

SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA (Gran Sala)
de 12 de abril de 2005 *

En el asunto C-145/03,

que tiene por objeto una petición de decisión prejudicial planteada, con arreglo al artículo 234 CE, por el Juzgado de lo Social nº 20 de Madrid, mediante auto de 6 de noviembre de 2001, recibida en el Tribunal de Justicia el 31 de marzo de 2003, en el procedimiento entre

Herederos de Annette Keller

e

Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS),

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), anteriormente Instituto Nacional de la Salud (INSALUD),

* Lengua de procedimiento: español.

EL TRIBUNAL DE JUSTICIA (Gran Sala),

integrado por el Sr. V. Skouris, Presidente, los Sres. P. Jann, C.W.A. Timmermans y A. Rosas, la Sra. R. Silva de Lapuerta y los Sres. K. Lenaerts (Ponente) y A. Borg Barthet, Presidentes de Sala, y la Sra. N. Colneric y los Sres. S. von Bahr, J.N. Cunha Rodrigues, E. Juhász, G. Arestis y M. Ilešič, Jueces;

Abogado General: Sr. L.A. Geelhoed;

Secretario: Sr. H. von Holstein, Secretario adjunto;

habiendo considerado los escritos obrantes en autos y celebrada la vista el 9 de noviembre de 2004;

consideradas las observaciones escritas presentadas:

- en nombre de los herederos de Annette Keller, por los Sres. C. Fernández Álvarez y A. Pedrajas Moreno, abogados;

- en nombre del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) y del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), por los Sres. A.R. Trillo García, A. Llorente Álvarez y F. Sánchez-Toril y Riballo, abogados;

- en nombre del Gobierno belga, por las Sras. A. Snoecx y E. Dominkovits, en calidad de agentes;

- en nombre del Gobierno español, por el Sr. E. Braquehais Conesa, en calidad de agente;

- en nombre del Gobierno neerlandés, por las Sras. H. Sevenster, S. Terstal y C. Wissels y el Sr. N. Bel, en calidad de agentes;

- en nombre de la Comisión de las Comunidades Europeas, por las Sras. H. Michard e I. Martínez del Peral y el Sr. D. Martin, en calidad de agentes;

oídas las conclusiones del Abogado General, presentadas en audiencia pública el 13 de enero de 2005;

dicta la siguiente

Sentencia

- 1 La petición de decisión prejudicial tiene por objeto la interpretación de los artículos 3, 19 y 22 del Reglamento (CEE) n° 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores por cuenta propia y los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, y del artículo 22, apartados 1 y 3, del Reglamento (CEE) n° 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento n° 1408/71, en su versión modificada y actualizada mediante el Reglamento (CEE) n° 2001/83 del Consejo, de 2 de junio de 1983 (DO L 230, p. 6; EE 05/03, p. 53) (en lo sucesivo, «Reglamento n° 1408/71» y «Reglamento n° 574/72», respectivamente).

- 2 Dicha petición se inscribe en el marco de un litigio entre los herederos de la Sra. Keller, subrogados en los derechos de ésta en el curso del procedimiento principal, y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) (en lo sucesivo, conjuntamente, «demandados en el litigio principal»). Dicho litigio se originó por la negativa de este último, denominado, cuando ocurrieron los hechos del litigio principal, Instituto Nacional de la Salud (en lo sucesivo, «INSALUD»), a reembolsar los gastos de la asistencia hospitalaria recibida por la Sra. Keller en una clínica suiza.

Marco jurídico

Normativa comunitaria

- 3 A tenor del artículo 3, apartado 1, del Reglamento n° 1408/71, «las personas que residan en el territorio de uno de los Estados miembros y a las cuales sean aplicables las disposiciones del presente Reglamento, estarán sujetas a las obligaciones y podrán acogerse al beneficio de la legislación de todo Estado miembro en las mismas condiciones que los nacionales de éste, sin perjuicio de las disposiciones particulares contenidas en el presente Reglamento».
- 4 El artículo 19 de dicho Reglamento, titulado «Residencia en un Estado miembro distinto del Estado competente. Normas generales», establece:

«1. El trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia que resida en el territorio de un Estado miembro distinto del Estado competente y que satisfaga las condiciones exigidas por la legislación del Estado competente para tener derecho a las prestaciones, teniendo en cuenta, en su caso, las disposiciones del artículo 18, disfrutará en el Estado de su residencia:

- a) de las prestaciones en especie servidas por cuenta de la institución competente por la institución del lugar de residencia, según las disposiciones de la legislación que ésta aplique y como si estuviera afiliado a la misma;

[...]»

- 5 El artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, titulado «Estancia fuera del Estado competente. Regreso o traslado de residencia a otro Estado miembro durante una enfermedad o maternidad. Necesidad de desplazarse a otro Estado miembro para recibir la asistencia apropiada», dispone en sus apartados 1 y 2:

«1. El trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia que satisfaga las condiciones exigidas por la legislación del Estado competente para tener derecho a las prestaciones, teniendo en cuenta, en su caso, las disposiciones del artículo 18 y:

- a) cuyo estado requiera de modo inmediato prestaciones durante una estancia en el territorio de otro Estado miembro, o

[...]

- c) que sea autorizado por la institución competente a desplazarse al territorio de otro Estado miembro para recibir en el mismo la asistencia apropiada a su estado;

tendrá derecho:

- i) a las prestaciones en especie servidas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia [...], según las disposiciones de la legislación que ésta aplique, como si estuviera afiliado a la misma, regulándose la duración del servicio de las prestaciones por la legislación del Estado competente;

[...]

2. [...]

La autorización requerida en virtud de la letra c) del apartado 1 no podrá ser denegada cuando la asistencia de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en cuyo territorio resida el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud actual y la evolución probable de la enfermedad, esta asistencia no puede serle dispensada en el plazo normalmente necesario para obtener el tratamiento de que se trata en el Estado miembro en que reside.»

6 El artículo 36 del Reglamento nº 1408/71 establece:

«1. Las prestaciones en especie abonadas por la institución de un Estado miembro con cargo a un institución de otro Estado miembro, en virtud de lo preceptuado en el presente capítulo, darán lugar al reembolso de su coste íntegro, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 32.

2. Los reembolsos previstos en el apartado 1 serán determinados y efectuados según las modalidades establecidas por el Reglamento de aplicación a que se refiere el artículo 98, bien mediante la justificación de los gastos realizados, o bien sobre la base de un tanto alzado.

En este último supuesto, dicho tanto alzado deberá asegurar un reembolso lo más cercano posible al importe de los gastos reales.

3. Dos o varios Estados miembros, o las autoridades competentes de los mismos, podrán convenir otras formas de reembolso o renunciar a todo reembolso, entre las instituciones que de ellos dependen.»

7 El artículo 22 del Reglamento nº 574/72 dispone en sus apartados 1 y 3:

«1. Para percibir prestaciones en especie en virtud del inciso i) de la letra b) del apartado 1 del artículo 22 del Reglamento [nº 1408/71], el trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia deberá presentar en la institución del lugar de residencia un certificado que acredite que tiene derecho a seguir disfrutando de dichas prestaciones. Este certificado, que expedirá la institución competente, indicará en particular, en su caso, la duración máxima durante la cual se pueden seguir abonando las prestaciones en especie según la legislación del Estado competente. Se podrá expedir dicho certificado después de la marcha del interesado y a instancia de éste, cuando no haya sido posible expedirla con anterioridad por razones de fuerza mayor.

[...]

3. Lo dispuesto en los apartados 1 y 2 será aplicable por analogía cuando se trate de realizar las prestaciones en especie, en el caso a que se refiere la letra c) del apartado 1 del artículo 22 del Reglamento».

- 8 Como se desprende de la Decisión 94/604/CE nº 153 de la Comisión administrativa de las Comunidades Europeas para la seguridad social de los trabajadores migrantes, de 7 de octubre de 1993, relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y (CEE) nº 574/72 del Consejo (E 001, E 103-E 127) (DO 1994, L 244, p. 22), el formulario E 111 es el certificado necesario para aplicar el artículo 22, apartado 1, letra a), inciso i), del Reglamento nº 1408/71, mientras que el formulario E 112 es el requerido para aplicar el artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), de este mismo Reglamento.

Normativa española

- 9 En la versión que estaba en vigor en el momento en que ocurrieron los hechos del litigio principal, el artículo 102, apartado 3, de la Ley General de la Seguridad Social establece que «las Entidades obligadas a prestar asistencia sanitaria no abonarán los gastos que puedan ocasionarse cuando el beneficiario utilice servicios médicos distintos de los que hayan sido asignados, a no ser en los casos que reglamentariamente se determinen».
- 10 Titulado «Asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos a la Seguridad Social», el artículo 18 del Decreto 2766/67, de 16 de noviembre de 1967, en su versión modificada por el Decreto nº 2575/73, de 14 de septiembre de 1973 (en lo sucesivo, «Decreto nº 2766/67»), establece en sus apartados 1 y 4:

«1. Cuando el beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice servicios distintos de los que hayan sido designados, las Entidades obligadas a prestar la

asistencia sanitaria no abonarán los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos previstos en los números 3 y 4 de este artículo.

[...]

4. Cuando la utilización de servicios médicos distintos de los asignados por la Seguridad Social haya sido debida a una asistencia urgente de carácter vital, el beneficiario podrá formular ante la Entidad obligada a prestarle asistencia sanitaria la solicitud de reintegro de los gastos ocasionados, que será acordado por ésta si de la oportuna información que se realice al efecto resultara la procedencia del mismo».

Normativa alemana

- ¹¹ El artículo 18, apartado 1, del Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches — Gesetzliche Krankenversicherung (Código Social alemán, libro V — Régimen legal del seguro de enfermedad), en su versión vigente en el momento en que ocurrieron los hechos del litigio principal, establece:

«Si, de acuerdo con el estado reconocido de los conocimientos médicos, el tratamiento de una enfermedad sólo fuera posible en el extranjero, el seguro de enfermedad podrá correr total o parcialmente con los costes. [...]»

Litigio principal y cuestiones prejudiciales

- 12 Cuando ocurrieron los hechos del litigio principal, la Sra. Keller, de nacionalidad alemana, residía en España y estaba afiliada al Régimen General de la Seguridad Social de dicho Estado miembro.
- 13 Deseando desplazarse a Alemania por motivos familiares, la Sra. Keller solicitó del INSALUD la expedición de un formulario E 111, que le fue remitido antes de su partida, para el período comprendido entre el 15 de septiembre y el 15 de octubre de 1994.
- 14 Durante dicha estancia, la Sra. Keller fue asistida en el hospital del distrito de Gummersbach (Alemania), adscrito a la Clínica Universitaria de Colonia. Se le diagnosticó entonces un tumor maligno de nariz, cavidad nasal, órbita y base craneal, con ramificación al espacio intercraneal de tal gravedad que podía provocar la muerte de la interesada en cualquier momento.
- 15 Preocupada por poder seguir disfrutando en Alemania de la asistencia médica necesaria por la enfermedad que le aquejaba, la Sra. Keller solicitó al INSALUD la expedición de un formulario E 112. Como se desprende de una nota interna de dicho organismo de 23 de febrero de 1995, se le remitió dicho formulario debido a que, ante la gravedad de su estado de salud, no era recomendable trasladar a España a la interesada. Prorrogado en repetidas ocasiones, el período de validez del citado formulario se extendió desde el 24 de octubre de 1994 hasta el 21 de junio de 1996.
- 16 Tras numerosos exámenes y un profundo análisis de las distintas posibilidades terapéuticas que se ofrecían, los médicos de la Clínica Universitaria de Colonia estimaron que, habida cuenta del cariz tan sumamente delicado que presentaba y de la especial pericia que requería, la intervención quirúrgica que la Sra. Keller

necesitaba con carácter vital e inmediato sólo podía realizarse por los servicios de la Clínica Universitaria de Zúrich (Suiza). El informe de un cirujano especializado en otorrinolaringología, presentado ante el órgano jurisdiccional remitente, certifica que dicha clínica privada era la única en Europa en la que se trataba, con reconocida eficacia científica, la patología que aquejaba a la Sra. Keller.

- 17 Por consiguiente, los médicos de la Clínica Universitaria de Colonia trasladaron a la Sra. Keller a la Clínica Universitaria de Zúrich, donde a la interesada, hospitalizada del 10 al 25 de noviembre de 1994, se le practicó una intervención quirúrgica cuyos resultados se consideraron satisfactorios. Tras dicha operación, la Sra. Keller debió someterse a radioterapia entre el 15 de diciembre de 1994 y el 22 de febrero de 1995. El coste global de la asistencia prestada ascendió a 87.030 CHF y fue abonado íntegramente por la Sra. Keller.
- 18 El 26 de abril de 1995, la Sra. Keller solicitó el reembolso de la citada suma al INSALUD.
- 19 Se denegó dicha solicitud mediante un acuerdo del mencionado organismo de 10 de agosto de 1995. Basándose en el artículo 102 de la Ley General de la Seguridad Social y en el artículo 18, apartado 1, del Decreto nº 2766/67, el INSALUD alegó, en apoyo de su acuerdo, que la cobertura de los gastos ocasionados por la atención médica prestada en un Estado tercero requiere una autorización expresa y previa por su parte.
- 20 El 7 de diciembre de 1995, el INSALUD desestimó la reclamación dirigida contra dicho acuerdo por la Sra. Keller.

- 21 El 3 de mayo de 1999, la Sra. Keller solicitó de nuevo el reembolso de los gastos de su hospitalización en Suiza. Esta solicitud fue denegada mediante una resolución de la Inspección Sanitaria del INSALUD de 26 de julio de 1999, debido a que «[...] el proceso aunque grave, no reunía las características de una urgencia vital que justificara el abandono del marco sanitario público nacional y/o comunitario, para acudir al entorno privado extracomunitario, sin permitir a la Entidad Gestora española el estudio y oferta de las correspondientes opciones asistenciales apropiadas a la patología que aquejaba a la paciente».
- 22 La Sra. Keller interpuso demanda contra esta última resolución ante el Juzgado de lo Social nº 20 de Madrid. A raíz de una petición del INSALUD de 2 de noviembre de 2000, se amplió la demanda contra el Instituto Nacional de la Seguridad Social debido a que esta institución estará obligada a reembolsar los gastos de que se trata en el procedimiento principal en caso de que prospere dicha demanda.
- 23 La Sra. Keller murió el 30 de octubre de 2001. Sus herederos se subrogaron en el ejercicio de acción en el procedimiento principal.
- 24 En primer lugar, el Juzgado de lo Social nº 20 de Madrid se pregunta sobre el carácter vinculante, para la institución competente española, del diagnóstico y de la elección terapéutica efectuados por médicos autorizados por la institución alemana de que se trata.
- 25 En segundo lugar, dicho órgano jurisdiccional se pregunta, con respecto al principio de igualdad de trato recogido en los artículos 3, 19 y 22 del Reglamento nº 1408/71, si existe una obligación de reembolso de los gastos derivados de la hospitalización de la Sra. Keller en la Clínica Universitaria de Zúrich, habida cuenta de que ha quedado acreditado que, en virtud de la normativa aplicable en Alemania, donde la Sra. Keller estuvo mientras dicha hospitalización se hizo necesaria, habría disfrutado de la cobertura íntegra de dichos costes si hubiera estado afiliada a la AOK Rheinland (Caja General del seguro de enfermedad de Renania).

26 A este respecto, el órgano jurisdiccional remitente hace referencia a dos certificados emitidos durante el año 2000 por la AOK Rheinland, a la que estuvo afiliada la Sra. Keller a partir del 15 de marzo de 1996. El primero de ellos, fechado el 4 de mayo de 2000 y aportado a los autos, pone de manifiesto que el coste de la intervención quirúrgica y de los tratamientos postoperatorios a los que se sometió la Sra. Keller en 1999 en la Clínica Universitaria de Zúrich tras la reaparición de su tumor fue íntegramente asumido por la seguridad social alemana. Según el auto de remisión, del segundo certificado, fechado el 22 de diciembre de 2000, se desprende que los gastos de la asistencia médica recibida por la Sra. Keller en la Clínica Universitaria de Zúrich en 1994 y en 1995 habrían sido reembolsados íntegramente por la AOK Rheinland si la Sra. Keller hubiera estado entonces afiliada a ella.

27 En tales circunstancias, el Juzgado de lo Social nº 20 de Madrid decidió suspender el procedimiento y plantear al Tribunal de Justicia las siguientes cuestiones prejudiciales:

- «1) Si el formulario E-111 y en especial el E-112, cuya expedición prevén los artículos 22.1 c) del Reglamento 1408/71 y los artículos 22.1 y 3 del Reglamento 574/72 tienen fuerza vinculante para la [institución] competente que los expide (en el presente caso la Seguridad Social Española) en lo relativo al diagnóstico efectuado por la institución del lugar de residencia (en el presente caso la Sanidad Pública Alemana), en concreto en los aspectos referentes a que la trabajadora precisaba de una intervención quirúrgica inmediata como única medida terapéutica para salvar su vida e, igualmente, respecto a que dicha intervención solo podía ser realizada por un centro hospitalario de país no perteneciente a la Unión Europea, en concreto, la Clínica Universitaria de Zúrich, en Suiza, por lo que la Institución del lugar de residencia puede remitir al trabajador a dicho centro hospitalario sin que la institución competente se encuentre legitimada para exigir a éste el regreso con la finalidad de someter al trabajador a los exámenes médicos que considere oportunos y ofrecerle las opciones asistenciales apropiadas a la patología que presente.

- 2) Si el principio de igualdad de trato que recoge el art. 3 del Reglamento 1408/71, al señalar que los trabajadores “... podrán acogerse al beneficio de la legislación de todo Estado miembro en las mismas condiciones que los nacionales de éste”, en relación con lo establecido en los artículos 19.1 a) y 22.1. i) de la misma norma, conforme a las cuales el trabajador desplazado tiene derecho a las prestaciones en especie servidas por cuenta de la institución del lugar de estancia o residencia según las disposiciones que ésta aplique, como si estuviera afiliada a la misma, debe interpretarse en el sentido de que la institución competente viene obligada a asumir los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada por un país ajeno a la Unión Europea cuando se acredite que el trabajador, si hubiera sido afiliado o asegurado de la institución del lugar de residencia, habría tenido derecho a dicha prestación sanitaria, cuando además se da la circunstancia de que dicha asistencia sanitaria –esto es, asistencia sanitaria en casos de urgencia vital por centros privados, incluso de países no pertenecientes a la Unión Europea– figura entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado competente.»

Sobre las cuestiones prejudiciales

Sobre la admisibilidad

- 28 En primer lugar, los demandados en el litigio principal ponen de manifiesto ciertas contradicciones, en el auto de remisión, entre la descripción de los hechos que ésta contiene y la redacción de la primera cuestión planteada. En su opinión, tales contradicciones dificultan la comprensión de dicha cuestión y complican, en consecuencia, que se formulen observaciones escritas pertinentes y que el Tribunal de Justicia dé una respuesta útil al órgano jurisdiccional remitente.
- 29 A este respecto, es preciso recordar que, conforme a reiterada jurisprudencia, la necesidad de llegar a una interpretación del Derecho comunitario que sea eficaz para

el juez nacional exige que éste defina el contexto fáctico y el régimen normativo en el que se inscriben las cuestiones que plantea o que, al menos, explique los presupuestos fácticos sobre los que se basan tales cuestiones (véase, en particular, la sentencia de 9 de septiembre de 2004, Carbonati Apuani, C-72/03, Rec. p. I-8027, apartado 10).

- 30 La información proporcionada en las resoluciones de remisión no sólo debe servir para que el Tribunal de Justicia pueda dar respuestas útiles, sino también para que los Gobiernos de los Estados miembros y las demás partes interesadas tengan la posibilidad de presentar observaciones conforme al artículo 23 del Estatuto CE del Tribunal de Justicia. Incumbe al Tribunal de Justicia velar por que sea salvaguardada esta posibilidad, teniendo en cuenta que, con arreglo a la citada disposición, a las partes interesadas sólo se les notifican las resoluciones de remisión (sentencia de 21 de septiembre de 1999, Albany, C-67/96, Rec. p. I-5751, apartado 40).
- 31 En el caso de autos, el auto de remisión permite comprender, como corrobora el contenido de las observaciones presentadas por las partes en el litigio principal y los Gobiernos de los Estados miembros, la pertinencia y el alcance de la primera cuestión planteada por el órgano jurisdiccional remitente. Mediante dicha cuestión, el referido órgano jurisdiccional pregunta en esencia si la expedición, por la institución a la que está afiliado el interesado (en lo sucesivo, «institución competente»), de un formulario E 111 o de un formulario E 112 a efectos de la aplicación del artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), o c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71 implica que dicha institución está vinculada por los diagnósticos efectuados por los servicios médicos del Estado miembro en el que se encuentra el beneficiario de la seguridad social (en lo sucesivo, «Estado miembro de estancia») en cuanto a la necesidad de carácter vital de una intervención quirúrgica urgente habida cuenta de la patología que aqueja a dicho beneficiario, así como por la opción terapéutica decidida por dichos servicios de trasladar a éste a un establecimiento hospitalario situado en un Estado que no es miembro de la Unión Europea.
- 32 En segundo lugar, el Gobierno español sostiene que, contrariamente a lo manifestado en el auto de remisión, la admisión de la Sra. Keller en la Clínica Universitaria de Zúrich no es consecuencia de una decisión de traslado tomada por los médicos de la Clínica Universitaria de Colonia, sino de una iniciativa de la propia

interesada, que abandonó el establecimiento en el que estaba hospitalizada en contra del consejo de los médicos alemanes. De ello se desprende, según dicho Gobierno, que la petición de decisión prejudicial se basa en un caso meramente hipotético, en tanto que las circunstancias reales del asunto en el litigio principal no suscitan, en cambio, ninguna cuestión de interpretación del Derecho comunitario.

33 A este respecto, es preciso recordar que, en el marco de un procedimiento con arreglo al artículo 234 CE, basado en una clara separación de las funciones entre los órganos jurisdiccionales nacionales y el Tribunal de Justicia, toda apreciación de los hechos del asunto es competencia del juez nacional. Asimismo corresponde exclusivamente al órgano jurisdiccional nacional, que conoce del litigio y que debe asumir la responsabilidad de la decisión jurisdiccional que debe adoptarse, apreciar, a la luz de las particularidades del asunto, tanto la necesidad de una decisión prejudicial para poder dictar sentencia, como la pertinencia de las cuestiones que plantea al Tribunal de Justicia. Por consiguiente, cuando las cuestiones planteadas se refieran a la interpretación del Derecho comunitario, el Tribunal de Justicia está, en principio, obligado a pronunciarse (véase, en particular, la sentencia de 25 de febrero de 2003, IKA, C-326/00, Rec. p. I-1703, apartado 27).

34 En el presente caso, como se desprende de la exposición de los hechos realizada en el auto de remisión, el órgano de jurisdicción nacional consideró que la admisión de la Sra. Keller en la Clínica Universitaria de Zúrich era consecuencia de una decisión de los médicos de la Clínica Universitaria de Colonia, tomada tras realizar diversas pruebas y un examen profundo de las posibilidades terapéuticas en relación con la patología de la interesada. El órgano jurisdiccional nacional se basa, a este respecto, en el informe de un cirujano especializado en otorrinolaringología que certifica que, en el momento en que ocurrieron los hechos, la Clínica Universitaria de Zúrich era la única, en Europa, que podía practicar con posibilidades reales de éxito el tipo de operación que requería la patología de la Sra. Keller.

35 Por lo que respecta a la declaración de la Sra. Keller, presentada por el Gobierno español en apoyo de sus alegaciones, según la cual esta última certificó haber abandonado el hospital de Gummersbach voluntariamente, por propia iniciativa y en

contra del consejo de los médicos alemanes, se refiere no a la salida de la interesada hacia Suiza, sino a una salida temporal de la Sra. Keller del hospital para ir a visitar a un miembro de su familia, como se desprende de las declaraciones contenidas en los documentos presentados por los herederos de la Sra. Keller en apoyo de su respuesta a una pregunta escrita del Tribunal de Justicia, que no han sido rebatidas en la vista.

36 Por lo tanto, es preciso rechazar la argumentación del Gobierno español basada en el carácter meramente hipotético de la petición de decisión prejudicial.

37 En tercer lugar, los demandados en el litigio principal y el Gobierno español alegan que los Reglamentos n^{os} 1408/71 y 574/72 no pueden ser aplicables al presente caso, por el hecho de que la asistencia médica que se discute en el litigio principal se prestó en Suiza. A su juicio, la solución del litigio principal no depende de una interpretación del Derecho comunitario, sino que corresponde exclusivamente al Derecho nacional.

38 No obstante, es preciso señalar a este respecto que la mera circunstancia de que dicha asistencia se haya prestado fuera del territorio comunitario no basta para excluir la aplicación de los citados Reglamentos, al ser el criterio determinante el vínculo del asegurado de que se trate con un régimen de seguridad social de un Estado miembro (véase, en este sentido, las sentencias de 23 de octubre de 1986, Van Roosmalen, 300/84, Rec. p. 3097, apartado 30; de 9 de julio de 1987, Laborero y Sabato, asuntos acumulados 82/86 y 103/86, Rec. p. 3401, apartado 25, y de 29 de junio de 1994, Aldewereld, C-60/93, Rec. p. I-2991, apartado 14).

39 En el caso de autos, la Sra. Keller estaba afiliada, cuando ocurrieron los hechos del litigio principal, al régimen español de la seguridad social y poseía los formularios expedidos por el INSALUD con arreglo al artículo 22 del Reglamento n^o 1408/71. En

consecuencia, no cabe poner en dudar la aplicabilidad, en el asunto del litigio principal, de los Reglamentos n^{os} 1408/71 y 574/72.

- 40 La cuestión de si la expedición de un formulario E 111 o de un formulario E 112 por la institución competente implica que ésta esté obligada a asumir los gastos de la asistencia médica proporcionada al beneficiario de la seguridad social en un Estado tercero depende de la interpretación que se ha de dar a las disposiciones de Derecho comunitario que son el objeto de las cuestiones planteadas por el órgano jurisdiccional remitente.

Sobre el fondo

Consideraciones preliminares

- 41 Las cuestiones planteadas se inscriben en el contexto de una normativa nacional que establece que el beneficiario de la seguridad social tiene derecho al reembolso de los gastos de la asistencia médica recibida, sin consultar previamente a los servicios pertenecientes al sistema sanitario nacional, de servicios externos a dicho sistema, cuando está demostrado que dicha asistencia respondía a una necesidad de urgencia vital.
- 42 Antes de responder a dichas cuestiones, es preciso señalar que, pese a que el auto de remisión hace referencia a la institución del «lugar de residencia» para designar a la institución alemana de seguridad social y a los médicos autorizados por esta institución, ha quedado acreditado que, en el momento en que ocurrieron los hechos del litigio principal, la Sra. Keller residía en el Estado miembro competente, a saber, en España. Como destacan los demandados en el litigio principal, la presencia

de la Sra. Keller en Alemania en esa época corresponde, por tanto, no al supuesto previsto en el artículo 19 del Reglamento n° 1408/71, sino al mencionado en el artículo 22 de este mismo Reglamento. De lo anterior se deduce que no procede responder a la petición de decisión prejudicial en lo referente a la interpretación del artículo 19, apartado 1, letra a), del Reglamento n° 1408/71.

Sobre la primera cuestión

- 43 Mediante su primera cuestión, el órgano jurisdiccional remitente pregunta, en esencia, si la expedición por la institución competente de un formulario E 111, necesario para la aplicación del artículo 22, apartado 1, letra a), inciso i), del Reglamento n° 1408/71, o de un formulario E 112, necesario para la aplicación del artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), de este mismo Reglamento implica que dicha institución está vinculada por el diagnóstico de médicos autorizados por la institución del Estado miembro de estancia en cuanto a la existencia de una situación de urgencia vital que requiere una intervención quirúrgica inmediata, así como por la decisión de dichos médicos de trasladar al asegurado a un establecimiento hospitalario situado en el territorio de un Estado tercero debido a que dicho establecimiento resulta ser, según los conocimientos médicos del momento, el único que practica el tipo de intervención requerida con posibilidades reales de éxito.
- 44 Para responder a dicha cuestión, es preciso, como ha sugerido el Abogado General en los puntos 15 a 17 de sus conclusiones, referirse al objetivo que persigue el artículo 22 del Reglamento n° 1408/71 y a la función que cumplen los formularios E 111 y E 112 en el sistema creado por dicho artículo.
- 45 A este respecto, es preciso recordar que, en el marco de los objetivos generales del Tratado CE, el artículo 22 del Reglamento n° 1408/71 forma parte de las medidas para que el trabajador originario de un Estado miembro reciba, con arreglo a las condiciones que dicho Reglamento establece, prestaciones en especie en los demás

Estados miembros, cualquiera que sea la institución nacional a la que esté afiliado o su lugar de residencia (sentencia de 3 de julio de 2003, Van der Duin y ANOZ Zorgverzekering, C-156/01, Rec. p. I-7045, apartado 50).

- 46 Al garantizar al asegurado sometido a la legislación de un Estado miembro, cuyo estado de salud requiere de modo inmediato una prestación sanitaria durante una estancia en otro Estado miembro o que cuenta con una autorización de la institución competente para desplazarse a otro Estado miembro a fin de recibir en el mismo la asistencia apropiada a su estado de salud, el acceso a la asistencia en este otro Estado miembro en condiciones de cobertura tan favorables como aquellas de que disfrutaban los beneficiarios a quienes se aplica la legislación de este último Estado, el artículo 22 del Reglamento n° 1408/71 contribuye a facilitar la libre circulación de los asegurados y, en la misma medida, la prestación de servicios médicos transfronterizos entre los Estados miembros (véanse las sentencias de 12 de julio de 2001, Vanbraekel y otros, C-368/98, Rec. p. I-5363, apartado 32, y de 23 de octubre de 2003, Inizan, C-56/01, Rec. p. I-12403, apartado 21).
- 47 Como ha manifestado el Gobierno neerlandés en sus observaciones escritas, la realización del objetivo perseguido por el artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), y c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71 se basa en un reparto de responsabilidades entre la institución competente y la institución del Estado miembro de estancia.
- 48 En efecto, según los propios términos del artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, por un lado, corresponde a la institución competente decidir, en el supuesto contemplado en el apartado 1, letra c), de dicho artículo, la concesión de la autorización que permita al beneficiario de la seguridad social desplazarse a otro Estado miembro con fines médicos; establecer, conforme a su normativa nacional, la duración del servicio de las prestaciones en el Estado miembro de estancia y asumir el coste de dichas prestaciones. Por otro lado, corresponde a la institución del Estado miembro de estancia servir tales prestaciones, según las disposiciones de la

legislación que aquélla aplique, como si el beneficiario de la seguridad social de que se trate fuera uno de sus afiliados.

49 En este contexto, los formularios E 111 y E 112 tienen la finalidad de garantizar a la institución del Estado miembro de estancia y a los médicos autorizados por dicha institución que el titular de tales formularios tiene derecho a recibir en ese Estado miembro, durante el período determinado en el formulario, una asistencia cuyo coste asumirá la institución competente.

50 De esta regla de reparto de responsabilidades, en correlación con los actos comunitarios relativos al reconocimiento recíproco de los diplomas, certificados y otros títulos de especialistas del arte de curar (véanse, a este respecto, las sentencias de 28 de abril de 1998, Decker, C-120/95, Rec. p. I-1831, apartado 42, y Kohll, C-158/96, Rec. p. I-1931, apartados 47 y 48), se desprende que, toda vez que consintió, al expedir un formulario E 111 o un formulario E 112, que uno de sus beneficiarios de la seguridad social que se encuentra en uno de los supuestos previstos en el artículo 22, apartado 1, del Reglamento n° 1408/71, recibiera asistencia médica fuera del Estado miembro competente, la institución competente se remite a los médicos autorizados por la institución del Estado miembro de estancia, que ejercen en el marco de su función, llamados a hacerse cargo del interesado en este último Estado, y está obligada a aceptar y reconocer los diagnósticos efectuados y las opciones terapéuticas dictadas por tales médicos como si emanaran de médicos autorizados que hubieran tenido que prestar asistencia al asegurado en el Estado miembro competente, sin perjuicio de la posible existencia de un comportamiento abusivo (véase, por analogía, en el contexto de los diagnósticos relativos a la incapacidad laboral de un beneficiario de la seguridad social, efectuados por la institución del Estado miembro de residencia o de estancia de conformidad con el artículo 18 del Reglamento n° 574/72, la sentencia de 2 de mayo de 1996, Paletta, C-206/94, Rec. p. I-2357, apartados 24 a 28).

- 51 En efecto, en el supuesto contemplado en el artículo 22, apartado 1, letra a), del Reglamento n° 1408/71, los médicos establecidos en el Estado miembro de estancia son evidentemente los que mejor pueden apreciar el estado de salud del interesado y la asistencia inmediata que dicho estado requiere. Por lo que respecta al supuesto previsto en el artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento n° 1408/71, la autorización expedida por la institución competente implica que, durante el período de validez de dicha autorización, la citada institución otorga su confianza a la institución del Estado miembro en el que permitió que estuviera el asegurado con fines médicos y a los médicos autorizados por ésta.
- 52 A este respecto, es preciso destacar que, como ha declarado el Tribunal de Justicia en el ámbito de la libre prestación de servicios, debe considerarse que los médicos establecidos en otros Estados miembros ofrecen garantías profesionales equivalentes a las de los médicos establecidos en el territorio nacional (véase la sentencia Kohll, antes citada, apartado 48).
- 53 Habida cuenta de todo lo anterior, procede considerar que la institución competente que consintió, al expedir un formulario E 111 o un formulario E 112, que uno de sus beneficiarios de la seguridad social recibiera asistencia médica fuera del Estado miembro competente está vinculada por los diagnósticos relativos a la necesidad de asistencia urgente de carácter vital, efectuados por los médicos autorizados por la institución del Estado miembro de estancia (véase, en un sentido análogo en el contexto de los artículos 19 del Reglamento n° 1408/71 y 18 del Reglamento n° 574/72, las sentencias de 12 de marzo de 1987, Rindone, 22/86, Rec. p. 1339, apartados 9 a 14, y de 3 de junio de 1992, Paletta, C-45/90, Rec. p. I-3423, apartado 28).
- 54 Asimismo, la institución competente está vinculada por la decisión terapéutica tomada por los mencionados médicos basándose en los diagnósticos que han efectuado y en función del estado de los conocimientos médicos del momento, incluso cuando dicha decisión consista en trasladar al interesado a otro Estado para

que se le preste el tratamiento urgente que su patología requiere, que no pueden proporcionarle los médicos establecidos en el Estado miembro de estancia.

55 Como ha señalado el Abogado General en el punto 23 de sus conclusiones, es irrelevante, a efectos de determinar el carácter vinculante para la institución competente de tales diagnósticos y decisiones, que el Estado al que dichos médicos decidieron trasladar al interesado no sea miembro de la Unión Europea, puesto que la decisión terapéutica así tomada, habida cuenta de las consideraciones expuestas en los apartados 47 a 52 de la presente sentencia, es competencia de los médicos autorizados por la institución del Estado miembro de estancia y de dicha institución.

56 En estas circunstancias, y como han admitido los propios demandados en el litigio principal en sus observaciones escritas, no se puede exigir que el interesado, titular de un formulario E 111 o de un formulario E 112, regrese al Estado miembro competente para someterse en él a un control médico, aun cuando los médicos autorizados por la institución del Estado miembro de estancia estimen que su estado de salud requiere asistencia urgente de carácter vital (véase, en este sentido, la sentencia Rindone, antes citada, apartado 21).

57 Por otra parte, no cabe sostener, como hacen los demandados en el litigio principal, que los diagnósticos efectuados y las decisiones tomadas en materia terapéutica por médicos autorizados por la institución del Estado miembro de estancia deben someterse a aprobación por la institución competente. En efecto, tal tesis supone ignorar la regla del reparto de responsabilidades que subyace en el artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), y c), inciso i), del Reglamento nº 1408/7, así como el principio de reconocimiento recíproco de competencias profesionales de los médicos, y va en contra de los intereses del paciente que necesita asistencia urgente de carácter vital.

- 58 A este respecto, resulta significativo señalar, como han hecho la Sra. Keller durante el procedimiento principal y el Gobierno neerlandés en sus observaciones escritas, que si bien, para disfrutar de prestaciones en metálico, como el abono de una renta, de conformidad con el artículo 22, apartado 1, letra a), inciso ii), del Reglamento n° 1408/71, la institución competente puede obligar, en virtud del artículo 18, apartado 5, del Reglamento n° 574/72, al beneficiario de la seguridad social que se encuentra en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente a someterse a un examen realizado por un médico elegido por ella, no dispone, en cambio, de dicha facultad en los supuestos, en relación con las prestaciones en especie, contemplados en el artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), y c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71.
- 59 El Gobierno español sostiene que, puesto que la autorización mencionada en el artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento n° 1408/71 tiene por objeto permitir el desplazamiento del interesado a otro Estado miembro para «recibir en el mismo» la asistencia apropiada a su estado, el derecho conferido por ese mismo apartado, letra c), inciso i), al beneficiario de la seguridad social que posea un formulario E 112 se refiere únicamente a la asistencia proporcionada en el Estado miembro, identificado en dicho formulario, al que la institución competente le autorizó a desplazarse a tal fin, excluyendo la que le hubieran prestado en otro Estado.
- 60 Sin embargo, cuando resulta, durante el tratamiento seguido por el asegurado en el territorio del Estado miembro al que la institución competente le ha autorizado a desplazarse con fines médicos, que la patología diagnosticada al interesado requiere asistencia urgente de carácter vital cuya prestación, en opinión de los médicos autorizados por la institución de dicho Estado miembro habida cuenta del estado de los conocimientos médicos del momento, sólo puede realizarse en un establecimiento situado en el territorio de un Estado distinto a dicho Estado miembro, el artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71 debe interpretarse en el sentido de que el derecho del asegurado a las prestaciones en especie servidas por la institución del Estado miembro de estancia incluye la asistencia dispensada en dicho establecimiento, siempre que, según la legislación aplicada por la referida institución, ésta esté obligada a servir a una persona que está afiliada a ella las prestaciones en especie correspondientes a tal asistencia.

- 61 Los demandados en el litigio principal alegan que el objetivo de planificación y organización de la oferta hospitalaria se pondría en peligro si a los beneficiarios de la seguridad social les estuviera permitido acceder libremente a prestaciones sanitarias en cualquier Estado, incluido un Estado tercero.
- 62 Si bien es cierto que el Tribunal de Justicia ha declarado que tal objetivo puede justificar que la cobertura, por la institución competente, de la asistencia recibida fuera del Estado miembro competente se supedita a una autorización previa de dicha institución (véanse las sentencias de 12 de julio de 2001, Smits y Peerbooms, C-157/99, Rec. p. I-5473, apartados 76 a 80, y de 13 de mayo de 2003, Müller-Fauré y van Riet, C-385/99, Rec. p. I-4509, apartados 76 a 82), no resultan, en cambio, pertinentes las consideraciones relacionadas con dicho objetivo cuando la institución competente ha consentido precisamente, mediante la expedición de un formulario E 111 o de un formulario E 112, que uno de sus asegurados reciba asistencia hospitalaria fuera del Estado miembro competente.
- 63 Habida cuenta de todo lo anterior, procede responder a la primera cuestión lo siguiente:
- El artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), y c), inciso i), del Reglamento nº 1408/71 y el artículo 22, apartados 1 y 3, del Reglamento nº 574/72 han de interpretarse en el sentido de que la institución competente que consintió, mediante la expedición de un formulario E 111 o de un formulario E 112, que uno de sus beneficiarios de la seguridad social recibiera asistencia médica en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente está vinculada por los diagnósticos relativos a la necesidad de asistencia urgente de carácter vital, efectuados durante el período de validez del formulario por médicos autorizados por la institución del Estado miembro de estancia, así como por la decisión de tales médicos adoptada, durante ese mismo período, basándose en dichos diagnósticos y en los conocimientos médicos del momento, de trasladar al interesado a un establecimiento hospitalario situado en otro Estado, aun en el caso de que éste sea un Estado tercero. No obstante, en tal situación, conforme

al artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), y c), inciso i), del Reglamento nº 1408/71, el derecho del asegurado a las prestaciones en especie servidas por cuenta de la institución competente está sujeto a la condición de que, según la legislación aplicada por la institución del Estado miembro de estancia, ésta esté obligada a servir a una persona que está afiliada a ella las prestaciones en especie correspondientes a dicha asistencia.

- En tales circunstancias, la institución competente no tiene derecho ni a exigir el regreso del interesado al Estado miembro competente para someterle en él a un control médico, ni a hacer que se le examine en el Estado miembro de estancia, ni a supeditar los diagnósticos y las decisiones anteriormente mencionadas a una aprobación por su parte.

Sobre la segunda cuestión

⁶⁴ Mediante la segunda cuestión planteada, el órgano jurisdiccional remitente solicita en esencia al Tribunal de Justicia que determine las condiciones y modalidades de asunción de los gastos de la asistencia médica recibida en un Estado tercero en circunstancias tales como las mencionadas en el apartado anterior.

⁶⁵ A este respecto, es preciso recordar que, según el tenor del artículo 22, apartado 1, inciso i), del Reglamento nº 1408/71, el beneficiario que se encuentre en uno de los supuestos contemplados en ese mismo apartado, letras a) y c), tiene derecho, en principio y durante el período de tiempo fijado por la institución competente, a las prestaciones en especie efectuadas, a cuenta de dicha institución, por la institución del Estado miembro de estancia, según las disposiciones de la legislación aplicada por esta última, como si estuviera afiliado a la misma (véanse las sentencias, antes citadas, Vanbraekel y otros, apartado 32, e Inizan, apartado 20).

66 En consecuencia, el derecho así conferido al beneficiario de la seguridad social implica que los gastos de la asistencia prestada sean asumidos, en primer lugar, por la institución del Estado miembro de estancia, según la legislación que esta última aplique, quedando a cargo de la institución competente la obligación de reembolsar posteriormente a la institución del Estado miembro de estancia en las condiciones previstas en el artículo 36 del Reglamento nº 1408/71 (véanse las sentencias, antes citadas, Vanbraekel y otros, apartado 33, e Inizan, apartados 20, 22 y 23).

67 En el caso de que los médicos autorizados por la institución del Estado miembro de estancia opten, por razones de urgencia vital y habida cuenta de los conocimientos médicos del momento, por el traslado del asegurado a un establecimiento hospitalario situado en el territorio de un Estado tercero, es preciso interpretar el artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), y c), inciso i), del Reglamento nº 1408/71 en el sentido de que implica que, siempre que la institución del Estado miembro de estancia no tenga motivo alguno para dudar seriamente del fundamento de dicha decisión médica, asumirá el coste de la asistencia prestada en este último Estado de conformidad con la legislación que ella aplique, en condiciones idénticas a las que disfrutaban los beneficiarios de la seguridad social a quienes se aplica dicha legislación. Por lo que respecta a la asistencia que figura entre las prestaciones previstas en la legislación del Estado miembro competente, corresponde posteriormente a la institución competente soportar la carga de las prestaciones así realizadas, reembolsando a la institución del Estado miembro de estancia en las condiciones establecidas en el artículo 36 del Reglamento nº 1408/71.

68 En cuanto a la alegación de los demandados en el litigio principal, basada en la necesidad de controlar los gastos de seguridad social, es preciso señalar que la circunstancia de que la asistencia médica se preste fuera del territorio del Estado miembro de estancia no coloca a la institución competente en una situación distinta de aquélla en la que esa misma asistencia se hubiera podido dispensar en el territorio

de dicho Estado miembro, toda vez que la normativa aplicable y los posibles límites de reembolso que de ella se deriven son, en ambos casos, los del Estado miembro de estancia (véanse, por analogía, las sentencias, antes citadas, Decker, apartados 38 a 40 y Kohll, apartados 40 a 42).

69 Además, es preciso añadir que tanto el efecto útil como la finalidad de las disposiciones comunitarias de que se trata llevan a considerar que, toda vez que está acreditado que la persona afectada tenía derecho a obtener la asunción por parte de la institución del Estado miembro de estancia del coste de la asistencia médica recibida en un Estado tercero (véanse, a este respecto, los apartados 25 y 26 de la presente sentencia), y que dicha asistencia figura entre las prestaciones previstas en la legislación del Estado miembro competente, corresponde a la institución competente reembolsar directamente a la referida persona o a sus derechohabientes el coste de tal asistencia a fin de garantizarle un nivel de asunción del coste equivalente al que dicha persona habría disfrutado si se hubiera aplicado lo dispuesto en el artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), y c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71 (véanse, en este sentido, las sentencias, antes citadas, Vanbraekel y otros, apartado 34, e IKA, apartado 61).

70 Habida cuenta de todo lo anterior, procede responder a la segunda cuestión planteada lo siguiente:

- En el caso de que los médicos autorizados por la institución del Estado miembro de estancia opten, por razones de urgencia vital y habida cuenta de los conocimientos médicos del momento, por el traslado del asegurado a un establecimiento hospitalario situado en el territorio de un Estado tercero, el artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), y c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71 debe interpretarse en el sentido de que la institución del Estado miembro de estancia ha de asumir el coste de la asistencia prestada en aquel Estado de conformidad con la legislación que ella aplique, en condiciones idénticas a las que disfrutaban los beneficiarios de la seguridad social a quienes se aplica dicha legislación. Por lo que respecta a la asistencia que figura entre las prestaciones previstas en la legislación del Estado miembro competente, corresponde posteriormente a la institución de este último Estado soportar la carga de las prestaciones así realizadas, reembolsando a la institución del Estado

miembro de estancia en las condiciones establecidas en el artículo 36 del Reglamento n° 1408/71.

- Toda vez que la institución del Estado miembro de estancia no asumió el coste de la asistencia prestada en un establecimiento situado en un Estado tercero, que ha quedado acreditado que la persona afectada tenía derecho a que así fuera y que dicha asistencia figura entre las prestaciones previstas en la legislación del Estado miembro competente, corresponde a la institución competente reembolsar directamente a la referida persona o a sus derechohabientes el coste de tal asistencia a fin de garantizarle un nivel de asunción del coste equivalente al que dicha persona habría disfrutado si se hubiera aplicado lo dispuesto en el artículo 22, apartado 1, del Reglamento n° 1408/71.

- 71 En estas circunstancias, no procede responder a la petición de decisión prejudicial en lo referente a la interpretación del artículo 3 del Reglamento n° 1408/71.

Costas

- 72 Dado que el procedimiento tiene, para las partes del litigio principal, el carácter de un incidente promovido ante el órgano jurisdiccional nacional, corresponde a éste resolver sobre las costas. Los gastos efectuados por quienes, no siendo partes del litigio principal, han presentado observaciones ante el Tribunal de Justicia no pueden ser objeto de reembolso.

En virtud de todo lo expuesto, el Tribunal de Justicia (Gran Sala) declara:

- 1) **El artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), y c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores por cuenta propia y los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, y del artículo 22, apartados 1 y 3, del Reglamento (CEE) n° 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento n° 1408/71, en su versión modificada y actualizada mediante el Reglamento (CEE) n° 2001/83 del Consejo, de 2 de junio de 1983, han de interpretarse en el sentido de que la institución competente que consintió, mediante la expedición de un formulario E 111 o de un formulario E 112, que uno de sus beneficiarios de la seguridad social recibiera asistencia médica en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente está vinculada por los diagnósticos relativos a la necesidad de asistencia urgente de carácter vital, efectuados durante el período de validez del formulario por médicos autorizados por la institución del Estado miembro de estancia, así como por la decisión de tales médicos adoptada, durante ese mismo período, basándose en dichos diagnósticos y en los conocimientos médicos del momento, de trasladar al interesado a un establecimiento hospitalario situado en otro Estado, aun en el caso de que éste sea un Estado tercero. No obstante, en tal situación, conforme al artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), y c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71, el derecho del asegurado a las prestaciones en especie servidas por cuenta de la institución competente está sujeto a la condición de que, según la legislación aplicada por la institución del Estado miembro de estancia, ésta esté obligada a servir a una persona que está afiliada a ella las prestaciones en especie correspondientes a dicha asistencia.**

En tales circunstancias, la institución competente no tiene derecho ni a exigir el regreso del interesado al Estado miembro competente para someterle en él a un control médico, ni a hacer que se le examine en el Estado miembro de estancia, ni a supeditar los diagnósticos y las decisiones anteriormente mencionadas a una aprobación por su parte.

- 2) **En el caso de que los médicos autorizados por la institución del Estado miembro de estancia opten, por razones de urgencia vital y habida cuenta de los conocimientos médicos del momento, por el traslado del asegurado a un establecimiento hospitalario situado en el territorio de un Estado tercero, el artículo 22, apartado 1, letras a), inciso i), y c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71 debe interpretarse en el sentido de que la institución del Estado miembro de estancia ha de asumir el coste de la asistencia prestada en aquel Estado de conformidad con la legislación que ella aplique, en condiciones idénticas a las que disfrutaban los beneficiarios de la seguridad social a quienes se aplica dicha legislación. Por lo que respecta a la asistencia que figura entre las prestaciones previstas en la legislación del Estado miembro competente, corresponde posteriormente a la institución de este último Estado soportar la carga de las prestaciones así realizadas, reembolsando a la institución del Estado miembro de estancia en las condiciones establecidas en el artículo 36 del Reglamento n° 1408/71.**

Toda vez que la institución del Estado miembro de estancia no asumió el coste de la asistencia prestada en un establecimiento situado en un Estado tercero, que ha quedado acreditado que la persona afectada tenía derecho a que así fuera y que dicha asistencia figura entre las prestaciones previstas en la legislación del Estado miembro competente, corresponde a la institución competente reembolsar directamente a la referida persona o a sus derechohabientes el coste de tal asistencia a fin de garantizarle un nivel de asunción del coste equivalente al que dicha persona habría disfrutado si se hubiera aplicado lo dispuesto en el artículo 22, apartado 1, del Reglamento n° 1408/71.

Firmas