4. En el marco de un recurso interpuesto con arreglo al artículo 91 del Estatuto, el Tribunal de Primera Instancia sólo es competente para controlar la legalidad de un acto lesivo para el funcionario demandante y, ante la inexistencia de una medida especial de aplicación, no puede pronunciarse en abstracto sobre la legalidad de una norma de carácter general.

SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA (Sala Quinta)
de 24 de noviembre de 1993 *

En el asunto T-13/93,

Roger Cordier, funcionario de la Comisión de las Comunidades Europeas, con domicilio en Luxemburgo, representado por M^e^ Jean-Noël Louis, Abogado de Bruselas, que designa como domicilio en Luxemburgo el de la fiduciaire Myson SARL, 1, rue Glesener,

parte demandante,

contra

Comisión de las Comunidades Europeas, representada por el Sr. Gianluigi Valsesia, Consejero Jurídico principal, en calidad de Agente, asistido por el Sr. Alberto Dal Ferro, Abogado de Vicence, que designa como domicilio en Luxemburgo el despacho del Sr. Nicola Annecchino, miembro del Servicio Jurídico, Centre Wagner, Kirchberg,

parte demandada,

que tiene por objeto, por una parte, que se anule la decisión de la Oficina Liquidadora de Luxemburgo, de 9 de marzo de 1992, por la que se denegó al demandante el reembolso, en virtud del régimen complementario, de los gastos médicos realizados por su esposa en Bélgica, y, por otra parte, que se declaren contrarias a Derecho las disposiciones de interpretación del apartado 1 del artículo 9 de la Reglamentación relativa a la Cobertura de los Riesgos de Enfermedad de los Funcionarios de las Comunidades Europeas, publicadas en las *Informaciones administrativas* de 31 de diciembre de 1990,

* Lengua de procedimiento: francés.

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

integrado por los Sres.: A. Kalogeropoulos, Presidente; R. Schintgen y D.P.M. Barrington, Jueces;

Secretario: Sr. J. Palacio González, administrador;

habiendo considerado los escritos obrantes en autos y celebrada la vista el 14 de septiembre de 1993;

dicta la siguiente

Sentencia

Hechos y marco jurídico del recurso

1 El demandante, Sr. Roger Cordier, es funcionario de la Comisión de grado B 1, con destino en la Oficina de Estadística de Luxemburgo.

2 La esposa del demandante, Sra. Maria Rosa Cordier-Cristallo, está afiliada con carácter principal a la Caisse de maladie des employés privés de Luxemburgo (Mutualidad de Seguro de Enfermedad de los empleados del sector privado de Luxemburgo; en lo sucesivo, «CMEP»). Es perceptora de una renta de invalidez cuya cuantía no supera el tope previsto en el número 1 del artículo 3 de la Reglamentación relativa a la Cobertura de los Riesgos de Enfermedad de los Funcionarios de las Comunidades Europeas (en lo sucesivo, «Reglamentación de cobertura»), de manera que se beneficia, con carácter complementario, de la cobertura de los riesgos de enfermedad en virtud del régimen de seguro de enfermedad común a las Instituciones de las Comunidades Europeas (en lo sucesivo, «régimen común»).

3 El 3 de marzo de 1992, la Sra. Cordier acudió a la consulta del Dr. S., médico generalista de Arlon, a quien abonó la cantidad de 490 BFR en concepto de honorarios por la consulta.

4 Cuando presentó la nota de honorarios a la CMEP, ésta se negó a proceder a su reembolso, basándose en que, con arreglo al artículo 58 de sus Estatutos, la CMEP no se hace cargo de los gastos de los tratamientos médicos dispensados en el extranjero cuando no hayan sido objeto de una autorización previa por parte del médico-asesor y de otro médico que esté establecido y ejerza en Luxemburgo.

5 El artículo 58 de los Estatutos de la CMEP dispone lo siguiente:

«Los asegurados únicamente podrán recibir asistencia médica en el extranjero con el consentimiento de su "caisse de maladie" [Mutualidad de Seguro de Enfermedad], a no ser que se trate de los primeros auxilios y cuidados en caso de accidente o enfermedad sobrevenidos en el extranjero. El consentimiento de la Mutualidad de Seguro de Enfermedad para recibir asistencia médica en el extranjero o para la prestada en Luxemburgo por un Profesor de Universidad o un médico a ellos asimilado estará supeditado a la presentación de un certificado expedido por el médico que haya atendido al asegurado y en el que se recomiende el tratamiento en el extranjero, así como al dictamen conforme del médico-asesor, quien podrá recabar el dictamen de un médico especialista. La Mutualidad de Seguro de Enfermedad no podrá negar su consentimiento cuando el tratamiento no resulte posible en el Gran Ducado.»

6 Habida cuenta de dicha negativa, el 9 de marzo de 1992 el demandante presentó la citada nota de honorarios a la Oficina Liquidadora del régimen común de Luxemburgo, a fin de obtener, en virtud del régimen complementario del que disfruta su esposa, el reembolso de los gastos médicos realizados.

7 Mediante nota de ese mismo día, la Oficina Liquidadora del régimen común en Luxemburgo denegó también el reembolso de los citados gastos médicos, haciendo la siguiente indicación: «Su esposa está cubierta con carácter complementario.»

8 El beneficio de cobertura de los gastos médicos por el régimen común con carácter complementario se inscribe en el siguiente marco jurídico.

El apartado 1 del artículo 72 del Estatuto de los Funcionarios de las Comunidades Europeas (en lo sucesivo, «Estatuto») dispone lo siguiente:

«Hasta el límite del 80 % de los gastos realizados, y de acuerdo con la regulación que, de común acuerdo, establezcan las Instituciones de las Comunidades previo informe del Comité del Estatuto, el funcionario, su cónyuge, cuando éste no pueda disfrutar de prestaciones de la misma naturaleza y del mismo nivel en aplicación de cualesquiera otras disposiciones legales o reglamentarias, sus hijos y las otras personas que estén a su cargo con arreglo al artículo 2 del Anexo VII, estarán cubiertos contra los riesgos de enfermedad.»

El artículo 3 de la Reglamentación de cobertura está redactado de la siguiente manera:

«Las personas aseguradas por cuenta del afiliado serán:

1) El cónyuge del afiliado, mientras no estuviere él mismo afiliado al presente régimen, y a condición de que:

   — no ejerza actividad profesional lucrativa alguna,

   o

   — cuando ejerza dicha actividad u obtenga ingresos procedentes del ejercicio de una actividad similar anterior, esté cubierto contra los mismos riesgos en aplicación de cualesquiera otras disposiciones legales o reglamentarias y sus ingresos anuales procedentes de su actividad profesional no sean superiores al sueldo base anual de los funcionarios del grado C 5 en su primer escalón, modificado mediante el coeficiente corrector determinado para el país en el que reciba sus ingresos directos o indirectos de origen profesional, antes de la deducción del impuesto.

[...]»

El apartado 1 del artículo 6 de la Reglamentación de cobertura dispone lo siguiente:

«Cuando el afiliado o la persona asegurada por cuenta de éste tenga derecho a un reembolso de gastos, en concepto de otro seguro médico obligatorio, el afiliado deberá:

a) declararlo al despacho de liquidaciones;

b) solicitar o, en su caso, hacer solicitar en primer lugar, el reembolso que garantice el otro régimen;

c) adjuntar a cada solicitud de reembolso que se presente en virtud del presente régimen una relación, acompañada por los debidos comprobantes, de los reembolsos que el afiliado o la persona asegurada por cuenta de éste hayan obtenido del otro régimen.»

9 El 31 de marzo de 1992, el demandante formuló una reclamación con arreglo al apartado 2 del artículo 90 del Estatuto, registrada en la Secretaría General de la Comisión el 24 de abril de 1992, mediante la que solicitaba la revocación de la decisión impugnada, el reembolso por el régimen común de los gastos realizados por su esposa con motivo de su consulta médica en Bélgica y, con carácter subsidiario, la revocación de la disposición interpretativa referente al apartado 1 del artículo 9 de la Reglamentación de cobertura.

10 En una reunión celebrada el 1 de julio de 1992, el Grupo interservicios de la Comisión examinó la reclamación del demandante en su presencia, sin lograr llegar a una solución amigable del desacuerdo.

11 El 12 de agosto de 1992, el presidente del Comité de Gestión del régimen común de seguro de enfermedad (en lo sucesivo, «CGSE») comunicó al demandante que, en la deliberación del 15 de julio de 1992 relativa a su reclamación, el CGSE no había logrado emitir un dictamen con la mayoría requerida, ni en favor de una propuesta encaminada a confirmar la decisión de la Oficina Liquidadora, acompañada

de una consideración sobre el problema de las disposiciones de interpretación, ni en favor de una propuesta encaminada a confirmar lisa y llanamente dicha decisión, con mención en acta del problema de fondo planteado por las referidas disposiciones de interpretación.

12 El 4 de noviembre de 1992, el Director General de Personal y de Administración de la Comisión comunicó al demandante la decisión adoptada por esta Institución el 28 de octubre de 1992, mediante la que se denegaba explícitamente su reclamación en los términos siguientes: «Teniendo en cuenta la conducta omisiva que la esposa del reclamante ha puesto de manifiesto al no atenerse a las normas de procedimiento de su Mutualidad principal, la Comisión no puede dar una acogida favorable a la reclamación del Sr. Cordier.»

Procedimiento

13 Por ello, mediante escrito presentado en la Secretaría del Tribunal de Primera Instancia el 3 de febrero de 1993, el demandante interpuso el presente recurso.

14 Mediante escrito de 27 de abril de 1993, el demandante comunicó al Tribunal de Primera Instancia que renunciaba a presentar escrito de réplica.

15 Visto el informe del Juez Ponente, el Tribunal de Primera Instancia (Sala Quinta) decidió iniciar la fase oral sin previo recibimiento a prueba.

16 En la vista de 14 de septiembre de 1993, se oyeron los informes de las partes y sus respuestas a las preguntas formuladas por el Tribunal de Primera Instancia.

Pretensiones de las partes

17 El demandante solicita al Tribunal de Primera Instancia:

— Declare que las disposiciones de interpretación de la Reglamentación de cobertura, publicadas en las *Informaciones administrativas* de 31 de diciembre de 1990, son contrarias a Derecho por restringir el principio de libre elección que se recoge en el artículo 9 de dicha Reglamentación.

— En consecuencia, decida:

1) Anular la decisión de la Oficina Liquidadora del régimen común de Luxemburgo, de 9 de marzo de 1992, por la que se denegó el reembolso de la cantidad de 490 BFR, que la esposa del demandante había abonado al Dr. S. en concepto de honorarios el 3 de marzo de 1992.

2) Anular la decisión de la Oficina Liquidadora del régimen común por la que se denegó a la esposa del demandante el reembolso con arreglo a sus normas.

3) Remitir los autos a la Comisión, a fin de que se adopte una nueva decisión de reembolso.

4) Condenar en costas a la parte demandada.

La Comisión solicita al Tribunal de Primera Instancia:

1) Desestime el recurso por infundado.

2) Decida sobre las costas como en Derecho proceda.

Fondo del asunto

18 Para fundamentar su recurso, el demandante invoca dos motivos, basados, en primer lugar, en la infracción del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto y del apartado 1 del artículo 6 de la Reglamentación de cobertura, y, en segundo lugar, en la infracción del apartado 1 del artículo 9 de la Reglamentación de cobertura y en la no conformidad a Derecho de las disposiciones de interpretación de la Reglamentación de cobertura.

19 El Tribunal de Primera Instancia pone de relieve que el demandante precisó en la vista que impugnó la decisión recurrida porque considera que, al basarse en disposiciones incompatibles con el principio de libre elección del médico, la decisión adoptada por la Mutualidad de Seguro de Enfermedad a la que está afiliada su esposa en razón de su propia actividad, consistente en no hacerse cargo de los gastos médicos por ella realizados en Bélgica, hace que nazca el derecho a la cobertura por el régimen común, con carácter complementario, de los riesgos de enfermedad. A este respecto, el demandante alega que el hecho de que su cónyuge se vea obligada a seguir ciertos trámites si quiere consultar a un médico en el extranjero tiene como consecuencia el que no pueda disfrutar, en aplicación de cualesquiera otras disposiciones legales o reglamentarias, de prestaciones de la misma naturaleza y del mismo nivel que aquellas a las que tiene derecho un funcionario.

20 La demandada alega que la decisión de denegar el reembolso de los gastos médicos de la esposa del demandante no atañe a la cuestión de la libre elección del médico, sino que se basa únicamente en la circunstancia de que dicha esposa no se atuvo al procedimiento que prevé su Mutualidad para las consultas médicas en el extranjero.

21 Habida cuenta de la interrelación que existe entre los motivos alegados por el demandante, el Tribunal de Primera Instancia considera oportuno examinarlos conjuntamente.

Alegaciones de las partes

22 El demandante mantiene, en primer lugar, que el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto enuncia un principio general, según el cual el cónyuge de un funcionario,

cuando no pueda disfrutar, en materia de seguro de enfermedad, de prestaciones de la misma naturaleza y del mismo nivel, disfrutará de pleno derecho de las mismas ventajas que las concedidas a los funcionarios, hasta el límite del 80 % de los gastos realizados. Según el demandante, la Reglamentación de cobertura, que fija las condiciones en las que se asegura la cobertura de los riesgos de enfermedad, debe interpretarse a la luz de ese principio.

23 A este respecto, el demandante mantiene que la consulta a un médico establecido fuera del territorio luxemburgués forma parte de las prestaciones reembolsables con arreglo a la Reglamentación de cobertura. Según el demandante, por consiguiente, la Oficina Liquidadora del régimen común tenía obligación de hacerse cargo, con carácter complementario, de los gastos realizados por su esposa, de conformidad con el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, que prevé, según él, que los cónyuges de los funcionarios deben disfrutar en materia de seguro de enfermedad de las mismas ventajas que los propios funcionarios, aunque sólo sea con carácter complementario. El demandante estima que el concepto de complementariedad no puede circunscribirse a las prestaciones que reembolsa un régimen principal, sino que debe hacerse extensible, con arreglo a las normas propias a la Reglamentación de cobertura, a todos los gastos médicos, con independencia de que sean o no reembolsados por un régimen principal.

24 En este contexto, el demandante afirma que su esposa se atuvo a lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 6 de la Reglamentación de cobertura, ya que el reembolso de los gastos médicos realizados lo solicitó primero a su Mutualidad de Seguro de Enfermedad, la CMEP, que se lo denegó basándose en que sus Estatutos únicamente permiten el reembolso de los gastos médicos realizados en el extranjero con sujeción a ciertos requisitos.

25 El demandante recuerda, en segundo lugar, que el apartado 1 del artículo 9 de la Reglamentación de cobertura dispone lo siguiente: «Los beneficiarios del presente régimen podrán elegir libremente médico y establecimiento sanitario.»

26 Por consiguiente, al denegar el reembolso de los gastos médicos realizados por su esposa con ocasión de la consulta de un médico libremente elegido por ella, la Oficina Liquidadora suprimió esta facultad de elección. Según el demandante, esta

interpretación de las normas del régimen común por parte de la Oficina Liquidadora da lugar a una discriminación entre los cónyuges de los funcionarios según ejerzan o no ejerzan una actividad profesional. En efecto, los cónyuges que no ejercen ninguna actividad retribuida se benefician de las mismas disposiciones que el funcionario por cuenta del cual están asegurados y pueden elegir libremente su médico, mientras que a los cónyuges que ejercen una actividad retribuida y están afiliados a la CMEP les queda vedada la consulta a un médico extranjero.

27 El demandante añade que la interpretación de la Oficina Liquidadora del régimen común, según la cual el reembolso con carácter complementario de los gastos médicos realizados en el extranjero procede únicamente cuando se hayan cumplido las normas del régimen de seguro de enfermedad nacional, tiene como consecuencia privar de todo reembolso a un cónyuge de funcionario afiliado con carácter principal a la CMEP.

28 En tercer lugar, el demandante afirma que las disposiciones de interpretación de la Reglamentación de cobertura publicadas en las *Informaciones administrativas* de 31 de diciembre de 1990, a propósito del apartado 1 del artículo 9 de la citada Reglamentación de cobertura, que garantiza la libre elección del médico, precisan que «la libre elección únicamente se aplicará al beneficiario de la cobertura complementaria si el régimen principal lo permite».

29 Ahora bien, el demandante recuerda que, según reiterada jurisprudencia del Tribunal de Primera Instancia y del Tribunal de Justicia (sentencia del Tribunal de Primera Instancia de 14 de diciembre de 1990, Brems/Consejo, T-75/89, Rec. p. II-899, confirmada por la sentencia del Tribunal de Justicia de 7 de mayo de 1992, Consejo/Brems, C-70/91 P, Rec. p. I-2973), las disposiciones generales de ejecución no pueden tener como efecto restringir el ámbito de aplicación de una disposición estatutaria o vulnerar el objetivo del Estatuto.

30 De lo anterior deduce el demandante que la Oficina Liquidadora no puede basar su decisión opuesta al reembolso en la citada disposición de interpretación, que a su juicio es contraria al apartado 1 del artículo 9 de la Reglamentación de cobertura por restringir la libre elección del médico y resulta, por consiguiente, contraria a Derecho.

31 Por último, para fundamentar su argumentación, el demandante invoca una sentencia dictada por el Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo (en lo sucesivo, «TAOIT») el 8 de enero de 1988, en el asunto Boland/Eurocontrol (sentencia n° 924, Recopilación de la sexagésima quinta sesión), en donde el TAOIT consideró, aplicando normas estatutarias y reglamentarias idénticas a las normas de las Instituciones de las Comunidades Europeas, que, «a tenor de la letra b) del apartado 1 del artículo 3 del Reglamento n° 10, cuando una persona cubierta por el régimen de Seguro de Enfermedad de la Organización tenga derecho al reembolso de gastos médicos en virtud de otro Seguro de Enfermedad obligatorio, estará obligada "a solicitar, en primer lugar, el reembolso que garantice el otro régimen"». En el caso de autos, tal solicitud se hizo, pero fue desestimada porque la Mutualidad luxemburguesa supedita el reembolso a requisitos incompatibles con la libre elección del médico, tal como el artículo 5 del Reglamento n° 10 de Eurocontrol garantiza «a todos los "beneficiarios" del régimen de Seguro de Enfermedad, es decir, a tenor del artículo 2 de ese mismo Reglamento, no sólo a los afiliados, sino también a las "personas aseguradas por cuenta de ellos", incluido el cónyuge que se encuentre en alguna de las situaciones que se concretan en el apartado 2 del mismo artículo».

32 La demandada mantiene, en primer lugar, que la finalidad del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto y la de la Reglamentación de cobertura consisten en garantizar al cónyuge de un funcionario, que se encuentre en idénticas circunstancias, una cobertura médica equivalente a la del propio afiliado. En el caso de un cónyuge de funcionario que ejerza una actividad lucrativa, tal objetivo se alcanza mediante la aplicación del régimen común con carácter complementario.

33 La demandada pone de relieve que la aplicación del régimen común está supeditada al requisito de que el cónyuge haya solicitado el reembolso de sus gastos médicos en primer lugar a su propia Mutualidad de Seguro de Enfermedad, con arreglo al procedimiento previsto por ella. Según la Comisión, el carácter indispensable de este requisito se deduce claramente de la interpretación teleológica del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto y de los artículos 3 y 6 de la Reglamentación de cobertura.

34 A este respecto, la demandada subraya que si el cónyuge pudiera conseguir que se le aplicara el régimen común sin haber demostrado que siguió debidamente el procedimiento previsto por su propia Mutualidad de Seguro de Enfermedad, se correría el riesgo de una doble cobertura contraria al artículo 72 del Estatuto y a la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, el cual, en la sentencia de 8 de marzo de 1988,

Brunotti/Comisión (339/85, Rec. p. 1379), declaró lo siguiente: «De estas disposiciones [apartado 1 del artículo 72 del Estatuto] resulta que los autores del Estatuto se han basado en la idea de que el ámbito del seguro de enfermedad de los funcionarios y de los miembros de su familia debía delimitarse a fin de evitar, en la medida de lo posible, dobles coberturas contra los riesgos de enfermedad.»

35 Ahora bien, subraya la demandada, en el caso de autos la esposa del demandante no se atuvo a las normas de procedimiento de su propia Mutualidad de Seguro de Enfermedad, al haberse abstenido de solicitar previamente a ésta autorización para una consulta médica en el extranjero. La Comisión, que no niega que el concepto de complementariedad se aplica, según las normas del régimen común, a todos los gastos médicos, con independencia de que sean o no reembolsados por un régimen principal, deduce de ello que, aun teniendo derecho a la cobertura del régimen común con carácter complementario, la esposa del demandante no puede exigir a éste el reembolso de sus gastos cuando se ha colocado voluntariamente al margen de los requisitos que hacen posible que se le aplique con carácter complementario. La Comisión añade que un reembolso por el régimen común en tal supuesto no es admisible cuando se trata de un régimen cuyo equilibrio financiero debe salvaguardarse con el mayor cuidado.

36 La demandada mantiene, en segundo lugar, que la negativa al reembolso de los gastos médicos realizados por la esposa del demandante no estuvo motivada por el hecho de que hubiera elegido un médico que ejercía fuera del territorio de Luxemburgo, sino por el hecho de que no se atuvo al procedimiento regulado por su Mutualidad de Seguro de Enfermedad.

37 Insistiendo en el hecho de que la cuestión de la libre elección del médico sigue siendo ajena al presente litigio, la demandada alega que el motivo basado en la ilegalidad de las disposiciones de interpretación de 31 de diciembre de 1990, relativas al artículo 9 de la Reglamentación de cobertura, ha quedado desprovisto de objeto, habida cuenta de que la Comisión ha publicado nuevas disposiciones de interpretación en las *Informaciones administrativas* de 15 de enero de 1993, que están redactadas de la siguiente manera: «La libre elección sólo será aplicable a los beneficiarios de la cobertura complementaria después de que hayan utilizado las posibilidades del régimen principal.»

38 Por otro lado, la demandada mantiene que, al exigir al cónyuge del funcionario la observancia de las normas de su propia Mutualidad de Seguro de Enfermedad antes de poder beneficiarse de la aplicación del régimen común con carácter complementario, el artículo 72 del Estatuto y la Reglamentación de cobertura tienen por objeto evitar una doble cobertura en beneficio de dicho cónyuge y, por consiguiente, no vulneran en modo alguno los principios de no discriminación y de igualdad de trato.

39 En cuanto a la sentencia del TAOIT de 8 de enero de 1988, la Comisión no niega la similitud que existe entre ambos asuntos, pero observa que el caso de autos presenta una diferencia fundamental con respecto al caso resuelto por el TAOIT, pues en el citado asunto Boland/Eurocontrol, la esposa del Sr. Boland había solicitado previamente a la CMEP autorización para seguir un tratamiento en el extranjero, autorización que se le había denegado, mientras que, en el caso de autos, la esposa del demandante se abstuvo de solicitar previamente autorización para consultar a un médico en el extranjero, vulnerando de esta manera el procedimiento previsto por la CMEP.

40 Por último, la demandada observa que, en el citado asunto Boland/Eurocontrol, la Mutualidad de Seguro de Enfermedad de Eurocontrol dio muestras de un «mutismo total» (apartado 13 de la sentencia), reproche que en el caso de autos no puede hacerse a la Comisión, la cual motivó ampliamente su decisión denegatoria de la reclamación del demandante. Así pues, los dos asuntos no pueden ser examinados de un modo paralelo.

Apreciación del Tribunal de Primera Instancia

41 Con carácter preliminar, debe recordarse que, según el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto, el cónyuge de un funcionario que no pueda disfrutar, en aplicación de cualesquiera otras disposiciones legales o reglamentarias, de prestaciones de la misma naturaleza y del mismo nivel que aquellas a las que tiene derecho un funcionario, estará cubierto contra los riesgos de enfermedad por el régimen común del seguro de enfermedad, en las condiciones que habrá de determinar una normativa común.

42 El número 1 del artículo 3 de la Reglamentación de cobertura precisa que podrá beneficiarse del régimen común de seguro de enfermedad el cónyuge del afiliado, a condición de que, cuando ejerza una actividad profesional, esté cubierto contra los mismos riesgos en aplicación de cualesquiera otras disposiciones legales o reglamentarias y sus ingresos anuales procedentes de su actividad profesional no sean superiores a determinado tope.

43 El apartado 1 del artículo 6 de la Reglamentación de cobertura precisa que cuando el afiliado o la persona asegurada por cuenta de éste tenga derecho a un reembolso de gastos, en concepto de otro seguro médico obligatorio, el afiliado deberá declararlo al despacho de liquidaciones y solicitar o, en su caso, hacer solicitar en primer lugar, el reembolso que garantice el otro régimen.

44 El Tribunal de Primera Instancia manifiesta que el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto tiende a reservar la cobertura del cónyuge del afiliado por el régimen común a los casos subsidiarios en los que no pueda obtener prestaciones comparables en virtud de otro régimen y pretende evitar, en la medida de lo posible, dobles coberturas contra los riesgos de enfermedad (véanse las sentencias del Tribunal de Justicia, Brunotti/Comisión, antes citada, y de 13 de julio de 1989, Olbrechts/Comisión, 58/88, Rec. p. 2643).

45 Tanto el artículo 72 del Estatuto como los artículos 3 y 6 de la Reglamentación de cobertura se inspiran en el principio de que, en la medida de lo posible, el cónyuge del funcionario que ejerza una actividad retribuida debe solicitar el reembolso de sus propios gastos médicos en el marco del régimen de seguro contra los riesgos de enfermedad del que se beneficie en razón de su propia actividad profesional, mientras que la cobertura del régimen común sólo se debe garantizar con carácter complementario (véase la sentencia del Tribunal de Primera Instancia de 17 de diciembre de 1992, Holtbecker/Comisión, T-20/91, Rec. p. II-2599).

46 Así pues, a la cobertura complementaria tendrá derecho el cónyuge que, en virtud de disposiciones legales o reglamentarias o de Estatutos que determinen las prestaciones de la Mutualidad a la que esté afiliado en razón de su propia actividad profesional, no tenga derecho al reembolso de los gastos médicos que haya tenido que realizar en el extranjero ni pueda solicitar una autorización que le dé derecho

a dicho reembolso, así como el cónyuge a quien, tras haber solicitado tal autorización en el supuesto de que se lo permitan las disposiciones aplicables o los Estatutos de la Mutualidad, le sea denegada dicha autorización.

47 De lo anterior se deduce que incumbe al Tribunal de Primera Instancia verificar si, en el caso de autos, la Sra. Cordier, que está asegurada por cuenta de su cónyuge en el régimen común con arreglo al segundo guión del número 1 del artículo 3 de la Reglamentación de cobertura, se encuentra en una situación que le permita tener derecho a la cobertura complementaria del régimen común.

48 El Tribunal de Primera Instancia manifiesta que los Estatutos de la Mutualidad de Seguro de Enfermedad a la que está afiliada la esposa del demandante, sin excluir de un modo absoluto y definitivo el derecho del afiliado a obtener el reembolso de los gastos médicos realizados en el extranjero, supeditan dicho reembolso a una autorización previa.

49 Cuando, como sucede en el caso de autos, el cónyuge de un funcionario asegurado en razón de su propia actividad profesional pierde el derecho a obtener de su propia Mutualidad el reembolso de los referidos gastos médicos por el mero hecho de no haber solicitado a su debido tiempo la autorización para consultar a un médico o recibir asistencia sanitaria en el extranjero, no tiene derecho a exigir que el régimen común se haga cargo de tales gastos en concepto de cobertura complementaria, cuyo principio se recoge en el apartado 1 del artículo 72 del Estatuto.

50 De lo anterior se deduce que la esposa del demandante no tiene derecho a exigir que el régimen común se haga cargo de los gastos médicos que ha realizado en Bélgica, puesto que ella misma perdió el derecho a obtener de su propia Mutualidad el reembolso de tales gastos, al haberse abstenido de solicitar a ésta que, con arreglo a sus Estatutos, le concediera una autorización previa para realizar en Bélgica los controvertidos gastos.

51 Ha de manifestarse también que, en el marco del presente recurso, resulta inoperante el argumento, aducido por el demandante en la vista, según el cual el principio de libre elección del médico, recogido en el apartado 1 del artículo 9 de la

Reglamentación de cobertura, tiene primacía sobre las disposiciones nacionales y, *a fortiori,* sobre los Estatutos de una Mutualidad de Seguro de Enfermedad de un Estado miembro, de manera que, en virtud del principio de igualdad de trato, el cónyuge de un funcionario afiliado deba beneficiarse del referido principio del mismo modo que el propio afiliado.

52 En efecto, en el marco del control de legalidad que el Tribunal de Primera Instancia debe llevar a cabo en las condiciones previstas en el artículo 179 del Tratado CE, no le corresponde pronunciarse sobre la conformidad con el Derecho comunitario de las disposiciones nacionales relativas a los regímenes de Seguro de Enfermedad o de los Estatutos de una Mutualidad nacional. Tal control es competencia, por una parte, del Tribunal de Justicia, el cual puede ejercerla en el marco de aquellos recursos que, interpuestos por la Comisión con arreglo al artículo 169 del Tratado o por un Estado miembro con arreglo al artículo 170 del Tratado, tengan por objeto que se declare que un Estado miembro ha incumplido las obligaciones que le incumben en virtud del Tratado, y es competencia, por otra parte, de los órganos jurisdiccionales nacionales, los cuales podrán, en su caso, presentar al Tribunal de Justicia, con arreglo al artículo 177 del Tratado, una petición destinada a obtener una decisión prejudicial sobre la interpretación del Tratado.

53 Debe hacerse constar, por otra parte, que la libre elección del médico no está recogida en el propio Estatuto, sino que figura en el apartado 1 del artículo 9 de la Reglamentación de cobertura adoptada de común acuerdo por las Instituciones de las Comunidades Europeas. De ello resulta que las disposiciones relativas a la libre elección del médico, al no revestir los caracteres definidos en el apartado 2 del artículo 189 del Tratado, no son obligatorias en todos sus elementos ni directamente aplicables en cada Estado miembro y no pueden tener como efecto hacer inaplicables, con respecto al cónyuge de un funcionario afiliado a un régimen de seguro de enfermedad en razón de su propia actividad profesional, las normas legales o estatutarias que supeditan el reembolso de los gastos médicos realizados en el extranjero al requisito de una autorización previa de la correspondiente Mutualidad.

54 Por último, en cuanto a las disposiciones interpretativas de la Reglamentación de cobertura con respecto a las cuales el demandante propuso una excepción de ilegalidad, procede hacer constar que dichas disposiciones de interpretación, que en cualquier caso ya no están en vigor, no fueron el fundamento de la decisión de la Oficina Liquidadora, ya que ésta no denegó el reembolso de las prestaciones médicas controvertidas por el hecho de que el régimen principal al que estaba afiliada la

esposa del demandante no permitiera consultar a un médico en el extranjero, sino por el mero hecho de que la esposa del demandante no se había atenido a las normas previstas por su propio régimen de seguro. Ahora bien, de la jurisprudencia del Tribunal de Primera Instancia se desprende que, en el marco de un recurso interpuesto con arreglo al artículo 91 del Estatuto, el Tribunal de Primera Instancia sólo es competente para controlar la legalidad de un acto lesivo para el funcionario demandante y, ante la inexistencia de una medida especial de aplicación, no puede pronunciarse en abstracto sobre la legalidad de una norma de carácter general (sentencias de 12 de julio de 1991, Pincherle/Comisión, T-110/89, Rec. p. II-635; de 25 de febrero de 1992, Barassi/Comisión, T-41/90, Rec. p. II-159, y Bertelli/Comisión, T-42/90, Rec. p. II-181). De ello se deduce que, al no existir una decisión basada en la aplicación de las disposiciones de interpretación relativas al apartado 1 del artículo 9 de la Reglamentación de cobertura, procederá acordar la inadmisión del motivo basado en la presunta ilegalidad de las disposiciones de interpretación de dicho artículo.

55 De cuanto antecede se desprende que debe desestimarse el recurso.

Costas

56 A tenor del apartado 2 del artículo 87 del Reglamento de Procedimiento del Tribunal de Primera Instancia, la parte que pierda el proceso será condenada en cosas, si así lo hubiera solicitado la otra parte. Sin embargo, según el artículo 88 del mismo Reglamento, en los litigios entre las Comunidades y sus agentes, las Instituciones soportarán los gastos en que hubieren incurrido.

En virtud de todo lo expuesto,

EL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA (Sala Quinta)

decide:

1) Desestimar el recurso.

2) Cada parte cargará con sus propias costas.

Kalogeropoulos Schintgen Barrington

Pronunciada en audiencia pública en Luxemburgo, a 24 de noviembre de 1993.

El Secretario

H. Jung

El Presidente

A. Kalogeropoulos