



Vademécum de la DG HR

Para los voluntarios
sociales de la AIACE



Índice

1. Acción social destinada a los pensionistas de las instituciones europeas	1
1.1. Servicios sociales de las instituciones	1
1.2. Ayudas financieras	1
1.3. Cooperación con la AIACE	2
2. Papel del voluntario social	2
2.1. Motivaciones para el voluntario en la AIACE	2
2.2. Tareas del voluntario	2
2.3. Actitudes	4
2.4. Situaciones que deben evitarse	4
2.5. Fin de la misión del voluntario	4
2.6. Para ser voluntario	5
3. Asistencia al voluntario	5
3.1. Asistentes sociales de las instituciones	5
3.2. Formación/Información en las secciones	6
3.3. Aspectos prácticos	6
4. Deontología y secreto profesional	7
5. Régimen común del Seguro de Enfermedad (RCAM)	10
5.1. Cobertura	10
5.2. Reembolso de gastos médicos	10
5.3. Pago de gastos	12
5.4. Autorización previa	12
5.5. Enfermedad grave	12
5.6. Cuidadores personales a domicilio	13
5.7. Residencias	13
5.8. Seguros de accidentes y enfermedad complementarios	13
5.9. En caso de fallecimiento	13
6. Pensiones	14
6.1. Existen diferentes tipos de pensión	14
6.2. Pago y prestaciones familiares	15
6.3. Mudanza y reinstalación	15
6.4. Parejas de hecho	15
7. Envejecimiento	15
7.1. Deterioro neurológico	15
7.2. Osteoporosis y artritis	17
7.3. Disminución o pérdida de la audición y de la vista	18
7.4. Cáncer	18
7.5. Derrame cerebral	18
7.6. El voluntario frente a la enfermedad	19
7.7. Administración provisional de bienes	21
8. Final de vida	21
8.1. Cuidados paliativos	21
8.2. Eutanasia	22
9. Situación fiscal del antiguo funcionario	24
10. Sucesiones	26
Anexo 1	28
Encuesta pensionistas en dificultad Primer contacto telefónico por los voluntarios de la AIACE	28
Anexo 2	29
AIACE: Contacto con (el/la) pensionista en dificultad	29

1. Acción social destinada a los pensionistas de las instituciones europeas

1.1. Servicios sociales de las instituciones

- El [Estatuto](#) de los funcionarios de la UE reconoce un deber de asistencia y protección a los pensionistas de las instituciones, en particular en su artículo 1. sexies: «Los antiguos funcionarios podrán tener acceso a medidas específicas y limitadas, de carácter social.»
- Sobre esta base, cada institución dispone de un [servicio social](#) cuyo ámbito de acción incluye, en particular, la ayuda a los pensionistas en gran dificultad. La Comisión dispone de servicios sociales en Bruselas, Luxemburgo e Ispra. La distribución de los pensionistas se lleva a cabo con los mismos criterios que determinan la asignación a las oficinas de reembolso. Hay también asistentes sociales en el CCI de Karlsruhe, Geel y Petten. Para la Comisión en Bruselas, se trata de [la unidad HR.D 1](#) y, más específicamente, del sector «Relaciones con los antiguos funcionarios».
- Cada servicio social propone una ayuda psicosocial, asesoramiento financiero y asistencia en relación con los procedimientos del Régimen Común del Seguro de Enfermedad (RCAM) y las cuestiones relativas a las pensiones, un acompañamiento teniendo en cuenta las dificultades derivadas de la edad (aislamiento, soledad, discapacidad, enfermedad, etc.).
- Los servicios sociales también intervienen en caso de fallecimiento en apoyo a las familias y en los trámites administrativos o sociales.
- Dado el rápido aumento del número de pensionistas y el problema de la dispersión geográfica, los servicios sociales de las instituciones no siempre pueden garantizar una acción social directa y localizada. .

1.2. Ayudas financieras

- También se conceden ayudas financieras, pero los créditos son muy limitados. Estas ayudas se conceden a título complementario. Están sometidas a la discreción del servicio social y son posibles sólo para los pensionistas que se hallan en una situación financiera muy grave y ocasional. Se necesita un cuidado particular al elegir las solicitudes.
- [Ayuda social a los pensionistas](#): Ayuda financiera por un importe máximo de 6 000 euros concedida en circunstancias excepcionales vinculadas a dificultades extremas ocasionales. El solicitante debe presentar su solicitud rellenando un formulario y poder indicar y justificar todos los gastos del hogar;
- [Ayuda financiera al cónyuge supérstite](#) (artículo 76 a del Estatuto): Ayuda financiera mensual (complemento de pensión) para el cónyuge supérstite afectado por una enfermedad grave o una discapacidad. La solicitud debe ir acompañada de un informe médico detallado, acompañado, en su caso, de documentos justificativos, en el que se identifique la enfermedad grave o prolongada o la discapacidad. El solicitante deberá indicar su situación financiera y hacer una declaración jurada relativa a sus ingresos;

- [Ayuda a las personas en situación de dependencia](#): Ayuda financiera temporal destinada a cubrir los gastos vinculados a la ayuda domiciliaria para tareas esenciales en la vida cotidiana. La ayuda se limitará estrictamente a determinados casos, e incluye un límite de ingresos (alrededor de 3000 euros) y una necesidad real certificada por un médico o un asistente social.

1.3. Cooperación con la [AIACE](#)

- Desde su creación en 1969, la AIACE mantiene relaciones privilegiadas con la Comisión que apoya su acción. El Acuerdo, firmado en 2002, formalizó dichas relaciones.
- En 2008, se firmó [un nuevo contrato](#) entre la Comisión y la AIACE, que reforzaba el Acuerdo de 2002 y establecía una relación de cooperación entre las dos partes.
- El artículo 7 del acuerdo prevé la aplicación de un programa de acciones sociales específicas, destinadas a los pensionistas, de realización conjunta.
- El artículo 8 del Acuerdo dispone la concesión por la Comisión de una ayuda financiera anual, a la AIACE destinada a la realización de acciones sociales específicas para todos los pensionistas, miembros o no.
- En el artículo 1 del anexo 2, se definen las intervenciones relativas a las acciones sociales, tales como la formación de los voluntarios de las secciones nacionales o el reembolso de sus gastos de desplazamiento.

2. Papel del voluntario social

2.1. Motivaciones para el voluntario en la AIACE

- Mantener el vínculo con Europa a través de la AIACE.
- Querer ayudar a los demás y, más específicamente, a antiguos colegas.
- Devolver lo que se recibió en el período de actividad.
- Mantener una actividad rica en encuentros e intercambios.
- Mantener o desarrollar su propia red social.

2.2. Tareas del voluntario

- Ponerse en contacto con las personas que manifiestan estar en dificultad, directamente a través de una sección nacional o a través de las encuestas bienales realizadas por la Comisión Europea, en cooperación con otras instituciones de la UE.
- Importante: Todas las acciones deberán hacerse con el acuerdo de la persona en dificultad, de sus familiares más cercanos en caso de incapacidad o de un asistente social de las instituciones europeas.

- El voluntario debe siempre presentarse en nombre de la AIACE y nunca en el suyo. Para las encuestas de la Comisión, existe un documento creado por la HR.D.1 (véase el anexo 1), en el que se describen las distintas situaciones posibles y las respuestas correspondientes.
- Establecer una relación de confianza con el beneficiario o su cuidador.
- Facilitar información de naturaleza administrativa y/ o ponerse en contacto con los servicios administrativos correspondientes.
- Ayudar al pensionista o su cuidador a cumplir las formalidades administrativas como, por ejemplo, las relativas al RCAM (solicitudes de reembolso de gastos médicos, autorizaciones previas, solicitudes de subrogación de pago, etc.). [La guía práctica del RCAM](#) (nueva versión en junio de 2014) puede ser de gran utilidad en este ámbito. En Bruselas, los voluntarios pueden acudir también al servicio permanente de la RCAM en SC- 29 para todo lo relativo a las personas asistidas.
- Para preguntas relacionadas con las pensiones, puede resultar útil el [Vademécum](#) relativo a las pensiones de jubilación (versión 2015).
- Para cualquier otra cuestión de carácter administrativo, la información puede encontrarse en el sitio Intranet de la Comisión My IntraComm, en particular a partir del [portal pensionistas](#).
- Orientar, asesorar sobre los aspectos de la organización de la vida cotidiana como, por ejemplo, la elección de una residencia para mayores.
- Orientar, en caso de necesidad, hacia los servicios de proximidad (municipales, CPAS en Bélgica), por ejemplo para determinadas ayudas o para el servicio de comidas a domicilio.
- Involucrar a sus familiares en todos los trámites e informarlos sobre las formalidades administrativas de los servicios de las instituciones europeas.
- Visitar, si lo desea, a las personas hospitalizadas o internadas en residencias de ancianos. Mantener el contacto con ellas, si así lo desean.
- Informar a los asistentes sociales de las instituciones europeas de las dificultades encontradas, o de aquellas en las que al voluntario le es difícil dar una respuesta adecuada.
- En caso de interrumpirse el contacto, averiguar si la persona se encuentra en situación de extrema dificultad y, en ese caso, si es oportuno, telefonar varias veces, presentarse en el domicilio en varias ocasiones y preguntar a las personas de su entorno. En caso de duda, se aconseja ponerse en contacto con las autoridades competentes (policía, servicio social municipal) o los asistentes sociales de las instituciones europeas.
- En el marco de las encuestas bienales organizadas por la Comisión, completar las fichas de seguimiento (anexo 2) y comunicarlas a la Secretaría de la sección nacional de la AIACE, que se encargará de transmitir las a la Unidad HR.D.1.

2.3. Actitudes

- Establecer una relación de confianza basada en la comunicación y en la autenticidad de los intercambios.
- Reconocer que el voluntario tiene límites, que no es capaz de gestionar todo y que no tiene una solución completa. Hay que atreverse a decir «No lo sé, voy a informarme».
- El papel de un voluntario no es el mismo que el de un enfermero, un asesor jurídico, un asistente social, un notario, un conductor, etc.
- Saber poner límites a la relación. Expresar claramente hasta dónde se quiere llegar y lo que no se hará. Atreverse a decir «no» pero también a pedir ayuda.
- Dar muestras de empatía, sin ponerse en el lugar del otro.
- Estos elementos permiten sentar las bases de una relación de confianza. Finalmente esto significa que el voluntario deberá estar a la escucha y demostrarlo pero también expresar sus necesidades y límites personales.

2.4. Situaciones que deben evitarse

- Inmiscuirse en las relaciones familiares (incluidos los conflictos).
- Gestionar las finanzas de las personas a las que ayudan (llevar a cabo operaciones bancarias, por ejemplo).
- Llevarse a su casa documentos pertenecientes a la persona (como por ejemplo los justificantes de gastos médicos). Se recomienda tratar las solicitudes de reembolso in situ en presencia del interesado.
- Ocuparse de cuestiones de herencia.
- Utilizar sus ingresos personales para ayudar a los beneficiarios.
- Pensar que puede resolver todos los problemas y situaciones.
- Aceptar dinero en agradecimiento. Se trata de voluntariado, la ayuda es gratuita.
- Si el voluntario emprende acciones o funciones que van más allá de las situaciones mencionadas (por ejemplo, aceptar convertirse en administrador de bienes), lo hará a título personal y no representando a la AIACE.

2.5. Fin de la misión del voluntario

- Cuando la persona asistida manifieste ese deseo (o la familia, si ella no puede hacerlo).

- Cuando el voluntario considere que la misión debe terminar, que sea por motivos personales o relacionados con la persona asistida. Nunca debe insistir en mantener la relación de ayuda.
- Cuando la situación se vuelva demasiado pesada y compleja y sea de la competencia profesional de un asistente social, que se hará cargo de ella.
- En caso de fallecimiento de la persona, el voluntario podrá comunicar a los herederos los trámites de reembolso de los gastos médicos pendientes y de los gastos funerarios.

2.6. Para ser voluntario

- Hay dos etapas para ser voluntario:
 - En primer lugar, es necesario ponerse en contacto con la [secretaría](#) o con un miembro del Consejo de Administración de la sección de la [AIACE](#) a la que pertenece el candidato a voluntario.
 - A continuación, tras una entrevista con la persona encargada, el candidato se integrará en las actividades del grupo. Podrá encomendársele el seguimiento de algunas personas en dificultad.
- El compromiso adquirido será revocable en cualquier momento, mediante una previa información al responsable para evitar que las personas asistidas se queden sin ayuda.

3. Asistencia al voluntario:

3.1. Asistentes sociales de las instituciones :

- Como se ha mencionado en el capítulo 1, su papel consiste en aportar una ayuda social a los pensionistas en caso de dificultades personales, administrativas o financieras, y en facilitar su adaptación al cambio.
- El servicio social del que depende la persona asistida por un voluntario está vinculado a su lugar de residencia o a la institución en la que trabajaba en el momento de su jubilación.
- Los asistentes sociales colaboran con los voluntarios de la AIACE para ofrecerles apoyo y asesoramiento ante situaciones difíciles, pero también para ayudar a los voluntarios a mantener los límites de su misión.
- Los servicios de la Comisión ofrecerán a los voluntarios sociales de la AIACE un marco de trabajo y medidas de protección adecuadas.
- Los asistentes sociales de las instituciones están presentes para apoyar la actuación de los voluntarios. Para ello, tienen varios instrumentos a su disposición:
 - Reunión con los candidatos voluntarios si el responsable de la AIACE lo desea.

- Acompañamiento de los voluntarios mediante reuniones relacionadas con los métodos de intervención.
 - Reuniones plurianuales con los voluntarios y la AIACE para efectuar un seguimiento de los expedientes.
 - Reunión individual y servicio de permanencia telefónica tanto para la transmisión de informaciones como para que los voluntarios puedan debatir sobre los instrumentos de intervención o experiencias personales.
- Generalmente se recurre a los asistentes sociales cuando la situación ya no está controlada. Por tanto, casi siempre actúan como bomberos en un incendio ya en marcha. Es también importante para los voluntarios mantener un vínculo con los asistentes sociales e informarles periódicamente de la evolución de las situaciones de las que se ocupan.

3.2. Formación/Información en las secciones:

- Las secciones nacionales podrán organizar formaciones específicas en colaboración con los servicios de la Comisión. La formación podrá consistir en:
 - Acompañamiento y seguimiento de los pensionistas en situación difícil.
 - Aspectos psicológicos, juegos de rol, etc.
 - Papel de los voluntarios y de los servicios sociales — comunicación.
 - Gestión administrativa de las situaciones enfrentadas.
 - Funcionamiento del RCAM — instrumento práctico para el acompañamiento.
 - Cuestiones jurídicas relacionadas con los problemas encontrados.
 - Examen de la situación en los servicios sociales de las instituciones europeas.
- Además, en Bruselas, se organizan reuniones periódicas entre los voluntarios y los servicios sociales de la Comisión para analizar la situación de las personas asistidas y para responder a todas las preguntas suscitadas por el papel del voluntario.

3.3. Aspectos prácticos:

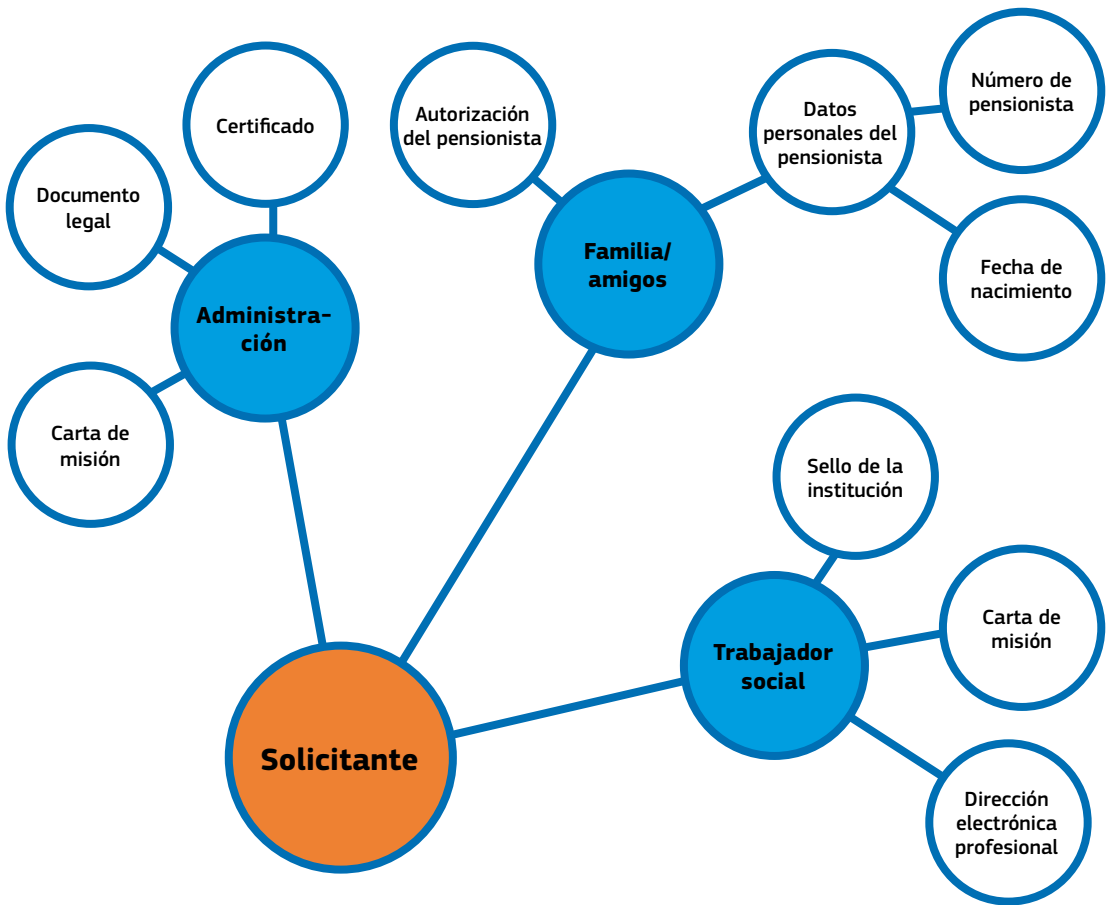
- **Responsabilidad civil:** En el marco de sus actividades, el voluntario está cubierto por un seguro de responsabilidad civil, suscrito por la AIACE para sus miembros. En una situación en la que podría intervenir dicho seguro, el voluntario deberá advertir lo antes posible a la sección de la AIACE a la que pertenece.
- **Reembolso de gastos:** Algunos gastos podrán ser reembolsados a los voluntarios en el marco de la ayuda financiera concedida por la Comisión a la AIACE. Los procedimientos de reembolso de estos gastos se ejecutan en cada sección nacional.

4. Deontología y secreto profesional

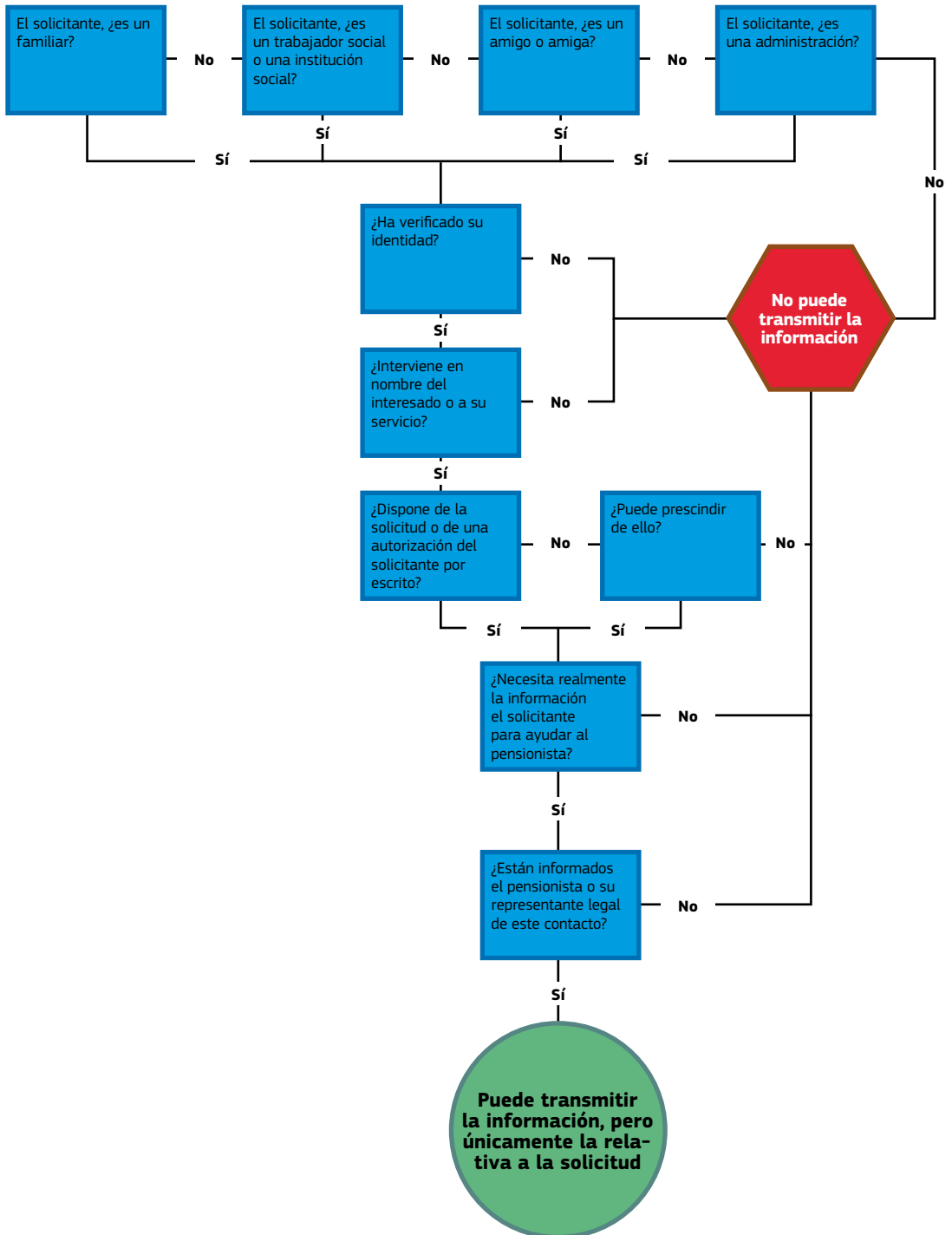
Para entender mejor el trabajo de voluntariado, es importante tener presentes algunas referencias éticas y conceptos relativos al secreto profesional basados en el código deontológico de los asistentes sociales belgas.

- Respetar las opiniones políticas, filosóficas y religiosas de los demás, cualesquiera que sean sus propias convicciones.
- Medir las consecuencias de sus intervenciones en la vida de las personas y sus familias.
- Imponerse una gran discreción en cualquier circunstancia. Respetar y hacer respetar el secreto profesional.
- Dar primacía a los intereses y la voluntad de la persona asistida.
- Buscar con la persona, sin que ello suponga ningún juicio de valor sobre la misma, los medios para atender a su solicitud y respetar su libre elección.
- Ofrecer sus servicios, no imponerlos. El consentimiento de la persona es siempre necesario antes de cualquier intervención o toma de contacto.
- El secreto profesional es un derecho en favor del solicitante de ayuda, con el que se corresponde el deber del donante de ayuda, es decir, la obligación de confidencialidad frente a terceros. Los datos necesarios para el buen funcionamiento del trabajo de equipo — y en interés de las personas — se dejan a la discreción del responsable de la AIACE y del servicio social. El voluntario recurrirá en todos los casos al responsable de la AIACE.
- El deber de confidencialidad no puede considerarse obviado por el mero consentimiento de las personas.
- se puede incumplir el secreto profesional solo en caso de que los intereses o la seguridad de las personas o de terceros se ven amenazados.
- Garantizar el secreto de la correspondencia, los ficheros y expedientes relativos a las personas, así como las condiciones que garanticen la confidencialidad de las conversaciones.
- El voluntario informará al responsable de la AIACE y a los asistentes sociales de sus intervenciones, a través de las reuniones periódicas organizadas por las secciones.
- Solo serán comunicadas las informaciones indispensables para la acción social emprendida con la condición expresa de que la persona beneficiaria de la ayuda haya dado su aprobación. En caso de rechaza de su parte a dar su consentimiento a la comunicación de elementos útiles para el buen desarrollo del trabajo, se informará al interesado de las consecuencias de su negativa.
- A continuación, dos esquemas para determinar si se puede transmitir una información a un tercero y comprobar la identidad de un interlocutor.

Verificación de la identidad del solicitante



Transmisión de información a un tercero



5. Régimen común del Seguro de Enfermedad (RCAM)

- A veces, el sistema del [RCAM](#) puede resultar complicado. Es importante no solo tener una comprensión general, sino también mantenerse informado periódicamente sobre su evolución y, en particular, sobre los diversos procedimientos. A continuación se recogen algunas informaciones importantes que pueden interesar directamente a los pensionistas.
- **Importante - Protección de datos:** Los beneficiarios del RCAM tienen garantizada la protección de sus datos médicos. Los participantes deberán respetar el secreto médico y la confidencialidad de los datos.

5.1. Cobertura:

Existen dos tipos de cobertura del RCAM: la primaria y la complementaria. Cualquier persona que tenga la cobertura complementaria del Régimen Común del Seguro de Enfermedad (un cónyuge cubierto por su seguro nacional, por ejemplo), deberá, en primer lugar, hacer uso de su seguro principal. [El certificado](#) es la única prueba de estar cubierto por el RCAM (véase el apartado « Mis certificados » o también, a través de PMO Contact en línea : « Cobertura de enfermedad/Certificados » — o por teléfono + 32 2 295 80 37).

5.2. Reembolso de gastos médicos:

- **Solicitudes:**
 - Es posible presentar las solicitudes de reembolso de los gastos médicos o mediante la [aplicación en línea](#) (siempre que haya [solicitado una cuenta ECAS](#)) o mediante los formularios en papel. Actualmente, la aplicación en línea permite:
 - presentar solicitudes de reembolso de gastos médicos;
 - presentar solicitudes de autorización previa;
 - presentar solicitudes de pago de gastos;
 - comprobar el detalle del reembolso de los gastos médicos;
 - verificar los derechos del afiliado y los de su familia;
 - expedir certificados de cobertura;
 - ponerse en contacto con la PMO para hacer preguntas y solicitar explicaciones.
 - Se aconseja a los voluntarios a no utilizar la cuenta ECAS de un pensionista. Son cuentas individuales y personales.
 - No es aconsejable formular preguntas sobre una persona distinta de sí misma a través de la aplicación PMO Contact, dado que las preguntas están directamente vinculadas con el expediente personal.

Si se utilizan los formularios en papel para las solicitudes de reembolso, es necesario prestar atención a:

- presentar como máximo 5 solicitudes por formulario;
- utilizar una línea de reembolso por recibo;
- numerar los documentos correlativamente con las entradas en el formulario;
- incluir los originales y conservar una copia de éstos ;

- presentar las solicitudes de reembolso en un plazo de 18 meses a partir de la fecha de la prestación médica;
 - no utilizar grapas sino clips para sujetar los documentos ;
 - firmar el formulario.
- Al presentar una solicitud de autorización previa o una solicitud de de pago de gastos, es necesario:
 - comprobar los documentos e informaciones que se adjunten a la solicitud;
 - considerar que determinados tratamientos o productos requieren explicaciones específicas por parte del médico (por ejemplo, glucómetros, tensiómetros) o completar un documento específico (por ejemplo, residencias). La mayor parte de estos elementos específicos se pueden encontrar en [RCAM en línea](#) en la sección de solicitudes de autorización previa;
 - esperar la decisión relativa a la autorización previa antes de transmitir las solicitudes de reembolso.
 - Conviene no presentar al mismo tiempo, en el mismo sobre, las solicitudes de reembolso y las solicitudes de autorización previa u otros presupuestos dentales. Deberán enviarse por separado.

- **Reembolso especial:**

Cuando la parte de los gastos médicos que no se reembolsan (normalmente el 15 % o el 20 %) acumulados en 12 meses supere la mitad de la pensión base mensual percibida durante el mismo período, el artículo 72, apartado 3, del Estatuto prevé un reembolso especial. La oficina liquidadora avisa automáticamente a los beneficiarios a los que puede aplicarse el reembolso especial. Si el beneficiario no recibe ningún correo es que no puede optar a ello.

- **Anticipo de reembolso:**

Excepcionalmente, puede pedirse un anticipo de reembolso (salvo por los beneficiarios cubiertos en régimen de complementariedad) cuando existan gastos importantes, siempre que:

- la pensión de base sea igual o inferior a la de un funcionario de grado AST2/1 (± 3100 EUROS)
- los gastos médicos previstos durante el mes sean superiores al 20 % de la pensión de base.

Es conveniente rellenar el impreso de solicitud de anticipo y enviarlo a su oficina de liquidaciones. Atención: la solicitud de reembolso de los gastos debe presentarse dentro de un plazo de 3 meses a partir de la recepción del anticipo.

- **Reembolso prioritario:**

Pueden presentar una solicitud de este tipo los afiliados titulares al RCAM que hayan tenido que hacer frente a gastos médicos superiores a

600 euros en un plazo de 15 días anteriores al envío de la solicitud de reembolso. Se trata de un formulario que acompañará a la correspondiente solicitud de reembolso.

5.3. Pago de gastos:

Para determinados tratamientos o casos de hospitalización, es posible solicitar el pago de los gastos médicos en el porcentaje al cual tenga derecho (80 %, 85 % o 100 %, según los casos). Se Deberá dirigir la solicitud con una antelación de 60 días a la prestación médica. Para una hospitalización de urgencia, la solicitud deberá hacerse lo antes posible. El RCAM pagará directamente las facturas y enviará el detalle de los gastos al interesado. Es posible que éste tenga que hacerse cargo de alguna parte. Esa cantidad se regularizará en los reembolsos posteriores o, en su caso, en cualquier cantidad a pagar por la Institución. El anticipo deberá quedar regularizado como máximo 3 años después de la fecha de su pago.

5.4. Autorización previa:

Para ciertos tratamientos es necesario solicitar una autorización previa antes del comienzo del tratamiento. La lista de prestaciones que requieren autorización previa se encuentra en My Intracomm. Atención, para cada tipo de prestación, es necesario aportar elementos específicos facilitados por el médico. Una vez adoptada la decisión, el beneficiario recibe de la oficina de liquidación una respuesta en la que figuran la aprobación o la denegación, el código interno de la prestación, el número de prestaciones concedidas, en su caso, y el período de validez del acuerdo. Las autorizaciones previas se refieren a la posibilidad de reembolso de los gastos y no a la legitimidad del tratamiento.

5.5. Enfermedad grave:

Los gastos médicos relativos al tratamiento de una enfermedad reconocida como «grave» podrán reembolsarse en una medida más elevada. El reconocimiento de la enfermedad grave se basa en 4 criterios concomitantes : pronóstico vital desfavorable, evolución crónica, necesidad de medidas diagnósticas o terapéuticas importantes y presencia o riesgo de discapacidad grave. Los gastos médicos directamente vinculados a la enfermedad grave se reembolsarán en una medida más elevada, dentro de los límites máximos previstos, conforme al previo informe del médico asesor. Los límites están directamente relacionados con los distintos modos de tratamiento ([consúltese la página de los tratamientos de A a Z en My Intracomm](#)).

Conviene saber:

- que el RCAM aplica ahora de manera muy estricta la exigencia de los 4 criterios concomitantes. Por ello, es posible que a algunos pensionistas, les sea denegado el reconocimiento de enfermedad grave del que se habían beneficiado hasta ahora.
- que el reconocimiento de enfermedad grave por el RCAM está sujeto a un límite de tiempo.

5.6. Cuidadores personales a domicilio:

El RCAM cubre algunos gastos de asistencia sanitaria. En primer lugar, hay que solicitar una autorización previa. El médico deberá completar el [formulario de evaluación del grado de dependencia](#) y presentar un informe médico en el que se especifique la duración de la prestación, el tipo de cuidados y la frecuencia con que deben prodigarse. Cabe señalar que el RCAM solo reembolsa los gastos de enfermeros legalmente facultados para el ejercicio de esa profesión. En caso de que la autorización previa sea concedida, el beneficiario podrá recurrir a un cuidador y presentar posteriormente una solicitud de reembolso, a la que se adjuntará una factura mensual con arreglo a la legislación nacional, y en la que figuren el nombre, las horas trabajadas y los costes. Atención: se exigirá una [autorización previa](#) para prestaciones técnicas como inyecciones, vendajes, etc., que no puedan ser realizadas por el cuidador.

5.7. Residencias:

El RCAM podrá participar en los gastos ocasionados por estancias de larga duración en una residencia, una residencia clínica, o cualquier otro organismo asimilado. Es preciso verificar que se hayan cumplido las condiciones y los porcentajes de reembolso de los diferentes gastos de estancia. Es necesaria una solicitud de autorización previa acompañada de un informe médico. El médico debe cumplimentar el [formulario de evaluación del grado de dependencia](#) y una prescripción médica en la que se especifique la necesidad de la estancia en el establecimiento en cuestión y la naturaleza de los cuidados requeridos. Existen dos posibilidades:

- [pedir el pago de los gastos](#) (únicamente para la asistencia médica) que permite al establecimiento enviar sus facturas directamente al RCAM
- abonar los gastos y solicitar su reembolso adjuntando las facturas de la estancia y de la prestación de asistencia.

5.8. **Seguros de accidentes y enfermedad complementarios:**

Los pensionistas dejan de estar cubiertos por el seguro de accidentes estatutario. Se elimina la noción de accidente, es decir, que los gastos médicos correspondientes a un accidente se considerarán gastos «normales» y ya no se reembolsan al 100 %. Por lo tanto, no se paga un importe en caso de muerte o de invalidez como consecuencia de un accidente. Sin embargo el pensionista puede suscribir un seguro de accidente individual. Del mismo modo, tendrá la posibilidad de suscribir un seguro de enfermedad complementario al régimen común de seguro de enfermedad. Existen numerosas posibilidades. Se ha realizado un [estudio comparativo](#) entre diversos contratos existentes.

5.9. En caso de fallecimiento:

- está previsto el [pago de auxilio funerario](#);
- el cónyuge supérstite deberá utilizar el número personal del difunto durante 3 meses consecutivos ; posteriormente le será adjudicado un número de pensión;

- el cónyuge superviviente y los hijos a cargo estarán cubiertos en calidad de titulares.

6. Pensiones

6.1. Existen diferentes tipos de pensión :

- **Pensión de jubilación:**

El régimen de pensiones prevé el pago de una pensión de jubilación equivalente, como máximo, al 70 % del sueldo base, a razón del 2 % por cada año cotizado para los funcionarios que entraron en servicio antes del 1 de mayo de 2014 y del 1,9 % para los que entraron posteriormente a esa fecha.

- **Pensión de invalidez:**

La pensión de invalidez corresponde al 70 % del sueldo base. No podrá, en ningún caso, ser inferior a la renta mínima de subsistencia (AST 1/1 = ± 2 800 euros). El beneficiario de la asignación por invalidez debe seguir pagando:

- la cotización a la pensión (10,3 %)
- el impuesto sobre la renta establecido en beneficio de la Unión
- la cotización al seguro de enfermedad (1,7 %).

- **Pensión de supervivencia:**

El cónyuge superviviente tiene derecho a una pensión de supervivencia siempre que cumpla las siguientes condiciones:

- disponer de un certificado de matrimonio
- haber estado casado, en la fecha de fallecimiento del cónyuge, durante al menos un año si el matrimonio ha tenido lugar durante la vida laboral;
- haber estado casado, en la fecha de fallecimiento del cónyuge, durante al menos 5 años si se ha celebrado el matrimonio tras la jubilación.

La pensión de supervivencia asciende al 60 % de la pensión de jubilación o de la asignación por invalidez del cónyuge.

El [cónyuge divorciado superviviente](#) tiene derecho a una pensión de supervivencia siempre que sea beneficiario de una pensión alimentaria y que no haya contraído un nuevo matrimonio. El viudo o la viuda que contraigan nuevas nupcias perderán el derecho a pensión de supervivencia.

Cuando un pensionista que fallece deja un cónyuge con derecho a pensión de supervivencia, los [hijos a su cargo](#) tendrán derecho a una pensión equivalente al 40 % de la pensión de supervivencia, que se repartirá en partes iguales entre ellos. Esta pensión no puede ser inferior al 50 % de la renta mínima de subsistencia (AST 1/1 = ± 2 800 euros). Por cada hijo adicional se añade una doble asignación por hijo a cargo. El total se dividirá por igual entre los hijos a cargo.

6.2. Pago y prestaciones familiares

- Las pensiones se abonan mensualmente, al final de cada mes, y se pagan en euros si el pensionista reside en un Estado miembro de la UE. Para los pensionistas que entraron en servicio antes del 1 de mayo de 2014, la pensión se paga en un banco de la UE pero en la moneda del Estado miembro de residencia.
- El pensionista tiene derecho a las distintas prestaciones familiares de la misma manera y bajo las mismas condiciones que durante su actividad laboral.

6.3. Mudanza y reinstalación:

En los 3 años posteriores a la jubilación, el pensionista tiene derecho al reembolso de los gastos de mudanza y de viaje y a una ayuda por gastos de reinstalación en caso de cambio de lugar de residencia principal.

6.4. Parejas de hecho:

Las parejas no casadas registradas tienen el mismo estatus que las personas casadas y pueden acogerse a los mismos derechos que éstas, siempre que cumplan todas las condiciones y, en particular, que no tengan acceso al matrimonio civil en un Estado miembro.

7. Envejecimiento

No es secreto que el ser humano envejece.

Con la edad se desarrollan en algunas personas patologías más o menos graves, que requieren una atención más o menos importante de su entorno familiar, de sus amistades y de las instituciones sanitarias y sociales.

En este apartado se abordan temas delicados relacionados con la enfermedad y el final de la vida que pueden evocar situaciones experimentadas por un voluntario, por los familiares o por alguna persona de quien se ocupa. En caso necesario, es mejor hablar con una persona de confianza (un familiar, un colega, otro voluntario, un profesional, etc.).

El objetivo de este capítulo es llamar la atención sobre algunos conceptos médicos y también jurídicos.

7.1. Deterioro neurológico¹

Tras esta expresión se esconde lo que generalmente se conoce como senilidad.

Se trata de una pérdida o de un deterioro importante de las facultades cognitivas (la memoria, el lenguaje, la resolución de problemas, la toma de decisiones, la percepción, la atención o la inhibición).

Algunos elementos a los que debe prestarse atención frente a una persona a la que se asiste (atención : esto se expone únicamente a título informativo y no está destinado a establecer un diagnóstico) :

¹ Fuente : www.neurodegenerationresearch.eu

- si conoce su nombre o el de sus familiares
- si sabe en qué fecha está o, al menos, en qué año
- si sabe la edad que tiene
- si conoce su dirección
- si recuerda las preguntas que le han formulado unos minutos antes
- si anda con facilidad
- si cuando se desplaza se orienta fácilmente
- si su aspecto exterior sigue siendo el mismo o se cuida menos
- si parece deprimido

El deterioro neurológico puede adoptar distintas formas como las enfermedades de Alzheimer, de Parkinson, de Lewy o vasculares. El punto común de todas ellas es el estado de depresión en que a menudo se encuentra la persona.

Si el voluntario tiene la menor duda sobre el estado de salud de la persona en cuestión, tiene que hablar con las personas de su entorno, con el responsable de la AIACE o con los asistentes sociales de la Comisión.

- **Enfermedad de Alzheimer**²

La enfermedad de Alzheimer es la forma más frecuente de demencia en el ser humano. Las causas exactas de la enfermedad de Alzheimer siguen siendo desconocidas. Al parecer, contribuyen a su aparición y desarrollo factores genéticos y ambientales. Sin embargo, existen factores de riesgo conocidos: algunas anomalías genéticas, factores de riesgo cardiovascular, o una intoxicación por determinados metales pesados.

El diagnóstico de la enfermedad se establece principalmente mediante una entrevista médica con el paciente y con tests neuropsicológicos. Generalmente, se diagnostica a partir de la edad de 65 años.

Los primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer se confunden a menudo con aspectos normales del envejecimiento, la depresión, el estrés u otros trastornos neurológicos. El primer síntoma suele ser la pérdida de recuerdos (amnesia), y se manifiesta inicialmente por pequeñas distracciones, que aumentan con la progresión de la enfermedad. Los recuerdos más antiguos, sin embargo, se conservan relativamente bien. Posteriormente, el deterioro neurológico aumenta y se caracteriza por trastornos más graves tales como confusión, irritabilidad, agresividad, alteraciones del humor, de las emociones y del lenguaje y la pérdida de memoria de largo plazo. La destrucción de las neuronas continúa hasta la pérdida de las funciones autónomas y el fallecimiento.

La rapidez en la evolución de la enfermedad varía de una persona a otra, lo que hace difícil realizar pronósticos con precisión. La esperanza de vida varía a menudo entre los 3 y los 8 años en función de la edad del paciente en el momento del diagnóstico. Con la evolución de la enfermedad, los pacientes experimentan a veces un rechazo por parte de la sociedad y de sus familias.

Actualmente no existe ningún tratamiento que disminuya la progresión de la enfermedad. La asistencia que se propone es, fundamentalmente, de carácter paliativo y tiene un efecto limitado sobre los síntomas. Una estimulación

² Fuente : www.alzheimer-europe.org/

cognitiva, el ejercicio físico y una dieta equilibrada pueden retrasar la aparición de trastornos en las personas mayores.

- **Enfermedad de Parkinson³**

La enfermedad de Parkinson es la segunda de las enfermedades neurodegenerativas más frecuentes después de la enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad se inicia normalmente entre los 45 y los 70 años. Las causas o factores de riesgo de esta enfermedad aún se conocen mal. Podría ser resultado de la interacción entre una predisposición genética (especialmente en personas de menos de 50 años) y factores ambientales. Desde hace muchos años sospechan también los tóxicos medioambientales, los metales pesados y las pesticidas.

Los primeros síntomas de la enfermedad suelen ser la depresión, la alteración del olfato y, después, los temblores, la micrografía, la dificultad para caminar y un cansancio muy importante.

El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson se basa en la constatación de 3 síntomas específicos: rigidez muscular, temblores de las extremidades en situación de reposo, en particular del pulgar, y lentitud al iniciar los movimientos.

Actualmente no existe ningún tratamiento que permita la curación de esta enfermedad. Sin embargo, existen medicamentos que permiten mitigar algunos síntomas sin impedir su progresión.

7.2. Osteoporosis y artritis⁴:

La osteoporosis se caracteriza por un aumento de la fragilidad de los huesos o incluso una disminución de la masa ósea.

La enfermedad es más frecuente en las mujeres.

Sus consecuencias son un riesgo muy importante de fracturas.

Los síntomas de osteoporosis a los que debe prestarse atención son poco numerosos: la persona se encorva y parece disminuir de tamaño.

En el caso de las personas solas, es importante abordar la cuestión de la osteoporosis, ya que una caída en el hogar puede tener graves consecuencias. Existen servicios de alerta en caso de caída (botón de emergencia, a mano o colgado del cuello).

La artritis es una inflamación aguda de las articulaciones. Esta enfermedad afecta a 10 % más o menos de la población mundial.

Las consecuencias a largo plazo pueden ser la pérdida progresiva del uso de las articulaciones afectadas.

³ Fuente : [EPDA](#)
(European Parkinson's Disease Association)

⁴ Fuente : [World Health Organization - Europe](#)

Los síntomas varían en función de las articulaciones afectadas pero también según las personas. A menudo, la piel de alrededor de las articulaciones se vuelve rojiza o violeta y desprende un calor poco habitual.

Si el voluntario tiene la menor duda sobre el estado de salud de la persona en cuestión, tiene que hablar con las personas de su entorno, con el responsable de la AIACE o con los asistentes sociales de la Comisión.

7.3. Disminución o pérdida de la audición y de la vista

Al aumentar la edad es frecuente, por no decir normal, observar una disminución de la audición y de la capacidad visual. No obstante, es preciso estar alerta ante determinados síntomas de los que se quejan las personas:

- Una reducción del campo visual y la aparición de cataratas.
- Zumbidos y ruido permanente.

Si se tratan estos síntomas a tiempo, las consecuencias de las enfermedades auditivas o visuales pueden controlarse. El voluntario tiene que hablar con la persona asistida.

7.4. Cáncer⁵

Cáncer es una palabra que produce miedo y que puede molestar o perturbar a las personas que nunca han tenido que hacer frente a esa enfermedad.

Aunque el índice de supervivencia crece de año en año, cada vez son más las personas afectadas por el cáncer y a menudo la primera referencia al oír esa palabra sigue siendo una referencia a la muerte.

Es importante recordar que los efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer difieren según las personas: cansancio, pérdida o aumento de peso, caída del cabello, náuseas, trastornos de la concentración, trastornos de la memoria, cambios de humor, ira, optimismo, etc.

Si el voluntario tiene la impresión de que el estado de la persona asistida está empeorando, que ya no controla lo que sucede, sin estar no obstante en una situación médica de emergencia, conviene ponerse en contacto con el responsable de la AIACE o un asistente social de la Comisión.

En Bruselas, la Comisión dispone de un grupo de apoyo a los colegas y antiguos compañeros enfermos de cáncer, el [Cancer Support Group](#),⁶ que está disponible para asesorar, orientar y prestar ayuda, tanto a las personas enfermas como a las personas cercanas, entre otras el voluntario.

7.5. Derrame cerebral⁷

Un derrame cerebral es la pérdida repentina de la función cerebral. Se debe a una interrupción del flujo sanguíneo en el cerebro o a la ruptura de un vaso sanguíneo.

⁵ Cancer: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer>

⁶ Email : cancer-support@ec.europa.eu
tel. + 32 2 298 07 41

⁷ Fuente : [NINDS](#)

Es preciso prestar atención a los siguientes signos precursores:

- Debilidad - pérdida repentina de fuerza o entumecimiento de la cara, un brazo o una pierna, aunque sea temporal.
- Trastornos de la palabra - dificultad repentina de elocución, comprensión o confusión repentina, incluso temporales.
- Alteraciones de la visión - problemas repentinos de visión, incluso temporales.
- Dolor de cabeza - dolor de cabeza repentino, intenso e inusual.
- Aturdimiento - pérdida repentina del equilibrio, sobre todo en combinación con cualquiera de los demás síntomas.

Si el voluntario se enfrenta a una persona que presenta estos síntomas, procede llamar a los servicios de emergencia. En el caso de un derrame cerebral, cada minuto es importante.

Las consecuencias de un derrame cerebral varían de una persona a otra y dependen de múltiples factores (rapidez de intervención, parte del cerebro afectada, etc.). Puede haber consecuencias en los siguientes ámbitos:

- Físico: por ejemplo pérdida de movilidad
- Vida cotidiana: pérdida de costumbres relacionadas con la higiene personal, la cocina, los desplazamientos, etc.
- Comunicación: afasia, problemas para comprender o expresar el mensaje.
- Comportamiento: impulsividad, repetición de gestos, etc.
- Humor: cambios repentinos, emociones vivas; etc.
- Sentidos: cambios en las percepciones relativas a los 5 sentidos.

7.6. El voluntario frente a la enfermedad

Conviene asimilar algunos conceptos que ayudarán al voluntario en la relación con el otro y también a los familiares de la persona asistida:

- La persona receptora de la ayuda posee una **memoria afectiva**, es decir, puede ser consciente de la emoción experimentada sin recordar el suceso que ha provocado la emoción.
- La persona receptora de la ayuda percibe el estado emotivo del que presta la ayuda. El voluntario puede transmitir, sin darse cuenta, ansiedad, estrés, agitación, tristeza. A la inversa, podrá también transmitirle su alegría y buen humor.

- La persona receptora de la ayuda desea comunicar, aunque no pueda hacerlo, de la misma forma que antes. Si no puede expresarse con palabras, lo hará a través de su comportamiento.
- La persona receptora de la ayuda es un adulto. Es preciso respetarlo y no dirigirse a él como a un niño.
- La persona receptora de la ayuda tiene períodos de lucidez a pesar de sus problemas cognitivos. Es necesario, por lo tanto, evitar hablar en su presencia como si no estuviera allí.
- No hay que intentar razonar con la persona asistida porque no está en condiciones de hacerlo, según la lógica común. Por lo tanto, es preferible evitar insistir.
- Además de los problemas cognitivos que pueden perturbar la comunicación de la persona asistida, su condición física (visión, audición, efectos secundarios de medicamentos, estreñimiento) y su condición psicológica (ansiedad, miedo, pena) pueden hacer la comunicación más o menos fácil.
- Algunos «trucos» para facilitar la comunicación:
 - Anunciar siempre el tema principal de la conversación;
 - No cambiar de tema de manera abrupta;
 - Transmitir una sola información;
 - Utilizar frases cortas y palabras sencillas;
 - Intentar formular preguntas cerradas o respuestas sencillas;
 - No interrumpir a la persona;
 - Darle tiempo para presentar sus ideas sin angustiarse;
 - No fingir comprender lo que la persona dice sino mostrar su deseo de entenderla;
 - Intentar determinar las palabras clave que utilice;
 - Reformular lo que dice la persona y preguntarle si es correcto lo comprendido.
- El voluntario deberá estar atento a sus propias emociones. En el marco de su trabajo voluntario, además de combatir la enfermedad, corre el riesgo de vivir toda una gama de emociones. Algunas estarán en relación con la enfermedad, otras tendrán que ver con todo lo que va a tener que hacer para acompañar a la persona, y otras reflejarán su propia experiencia. Hay que tener en cuenta:
 - El voluntario no es responsable del estado de salud de la persona asistida;
 - No debe pretender asumir todo solo;
 - Es normal reír en determinadas situaciones, pero también llorar;
 - Tiene derecho a no estar de acuerdo con la persona receptora de la ayuda pero no tiene que imponerle su elección;
 - El voluntario tendrá derecho a detenerse para retroceder;
 - Es importante encontrar una persona de confianza para expresar las emociones negativas. Los asistentes sociales de las instituciones han de servir para ayudar a los voluntarios en este sentido.

- La gestión del estrés en el acompañamiento de enfermos es muy importante. El estado emocional del voluntario mismo va a tener una incidencia en la persona asistida. Si está feliz, nervioso, alegre, sometido a tensión, exaltado, deprimido, todas esas emociones influirán la relación. Hay que estar atento. A veces es recomendable aplazar un encuentro en lugar de presentarse con emociones negativas.
- **¡No esperar a estar exhausto!** Solicitar ayuda o apoyo. Debe, en primer lugar, cuidar de sí mismo y de su salud, así podrá recuperarse, recargar las baterías y reducir su nivel de estrés.

7.7. Administración provisional de bienes

La persona mayor que, debido a su estado de salud, se encuentra total o parcialmente al margen de la administración de sus bienes, aunque solo temporalmente, puede, con vistas a la protección de los mismos, recurrir a un administrador provisional, si aún no cuenta con un representante legal.

La cesión a administración provisional es una medida radical a fin de proteger a las personas mayores que ya no están en condiciones de administrar sus bienes. Se les asigna una persona encargada de adoptar en su nombre las medidas y decisiones que les afectan.

El alcance de los poderes del administrador provisional puede ser limitado, pero en la práctica se trata muy a menudo de poderes de representación general y, por tanto, conllevan, la incapacidad de la persona a la que se debe proteger.

Se trata de una medida fundamental e imperativa cuya solicitud no debe tomarse a la ligera. Como voluntario, no debe presentar una solicitud para una persona a la que se asiste. Se le recomienda ponerse en contacto con el servicio social de las instituciones europeas que evaluará la situación y se lo comunicará a todas las partes interesadas.

De modo más general, hay una página web con informaciones sobre la situación de las personas vulnerables en Europa. Realizada con el apoyo de la Comisión, esta página tiene fichas de informaciones sobre las medidas de protección existentes para las persone-s vulnerables en los países con sistema notarial, es decir en 22 países europeos („[Personas vulnerables en Europa](#)”).

8. Final de vida

Con la edad se plantea la cuestión del final de la vida. Es difícil hablar de este momento que concierne a todo el mundo y es de gran importancia. Se aconseja, pues, al voluntario que cumplimente el documento redactado por la AIACE denominado «¿Qué hacer en caso de fallecimiento?» que sensibiliza a las personas y sus familiares en esta cuestión, y, quizás, la aborda de una manera más sencilla.

8.1. Cuidados paliativos⁸

Cuando no haya posibilidades de curación y se pronostique un final a más o menos corto plazo, es posible recurrir a los cuidados paliativos.

⁸ Fuente : [SECPAL](#)
(Sociedad Española de Cuidados Paliativos)

El objetivo de estos cuidados es, por una parte, que el enfermo pueda mejorar su calidad de vida física y psicológica frente a las pequeñas cosas cotidianas y, por otro lado, aliviar el dolor físico («me duele»), psicológico («tengo miedo») o incluso social («estoy solo»).

Los cuidados paliativos se administran en el hospital o, cuando el sector médico lo permita, a domicilio o en una residencia.

Tanto a domicilio como en un hospital, se contará con un número importante de partes interesadas para ayudar a la persona enferma y su familia: médicos, personal paramédico, cuidadores, asistentes sociales, psicólogos, etc.. El papel del voluntario, por lo tanto, va a evolucionar hacia un papel específico de escucha del enfermo, y también de enlace entre los distintos participantes si la familia así lo desea.

El acompañamiento de personas en cuidados paliativos exige mucho desde un punto de vista emocional. Es fundamental no solo estar dispuesto a encontrarse frente a situaciones difíciles sino también poder valorarse permanentemente para no sobrepasar los límites personales que se recomienda fijar previamente.

8.2. [Eutanasia](#)⁹

Se trata de una práctica para provocar, especialmente por parte de un médico o bajo su control, el fallecimiento de una persona con una enfermedad incurable que le provoca un sufrimiento moral y/o físico insoportable.

Se suele distinguir entre eutanasia activa, que es un acto voluntario, para acortar la vida del paciente, y eutanasia pasiva, que consiste en abandonar un tratamiento curativo o suspender el uso de instrumentos o medicamentos que mantienen a un paciente en vida.

El suicidio asistido o ayuda al suicidio consiste en el acto de proporcionar el entorno y los instrumentos necesarios a una persona para que ésta se suicide. A diferencia de la eutanasia, es el propio paciente que provoca su muerte, y no un tercero.

• **Legislación vigente en Europa**

Países que han legalizado la eutanasia:

[Bélgica](#) despenalizó la eutanasia para los mayores de edad en 2002 en determinadas condiciones:

- Que el paciente esté en pleno uso de sus capacidades y esté consciente en el momento de su solicitud.
- Que se presente la solicitud por escrito, de manera voluntaria, con previa reflexión y de manera repetida.
- Que la solicitud no esté sujeta a ninguna presión externa.
- Que el paciente se encuentre en una situación médica irremediable.
- Que el sufrimiento físico o psíquico sea constante, insoportable e inaplazable.
- Que el estado del paciente se deba a un accidente o enfermedad grave e incurable.

⁹ Fuente: [Eutanasia o suicidio asistido por países](#)

En **Luxemburgo** se promulgó en 2009 una ley que despenaliza la eutanasia y el suicidio asistido. Esta medida afecta a los pacientes en una situación médica “sin salida”. Como en los Países Bajos y en Bélgica, el sistema gira en torno al médico y la situación médica debe ser irremediable.

Los Países Bajos son el primer país europeo que legalizó la eutanasia activa (mediante la administración de un medicamento que provoca la muerte), y el suicidio asistido, por medio de una ley en 2001. El médico es un elemento central del proceso. Debe tener la convicción de que no existe otra alternativa razonable para el paciente y el sufrimiento debe ser «insostenible y sin perspectivas de mejora» debido a una enfermedad incurable. Se precisa un segundo dictamen médico.

- **Países que permiten una forma de asistencia a la muerte:**

En **Alemania**, la eutanasia pasiva se tolera si el paciente ha dado su consentimiento. La situación es similar en Austria.

Dinamarca dispone desde 1992 que los ciudadanos puedan declarar por escrito su rechazo al ensañamiento terapéutico. Las declaraciones se guardan en un registro central que los médicos deberán consultar antes de decidir la continuación del tratamiento.

En **España**, la eutanasia pasiva y la asistencia al suicidio fueron despenalizadas en 1995. Los profesionales del sector médico tienen obligación de respetar la voluntad de los pacientes, aunque eso pueda suponer su muerte. El consentimiento para los cuidados podrá darlo un tercero: miembro de la familia, familiar o representante legal.

En **Finlandia** la eutanasia pasiva es legal.

En **Francia** hay dos leyes al respecto: la Ley de 2002 sobre los derechos de los enfermos y la ley Léonetti de 2005 sobre los derechos de los pacientes al final de su vida. La idea principal es favorecer los cuidados paliativos, prohibir la eutanasia activa y evitar que el médico se obstine, de manera poco razonable, en mantener el tratamiento de pacientes al final de su vida. También se ha buscado un equilibrio entre evitar sufrimientos innecesarios a un paciente cerca de la muerte, y mantenerlo en vida.

En **Italia**, la eutanasia activa se asimila a un homicidio voluntario. Incluso en caso de acuerdo del enfermo, el Código Penal prevé la pena de prisión de 6 a 15 años. El suicidio asistido también es un delito. Por el contrario, la Constitución reconoce el derecho a rechazar un tratamiento.

En **Portugal**, la eutanasia activa y pasiva no están permitidas, pero el Consejo de Ética admite la interrupción de los tratamientos más duros en algunos casos desesperados, con exclusión de la hidratación y la alimentación.

En el **Reino Unido**, se autoriza la interrupción del tratamiento médico en algunos casos desde 2002. La jurisprudencia admite, en efecto, que el paciente puede rechazar un tratamiento, aunque esta decisión pueda provocar su muerte. Desde 2010, es menor la probabilidad de ser procesada

una persona que, por compasión, ayude a una otra a suicidarse, siempre que este último haya expresado claramente su intención de hacerlo.

Suecia legalizó en 2010 la eutanasia pasiva, autorizando la interrupción del tratamiento médico para alargar la vida a solicitud del paciente. Está prohibida la eutanasia activa. Se tolera el suicidio asistido.

- **Países donde está estrictamente prohibida la eutanasia:**

En **Grecia**, la eutanasia está totalmente prohibida.

En **Irlanda**, toda forma de asistencia a la muerte o al suicidio es ilegal y está sujeta a 14 años de prisión.

- **Testamento vital**

En algunos países existe la posibilidad de elaborar un “testamento vital”. Se trata de un documento escrito, fechado y firmado en el que una persona redacta sus voluntades respecto a la asistencia médica que desea o no desea recibir en caso de que haya perdido la consciencia o se halle en la imposibilidad de expresar su voluntad.

9. Situación fiscal del antiguo funcionario

Aunque no se puede deducir de la pensión ningún impuesto nacional sobre la renta, el jubilado comunitario está obligado a declarar en su país de residencia (domicilio fiscal) las otras fuentes de ingresos, incluso las rentas del capital.

- **Protocolo sobre los privilegios y las inmunidades (PPI)**

No se puede considerar la situación fiscal de los funcionarios y otros agentes de la UE y, por analogía, la de los antiguos funcionarios, sin tener en cuenta las disposiciones del PPI de la UE, principalmente los artículos 12 y 13.

- **Artículo 12**

El artículo 12 del Protocolo declara el principio básico de que «los funcionarios y otros agentes de la Unión estarán exentos de los impuestos nacionales sobre los sueldos, salarios y emolumentos abonados por la Unión». Dado que se paga un impuesto a la Unión, esta disposición tiene la finalidad de evitar la doble imposición. El Tribunal de Justicia de la Unión Europea, por otra parte, ha precisado que:

- el artículo 12 del Protocolo no se limita a los tributos nacionales basados directamente en los sueldos, salarios o emolumentos pagados por la Unión a sus funcionarios u otros agentes, sino que la exención se extiende asimismo a cualquier tributo indirecto;
- el artículo 12 del Protocolo restringe la soberanía fiscal de los Estados miembros, en la medida en que prohíbe toda imposición nacional, cualesquiera que sean su carácter o sus modalidades de recaudación, que

- tenga por efecto gravar, directa o indirectamente, a los funcionarios u otros agentes de la Unión, debido al hecho de que son beneficiarios de una retribución pagada por la Unión, aunque el impuesto en cuestión no se calcule en proporción al importe de dicha retribución;
- las condiciones que dan derecho a una ventaja fiscal deben aplicarse de forma no discriminatoria tanto a los causahabientes de los funcionarios comunitarios como a todos los demás contribuyentes.

De acuerdo con estos principios, los salarios profesionales que paga la Unión están exentos del impuesto nacional. Los funcionarios y demás agentes no tienen ninguna obligación de declararlos a una administración nacional. En caso necesario, pueden pedir a su institución un certificado que acredite su calidad y que es titular de ingresos exentos.

El Tribunal de Justicia Europeo confirmó estos principios en su sentencia *Bourges-Maunoury* de 05/07/12. Esta sentencia es especialmente importante ya que el Tribunal de Justicia precisa, en efecto, que una persona que se beneficie de ingresos abonados por la Unión está exenta de toda obligación de declarar el importe de los mismos a las autoridades de un Estado miembro. También están exentas de impuestos nacionales las prestaciones de invalidez, las pensiones de jubilación y las pensiones de supervivencia abonadas por la Unión a las viudas y viudos de funcionarios y otros agentes.

En cambio, no están comprendidos en el ámbito de aplicación del artículo 12:

- los gravámenes o tasas impuestos por los Estados miembros que representan la contrapartida de un servicio (como el impuesto regional, las tasas sobre los residuos, el agua, el canon de radio y televisión, etc.)
- las tasas de escolaridad
- el impuesto de circulación de un vehículo automóvil
- el impuesto de circulación de vehículos de motor
- en Bélgica, la contribución territorial (*précompte immobilier*)
- los derechos de sucesión.

• **Artículo 13**

El artículo 13 del PPI determinará el domicilio fiscal de los funcionarios y otros agentes de la UE. La determinación del domicilio fiscal es importante porque es en el lugar del domicilio fiscal donde deben declararse y gravarse todos los ingresos imponibles de los contribuyentes.

A continuación figura un cuadro que recoge el tipo de rentas y la aplicabilidad o no del artículo 12 del PPI.

Rentas	Art. 12 aplicable	Art. 12 no aplicable
	No imponible a nivel nacional	Imponible
Pensión de jubilación UE	X	
Pensión de invalidez UE	X	
Pensión de supervivencia UE	X	
Pensión de orfandad UE	X	
Pensión nacional de jubilación		X
Pensión nacional de supervivencia		X
Rentas procedentes de bienes muebles (incluye intereses de ahorro)		X
Rentas procedentes de bienes muebles (intereses - otras inversiones muebles)		X
Rentas del capital (intereses— dividendos de acciones)		X
Rentas procedentes de bienes inmuebles (alquileres)		X
Impuesto sobre bienes inmuebles		X
Impuesto de plusvalía mobiliaria (por ejemplo, cartera de acciones)		X
Impuesto sobre la plusvalía inmobiliaria (venta de inmuebles)		X
Impuesto sobre la fortuna/patrimonio		X
Impuestos locales (p. ej., impuesto regional en Bruselas)		X
Impuesto sobre segundas residencias (municipal)		X
Impuesto sobre tenencia de radio-televisión		X
Tasas sobre las basuras		X
Impuesto de puesta en circulación (vehículo)		X
Impuesto de circulación (vehículo)		X
Impuesto de sucesiones		X

10. Sucesiones

Para cualquier consulta relativa a las sucesiones, existe un sitio [“Sucesiones en Europa”](#) que da informaciones sobre la situación de las sucesiones en los diferentes Estados miembros. El documento de la Comisión [«Sucesiones en Bélgica y en la Unión Europea Principios generales»](#) puede también resultar útil.

Anexo 1

Encuesta pensionistas en dificultad Primer contacto telefónico por los voluntarios de la AIACE

La Comisión, en colaboración con las demás instituciones, organiza cada 2 años una encuesta para identificar a los pensionistas en dificultad. La AIACE colabora en esta acción, en el marco de la colaboración con las instituciones. La persona en dificultad, al enviar el cuestionario, manifiesta su acuerdo para ser contactada por un voluntario de la AIACE. Basándose en las respuestas recibidas, la Unidad HR.D.1 elabora una lista. Los nombres de las personas se agrupan por país de residencia. Esta lista se transmite a continuación a las correspondientes secciones nacionales de la AIACE.

1. LO QUE SE PIDE A LOS VOLUNTARIOS:

1. Que telefoneen a los pensionistas mencionados en las listas enviadas a las secciones (se indica el número de teléfono ; el número de la persona de contacto se utiliza únicamente si resulta imposible ponerse en contacto con el primer número).
2. Que se presenten como voluntarios de la AIACE informados por la Comisión de la solicitud de ayuda de la persona.
3. Que intenten analizar la situación de dificultad.
4. Que rellenen la ficha adjunta para CADA persona contactada y la transmitan a la sección nacional, que enviará TODAS las fichas cumplimentadas (incluso para los casos que no requieran la intervención de los servicios sociales de la Comisión) a la HR.D.1.

2. SUPUESTOS

- Cuando el problema es de la competencia profesional de los servicios sociales de las instituciones (problemas financieros, dependencia, solicitud de ayuda doméstica, etc.), se ha de informar al interesado de que se transmitirá su caso a los servicios sociales de su institución de origen.
- Cuando el problema está vinculado al seguro de enfermedad, se debe dirigir a la persona o a la Oficina Liquidadora del país de residencia, o a la PMO Contact (+ 32 2 2997777 — mañanas de 10 a 12 horas, o a través de la aplicación informática).
- La ayuda solicitada (solicitud de información, visita a domicilio, rellenar solicitudes de reembolso de gastos médicos, permanecer en contacto, asociarse a la AIACE (si procede) la puede realizar el voluntario.
- Cuando la ayuda solicitada es competencia de los servicios locales, regionales o nacionales, será preciso, en la medida de lo posible, remitir al interesado a esos servicios.
- La situación es difícil, pero la persona no necesita ayuda por el momento.

Anexo 2

AIACE: CONTACTO con (el/la) pensionista en dificultad

Apellidos:
Nombre:
Fecha:
Nº Tel.:

Nombre del voluntario:

Comunicación telefónica de con el/la interesado/a
 con la persona de contacto

Entrevista del con el/la interesado/a
 con la persona de contacto

Descripción del problema:

.....

.....

.....

Gestiones ya efectuadas por el/la interesado/a:

.....

.....

.....

Expectativas del/de la interesado/a:

.....

.....

.....

- No es necesaria ninguna intervención
- Intervención de la AIACE esperada (p.ej., visita a domicilio)
- Es necesaria la intervención de los servicios sociales de las instituciones

