de la Reglamentación de cobertura nueva, ello podría dar lugar a la aplicación de normas diferentes a personas cuyas lesiones se han estabilizado en el mismo momento, en función del grado de celeridad que mostrara la administración en la tramitación de sus expedientes respectivos, lo cual introduciría el riesgo de que se produjeran arbitrariedades (véase, en relación con la

determinación del Derecho aplicable en materia de liquidación de derechos a pensión complementaria, la sentencia del Tribunal General de 18 de octubre de 2011, Purvis/Parlamento, T-439/09, apartados 39 y 40).

61 En el presente asunto, se desprende de los autos y, concretamente, del informe de 21 de septiembre de 2006 del médico designado por la institución, que como fecha de estabilización de las lesiones del demandante se fijó el día 28 de junio de 2005. Por tanto, a partir de dicha fecha el demandante ostentaba el derecho a que se calculara su porcentaje de AIPP en función del baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura de los riesgos de accidente y enfermedad profesional aplicable en dicha fecha, es decir, de acuerdo con el baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior.

62 Habida cuenta de las consideraciones anteriores, debe afirmarse que el artículo 30 de la Reglamentación de cobertura nueva afecta a situaciones constituidas plenamente durante la vigencia del baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior, por lo que se refiere a asegurados que hayan sufrido un accidente o una enfermedad profesional y cuyas lesiones se hayan estabilizado antes de la fecha de entrada en vigor de la Reglamentación de cobertura nueva, esto es, el 1 de enero de 2006, en la medida en que dicho artículo dispone que, cuando no exista proyecto de decisión de la AFPN que establezca el porcentaje de AIPP, el baremo anexo a la Reglamentación de cobertura nueva será de aplicación a los referidos asegurados. Por tanto, a este respecto, el artículo 30 de la Reglamentación de cobertura nueva confiere alcance retroactivo al baremo anexo a la misma.

63 Pues bien, por regla general, el principio de seguridad jurídica se opone a que el punto de partida del ámbito de aplicación temporal de un acto de la Unión se fije en una fecha anterior a su entrada en vigor (véase, en este sentido, la sentencia del Tribunal de Justicia de 22 de noviembre de 2001, Países Bajos/Consejo, C-110/97, apartado 151, y la jurisprudencia citada).

64 Sin embargo, puede ocurrir de otro modo, únicamente con carácter excepcional, siempre que lo exija el fin perseguido y se respete debidamente la confianza legítima de los interesados (sentencias del Tribunal de Justicia de 25 de enero de 1979, Racke, 98/78, apartado 20; de 13 de noviembre de 1990, Fedesa y otros, C-331/88, apartado 45, y Países Bajos/Consejo, antes citada, apartado 151).

65 Es preciso considerar que, en el caso de autos, no se cumplen los requisitos mencionados en el apartado anterior. En primer lugar, la Comisión no ha acreditado que exista un fin que exija la aplicación retroactiva de la Reglamentación de cobertura nueva. A este respecto, la alegación basada en las deficiencias del baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior, que, en las palabras usadas por *Informations administratives,* nº 91-2005, de 19 de diciembre de 2005, al anunciar al personal de la Comisión la entrada en vigor de la Reglamentación de cobertura nueva, era «arcaico, de uso difícil, y carente de una perspectiva europea» [el baremo anterior era el *Barème Officiel Belge des Invalidités* (BOBI)], no explica de manera convincente por qué era necesario, para alcanzar el objeto de modernizar dicho baremo, otorgarle alcance retroactivo.

66 En segundo lugar, la aplicación del baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura nueva a asegurados que hayan sufrido antes del el 1 de enero de 2006, fecha de entrada en vigor de dicha Reglamentación, un accidente o una enfermedad profesional, y cuyas lesiones se hayan estabilizado antes de esa misma fecha, ha vulnerado, forzosamente, la confianza legítima de dichos asegurados.

67 Aun suponiendo que, como señaló la Comisión durante la vista, la aplicación del baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura nueva pueda, según la naturaleza de las lesiones de que se trate, dar lugar en unas ocasiones a un aumento de la cobertura del riesgo de accidente o enfermedad profesional en comparación con el baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior, y en otras a una disminución de dicha cobertura, la

unidad y la aplicación uniforme de una Reglamentación de cobertura de los riesgos de accidente y enfermedad profesional adoptada por acuerdo conjunto de las instituciones exigen, en principio, que la entrada en vigor de dicha Reglamentación se produzca en la misma fecha en todas las instituciones y para todo el personal de las mismas, salvo disposición en contrario que pretenda justamente proteger los derechos adquiridos durante la vigencia de la Reglamentación anterior (véase, por analogía, la sentencia Racke, antes citada, apartado 16). Si bien es cierto que no puede prohibirse a las instituciones que extiendan a situaciones surgidas y constituidas definitivamente durante la vigencia de la Reglamentación de cobertura anterior los beneficios de la Reglamentación de cobertura nueva si ésta resulta más favorable a los asegurados, en la Reglamentación de cobertura nueva no figura disposición transitoria alguna en ese sentido.

68 De todo lo anterior resulta que debe declararse ilegal la Reglamentación de cobertura nueva en la medida en que dispone que se aplique el baremo anexo a la misma a asegurados que hayan sufrido un accidente o una enfermedad profesional y cuyas lesiones se hayan estabilizado con anterioridad a la entrada en vigor de dicha Reglamentación.

69 Por tanto, se equivocaron al aplicar el baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura nueva, en primer lugar la comisión médica, en su informe de 9 de junio de 2009, y después la AFPN, en la adopción de su decisión de 27 de julio de 2009. Por consiguiente, procede anular por este motivo la decisión de 27 de julio de 2009, sin que sea necesario pronunciarse, en el marco de la presente pretensión de anulación, sobre los demás motivos invocados por el demandante.

Sobre las pretensiones de indemnización

70 El demandante invoca tres tipos de perjuicios diferentes: un perjuicio que, en su opinión, justifica el pago de intereses de demora, un perjuicio material y un perjuicio moral.

Sobre el pago de intereses de demora

71 El demandante solicita al Tribunal que condene a la Comisión al pago de intereses de demora sobre el capital que se le debe con arreglo al artículo 73 del Estatuto.

72 El demandante no concreta, en la parte de sus escritos que se refiere a dicha solicitud de indemnización, en qué responsabilidad basa tal solicitud. Sin embargo, el demandante sí señala, de manera más general, que la Comisión debe responder por las ilegalidades invocadas en apoyo de la pretensión de anulación.

73 A la luz de los motivos y alegaciones formulados a ese respecto, queda claro que el demandante basa su solicitud de pago de intereses de demora en su alegación de que la administración no se pronunció en un plazo razonable.

74 Por tanto, procede examinar si el plazo de adopción de la decisión de 27 de julio de 2009 fue más prolongado de lo que habría sido razonable.

75 En primer lugar, procede recordar que las disposiciones del artículo 20 de la Reglamentación de cobertura anterior establecen que el asegurado deberá transmitir un informe médico en el que se haga constar la estabilización de su estado, de manera que la AFPN pueda adoptar una decisión que establezca el porcentaje de AIPP.

76 Pues bien, en el caso de autos, la PMO no fue informada de la estabilización de las lesiones del demandante (estabilización que tuvo lugar el 28 de junio de 2005) hasta el informe emitido el 28 de junio de 2005 por un médico elegido por el demandante y comunicado a la propia PMO el 30 de junio de 2005.

77 Por consiguiente, por lo que se refiere al período de tiempo que va del 8 de diciembre de 2003, fecha del accidente, al 30 de junio de 2005, fecha en que la PMO recibe el informe, relativo a la estabilización de las lesiones, emitido por el médico designado por el demandante, el plazo transcurrido es imputable, por tanto, al menos en su mayor parte, al demandante.

78 En segundo lugar, debe considerarse que el plazo de unos quince meses hasta que el médico designado por la institución emitió su informe destinado a la AFPN, con fecha 21 de septiembre de 2006, no es más prolongado de lo que habría sido razonable. Efectivamente, dicho médico basó su valoración en seis exámenes complementarios realizados durante el referido período y correspondientes al menos a cuatro especialidades médicas distintas (psiquiatría, oftalmología, reumatología y otorrinolaringología).

79 A continuación, el proyecto de decisión de 7 de noviembre de 2006 de la AFPN, que establece el porcentaje de AIPP del demandante y el importe del capital concedido a éste en consecuencia, le fue comunicado al demandante el 21 de noviembre del mismo año, esto es, en el plazo de tres meses desde la fecha en que el médico designado por la institución emitió su informe, lo cual no debe considerarse más prolongado de lo que habría sido razonable.

80 Dado que estaba en desacuerdo con el proyecto de decisión de 7 de noviembre de 2006 de la AFPN, que establecía su porcentaje de AIPP y el importe de su indemnización, el demandante solicitó el dictamen de la comisión médica mediante escrito de 18 de enero de 2007.

81 Puesto que el médico designado por el demandante y el médico designado por la institución no habían alcanzado un acuerdo sobre el tercer médico que debía formar parte de la comisión médica, el demandante solicitó al presidente del Tribunal de Justicia, mediante escrito de 5 de mayo de 2007, que designara de oficio a dicho médico.

82 Habida cuenta de la designación del tercer médico y de que éste la había aceptado, la PMO le otorgó mandato en nombre de la comisión médica el 25 de julio de 2007.

83 De ese modo, el plazo transcurrido entre la fecha del proyecto de decisión de 7 de noviembre de 2006 y el 25 de julio de 2007, fecha en que la comisión médica pudo comenzar sus trabajos, responde, por tanto, a las vicisitudes propias del procedimiento, y no es imputable a la inactividad de la Comisión.

84 A continuación, la comisión médica emitió su informe el 12 de noviembre de 2008, esto es, unos quince meses después de estar en condiciones de iniciar sus trabajos. Debe considerarse que dicho plazo no es más prolongado de lo que habría sido razonable, habida cuenta de las circunstancias del caso.

85 Efectivamente, un primer informe de la comisión médica, si bien incompleto, fue redactado por el tercer médico ya el 10 de enero de 2008, después de que se hubiera celebrado la primera reunión de la comisión médica el 3 de enero anterior. Sin embargo, dicho informe dio lugar al cruce de una serie de escritos, a saber, uno del médico designado por el demandante, dos del propio demandante y otro del médico designado por la institución.

86 En el informe que emitió el 12 de noviembre de 2008 en nombre de la comisión médica, el tercer médico señaló, en particular, que a uno de los escritos del demandante se acompañaban «numerosos anexos voluminosos» relativos a las actividades extraprofesionales del demandante. El tercer médico especificó lo siguiente, refiriéndose asimismo a que el demandante había realizado en un escrito de 28 de febrero de 2008 nuevos comentarios relativos a la ayuda de un tercero:

«Personalmente nos sorprendió la importancia de su solicitud, habida cuenta de las quejas expresadas durante la primera [reunión], y asimismo habida cuenta de las preguntas precisas que le habíamos planteado durante dicha primera [reunión]…»

87 Si bien no puede reprocharse a un asegurado que facilite a la comisión médica, en el marco de un procedimiento sustanciado con arreglo al artículo 73 del Estatuto, toda la documentación o todos los comentarios que considere necesarios para que dicha comisión se pueda pronunciar, resulta claro que la presentación de documentos voluminosos, al igual que la comunicación durante el desarrollo del procedimiento de nuevos comentarios relativos a cuestiones ya abordadas, contribuye a la ampliación del plazo de adopción de una decisión que ponga fin al procedimiento.

88 Por otra parte, el tercer médico señaló, también en el informe de 12 de noviembre de 2008 de la comisión médica, que le había resultado difícil acordar una fecha para la segunda reunión de la comisión médica, especialmente con el médico designado por el demandante, y que dicha reunión no se había podido celebrar hasta el 13 de octubre de 2008.

89 Es cierto que el médico designado por el demandante señaló mediante escrito de 2 de diciembre de 2008 que había propuesto los días 26 y 29 de septiembre de 2008 para la reunión de la comisión médica y que esas fechas no les habían convenido a los demás miembros de la comisión médica. Sin embargo, tales iniciativas del médico designado por el demandante no le eximen de su parte de responsabilidad en la ampliación del plazo necesario para fijar la fecha de la segunda reunión de la comisión médica.

90 De ese modo, a la luz de los acontecimientos anteriores, el plazo de unos quince meses que transcurrió entre el 25 de julio de 2005, fecha en que la comisión médica estuvo en condiciones de iniciar sus trabajos, y el 12 de noviembre de 2008, fecha del informe de la comisión médica, no debe considerarse más prolongado de lo que habría sido razonable.

91 A continuación, el informe de la comisión médica no fue comunicado a la PMO hasta el 9 de junio de 2009, esto es, unos siete meses después de que el tercer médico lo emitiera. Sin embargo, dicho plazo se explica, al menos en parte, porque, antes, el médico designado por el demandante solicitó mediante escritos de 2 de diciembre de 2008 y 21 de enero de 2009 al tercer médico, que era el encargado de la redacción del informe de la comisión médica, que lo modificara –mientras que los otros dos miembros de la comisión médica estaban de acuerdo con su contenido– y, al no lograrlo, no remitió el informe con su firma hasta el 28 de marzo de 2009.

92 Por último, sobre la base del informe de la comisión médica, que había recibido el 9 de junio de 2009, la AFPN adoptó la decisión de 27 de julio de 2009 y la comunicó al demandante, que tuvo conocimiento de la misma el 9 de agosto de 2009. El plazo de dos meses transcurrido, de ese modo, entre el 9 de junio de 2009, fecha en que la AFPN pudo disponer del informe de la comisión médica, y el 9 de agosto de 2009, fecha en que notificó al demandante la decisión de 27 de julio de 2009, no debe considerarse más prolongado de lo que habría sido razonable.

93 En definitiva, debe considerarse que ninguno de los plazos transcurridos en las distintas etapas del procedimiento que concluyó con la adopción de la decisión de 27 de julio de 2009 fue más prolongado de lo que habría sido razonable.

94 Además, incluso teniendo en cuenta el efecto acumulativo de todos esos plazos y la parte imputable a retrasos de la administración, de lo mencionado en los apartados anteriores se desprende que la decisión de 27 de julio de 2009 no se adoptó en un plazo más prolongado de lo que habría sido razonable (véase, en este sentido, la sentencia del Tribunal de 13 de enero de 2010, A y G/Comisión, F-124/05 y F-96/06, apartado 394).

95 De lo anterior resulta que procede desestimar la pretensión del demandante de que se condene a la Comisión al pago de intereses de demora sobre el capital que ya se le ha pagado.

96 Sin embargo, parece que el demandante incluye en el capital sobre la base del cual se deben calcular los intereses de demora no sólo el capital que ya se le ha pagado, sino también el capital adicional que, de acuerdo con su criterio, se le pagará sobre la base del baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior.

97 Por lo que se refiere a la pretensión que tiene por objeto obtener el pago de intereses de demora sobre la suma adicional de la que, de acuerdo con su criterio, es acreedor el demandante como consecuencia de la aplicación del baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior, un pago de esas características supone no sólo que se acredite suficientemente que al demandante puede corresponderle un porcentaje de AIPP superior al que le reconoció la decisión de 27 de julio de 2009, sino también que pueda ya establecerse el porcentaje de AIPP que le corresponderá sobre la base de dicho baremo. Pues bien, no es éste el caso. Por consiguiente, aun suponiendo que se pueda considerar que el demandante formuló dicha pretensión, ésta es prematura y, por tanto, debe desestimarse.

Sobre el perjuicio material

98 El demandante incluye, en el perjuicio material que estima haber sufrido, gastos vinculados al funcionamiento de la comisión médica, gastos vinculados a la reanudación de los trabajos de la comisión médica tras la anulación de la decisión de 27 de julio de 2009 y gastos y honorarios de su asesor durante la fase previa al recurso.

99 Por lo que se refiere a los gastos vinculados al funcionamiento de la comisión médica, dichos gastos incluyen los honorarios del médico designado por el demandante, gastos de desplazamiento y otros gastos. El demandante evalúa el total de esos gastos en 5.500 euros.

100 Sin embargo, el demandante no remite en sus escritos a ningún documento de los autos que pueda justificar dicho importe.

101 Ahora bien, según la jurisprudencia, el perjuicio cuya reparación se solicita debe ser real y cierto, cuestión que incumbe demostrar a la parte demandante (véase, por ejemplo, la sentencia del Tribunal de Justicia de 9 de noviembre de 2006, Agraz y otros/Comisión, C-243/05 P, apartado 27).

102 Además, la demanda no contiene proposición de prueba al respecto. Pues bien, en virtud del artículo 39, apartado 1, letra e), del Reglamento de Procedimiento del Tribunal, la demanda contendrá la proposición de prueba, si procediere.

103 A falta de los elementos de prueba mencionados en los apartados anteriores, debe concluirse que el demandante no ha justificado el alcance del perjuicio que alega, aun cuando estaba en condiciones de hacerlo, dado que se trata de pagos que, en su caso, habría efectuado él mismo. Por tanto, procede desestimar la pretensión de indemnización del demandante en cuanto a los gastos de funcionamiento de la comisión médica.

104 Por lo que se refiere a los gastos vinculados a la reanudación de los trabajos de la comisión médica, corresponderá a la AFPN, al término del procedimiento que se vuelva a sustanciar tras la presente sentencia anulatoria, adoptar una decisión relativa a la asunción de los gastos de los trabajos de la comisión médica. Por tanto, por el momento es prematuro pronunciarse sobre tal perjuicio.

105 Por lo que se refiere a los gastos y honorarios del asesor del demandante durante la fase previa al recurso, procede recordar que el desarrollo del procedimiento administrativo previo, tal como lo concibe el Estatuto, no supone que el funcionario comparezca en esa fase con representantes, lo cual también significa que, según jurisprudencia reiterada, la administración no debe interpretar las reclamaciones o solicitudes de forma restrictiva, sino que, por el contrario, debe examinarlas con un espíritu abierto. Por consiguiente, procede declarar que, salvo en circunstancias excepcionales, un funcionario no puede obtener en el marco de un recurso de indemnización el reembolso de los gastos y de los honorarios que haya pagado por sus consejos durante el procedimiento administrativo previo. Pues bien, nada de lo que obra en autos acredita la existencia de tales circunstancias excepcionales (sentencia del Tribunal de Primera Instancia de 10 de diciembre de 2008, Nardone/Comisión, T-57/99, apartados 139 y 140).

106 De lo anterior resulta que procede desestimar la pretensión de que se condene a la Comisión al pago de una indemnización por el perjuicio material alegado.

Sobre el perjuicio moral

107 En el caso de autos, la demanda no arroja luz sobre si el perjuicio moral cuya indemnización solicita el demandante no resultaría íntegramente reparado mediante la anulación de la decisión de 27 de julio de 2009 y las medidas que la AFPN deberá adoptar como consecuencia de dicha anulación.

108 En primer lugar, la ilegalidad basada en el menoscabo de los derechos adquiridos que aprecia este Tribunal no es de gravedad suficiente como para justificar la concesión de una indemnización por perjuicio moral.

109 Además, el demandante se limita a reprochar a la Comisión el modo, en su opinión, indigno, en que fue tratado, primero durante el procedimiento instruido con arreglo al artículo 73 del Estatuto, y después durante el procedimiento administrativo previo.

110 Sin embargo, de los documentos que obran en autos no se desprende que la decisión de 27 de julio de 2009, ni por lo demás la desestimación, de fecha 16 de febrero de 2010, de la reclamación, supongan una valoración expresamente negativa de las capacidades del demandante que pueda resultarle ofensiva. Lo mismo cabe decir del informe de 27 de noviembre de 2008 de la comisión médica en que se basan ambas decisiones.

111 No obstante, hay que señalar que, como consecuencia de la presente sentencia anulatoria, el demandante se vuelve a encontrar en una posición de espera en cuanto a la resolución definitiva del procedimiento incoado con arreglo al artículo 73 del Estatuto tras su accidente de 8 de diciembre de 2003. Dicha prolongación de la situación de espera e incertidumbre, provocada por la ilegalidad de la decisión de 27 de julio de 2009, constituye un perjuicio moral que procede evaluar *ex æquo et bono* en 2.500 euros.

112 A este respecto, habida cuenta de que el perjuicio moral en cuestión deriva directamente de la decisión de 27 de julio de 2009, la Comisión no puede invocar válidamente la causa de excepción de inadmisibilidad basada en que la propia Comisión ya se pronunciara en su día, mediante una decisión que entre tanto ha adquirido firmeza, sobre una solicitud de indemnización equivalente presentada por el demandante con arreglo al artículo 90, apartado 1, del Estatuto.

113 Por consiguiente, debe condenarse a la Comisión a pagar al demandante la suma de 2.500 euros por perjuicio moral.

Sobre la pretensión que tiene por objeto obtener, en lo esencial, una evaluación nueva de los AIPP por una comisión médica formada de manera imparcial y sobre la base de la Reglamentación de cobertura anterior

114 Según jurisprudencia reiterada, no corresponde al juez de la Unión dictar órdenes a la administración o hacer declaraciones jurídicas en el marco del control de legalidad basado en el artículo 91 del Estatuto (véase, por ejemplo, la sentencia del Tribunal de Primera Instancia de 12 de junio de 2002, Mellone/Comisión, T-187/01, apartado 16).

115 El demandante solicita al Tribunal que resuelva que se realice la evaluación del porcentaje de sus AIPP sobre la base del baremo para la evaluación de los AIPP anexo a la Reglamentación de cobertura anterior, y que «una comisión médica formada de manera imparcial, independiente y neutral, que pueda realizar sus trabajos con celeridad, con plena independencia y sin apriorismos, vuelva a examinar la solicitud que presentó con arreglo al artículo 73 del Estatuto». En la medida en que el demandante formula de ese modo una pretensión que tiene por objeto obtener una declaración jurídica o una orden a la administración, debe declararse inadmisible dicha pretensión.

116 En definitiva, se anula la decisión de 27 de julio de 2009 y se condena a la Comisión a pagar al demandante 2.500 euros por perjuicio moral. Deben desestimarse el resto de pretensiones del demandante.

Costas

117 A tenor del artículo 87, apartado 1, del Reglamento de Procedimiento, sin perjuicio de las demás disposiciones del capítulo octavo del título segundo del mismo Reglamento, la parte que pierda el proceso será condenada en costas, si así lo hubiera solicitado la otra parte. En virtud del apartado 2 del mismo artículo, si así lo exige la equidad, el Tribunal podrá limitarse a imponer una condena parcial en costas a la parte que pierda el proceso, o incluso no condenarla en costas.

118 De los fundamentos de Derecho expuestos anteriormente resulta que es la Comisión la parte que, en esencia, ha perdido el proceso. Además, el demandante ha solicitado expresamente la condena en costas de ésta. Dado que las circunstancias del presente asunto no justifican la aplicación de las disposiciones del artículo 87, apartado 2, del Reglamento de Procedimiento, procede pues condenar a la Comisión a cargar con sus propias costas y con las costas en que haya incurrido el demandante.

En virtud de todo lo expuesto,

EL TRIBUNAL DE LA FUNCIÓN PÚBLICA (Sala Tercera)

decide:

1) Anular la decisión de 27 de julio de 2009 por la cual se puso fin al procedimiento incoado con arreglo al artículo 73 del Estatuto de los Funcionarios de la Unión Europea tras el accidente que sufrió el Sr. Guittet el 8 de diciembre de 2003.

2) Condenar a la Comisión Europea a pagar al Sr. Guittet 2.500 euros.

3) Desestimar el recurso en todo lo demás.

4) La Comisión Europea cargará con sus propias costas y con las costas en que haya incurrido el Sr. Guittet.

Van Raepenbusch Barents Bradley

Pronunciada en audiencia pública en Luxemburgo, a 13 de junio de 2012.

La Secretaria
W. Hakenberg

El Presidente
S. Van Raepenbusch