



Asamblea General

Distr. general
4 de diciembre de 2015
Español
Original: inglés

Septuagésimo período de sesiones

Tema 134 del programa

Proyecto de presupuesto por programas para el bienio 2016-2017

La gestión de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio

Informe del Secretario General

Resumen

En el presente informe se ofrece una sinopsis y un análisis de los principales elementos de los planes de seguro médico que se aplican en el sistema de las Naciones Unidas, centrándose en la gestión y las obligaciones actuariales del seguro médico después de la separación del servicio. En su resolución 68/244 la Asamblea General solicitó al Secretario General que:

a) Examinara la opción de ampliar el mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (CCPPNU) sobre la base de la información presentada por el Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas a fin de incluir la administración económica, eficiente y sostenible de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio, tomando en cuenta las ventajas y desventajas de esa opción, incluidas sus consecuencias financieras y jurídicas, sin perjuicio del resultado del examen, y que la informe al respecto en su septuagésimo período de sesiones, subrayando que ello no impedía al Secretario General examinar otras opciones;

b) Efectuara una encuesta de los planes de seguro de salud vigentes del personal en servicio activo y de los funcionarios jubilados del sistema de las Naciones Unidas, estudiara todas las opciones que permitan aumentar la eficiencia y moderar los gastos y le informara al respecto en su septuagésimo período de sesiones.

En el presente informe se exponen los datos reunidos en el marco de la encuesta preparada por el Grupo de Trabajo sobre el seguro médico después de la separación del servicio de la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión. La encuesta ofreció una visión completa de la situación actual de los planes de salud y fondos y obligaciones del seguro médico después de la



separación del servicio de cada organismo en relación con los funcionarios en actividad y los jubilados, y proporcionó la base para proseguir el examen de opciones para aumentar la eficiencia y moderar los gastos.

Se formó un grupo de trabajo de los organismos del sistema de las Naciones Unidas que analizó 23 de planes de seguro médico (para funcionarios en actividad y jubilados) de todo el sistema (401.166 personas). El Grupo de Trabajo realizó un análisis cuantitativo y cualitativo del diseño de los planes, las condiciones de participación, la cobertura ofrecida, los factores demográficos, los costos y las hipótesis de valuación. El resultado es un conjunto específico de 23 planes, agrupados en 3 tipos: planes autoasegurados autoadministrados, planes autoasegurados administrados por terceros y planes asegurados administrados por terceros. Sobre la base de ese análisis, el Grupo de Trabajo ha elaborado un conjunto de recomendaciones complementarias que pueden aplicarse en el futuro próximo y que se traducirán en beneficios en materia de gastos y operaciones para todo el sistema de las Naciones Unidas.

Esas recomendaciones consisten en celebrar negociaciones colectivas con terceros administradores y proveedores de servicios de salud, realizar exámenes y negociaciones con los aseguradores, según el tipo de administración y seguro de los planes. Otra recomendación dirigida a los tres tipos de plan es utilizar, en la medida de lo posible, los planes nacionales de salud como cobertura primaria para los jubilados y las personas a su cargo y dejar los planes de las Naciones Unidas como cobertura complementaria sin reducir los beneficios. El Grupo de Trabajo también recomienda que se normalice la metodología de valuación general y se establezcan y apliquen factores de valuación del pasivo del seguro médico después de la separación del servicio.

El Grupo de Trabajo también examinó las opciones para ampliar el mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas para incluir la gestión del seguro médico después de la separación del servicio, pero por último determinó que esta opción no era viable. La Asamblea General tal vez desee adoptar una decisión en 2016 sobre el conjunto de medidas que se exponen en este informe, y también considerar la posibilidad de movilizar fases posteriores del estudio a fin de evaluar la financiación y el diseño del plan y la valuación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio.

I. Introducción

Solicitudes de la Asamblea General en relación con la gestión de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio

1. En su resolución 68/244 sobre la gestión de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, la Asamblea General hizo suyas las observaciones y recomendaciones que figuran en el informe de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto (A/68/550), y pidió al Secretario General que:

a) Examinara la opción de ampliar el mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas sobre la base de la información presentada por el Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas a fin de incluir la administración económica, eficiente y sostenible de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio, tomando en cuenta las ventajas y desventajas de esa opción, incluidas sus consecuencias financieras y jurídicas, sin perjuicio del resultado del examen, y que la informe al respecto en su septuagésimo período de sesiones, subrayando que ello no impedía al Secretario General examinar otras opciones;

b) Efectuara una encuesta de los planes de seguro de salud vigentes del personal en servicio activo y de los funcionarios jubilados del sistema de las Naciones Unidas, estudiara todas las opciones que permitan aumentar la eficiencia y moderar los gastos y le informara al respecto en su septuagésimo período de sesiones.

Grupo de Trabajo sobre el seguro médico después de la separación del servicio

2. De conformidad con la solicitud de la Asamblea General, la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión de las Naciones Unidas de la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación (JJE) estableció un Grupo de Trabajo sobre el seguro médico después de la separación del servicio encargado de:

a) Recopilar e intercambiar información sobre las diferentes prácticas del seguro médico después de la separación del servicio en el sistema de las Naciones Unidas, determinar y analizar las variables que inciden en las obligaciones, incluidas las prestaciones proporcionadas por los distintos planes, la razonabilidad de las hipótesis actuariales (por ejemplo, la tasa de descuento), y las hipótesis y los factores relativos a las inversiones (asignación de activos y rendimiento previsto);

b) Estudiar la manera de contener los gastos de los servicios del seguro médico después de la separación del servicio;

c) Proponer criterios comunes para la revisión de las hipótesis en que se basa la valuación del pasivo estimado, basándose en el acuerdo concertado por las Naciones Unidas con la Junta de Auditores;

d) Estudiar la manera en que se podrían armonizar los criterios de valuación actuarial en todo el sistema de las Naciones Unidas.

3. El Grupo de Trabajo está integrado por representantes de 16 organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que son miembros de la Red de Finanzas y Presupuesto, la Federación de Asociaciones de Exfuncionarios Públicos Internacionales, la Federación de Asociaciones de Funcionarios Públicos Internacionales, la Red de Recursos Humanos del Comité de Alto Nivel sobre Gestión, el Grupo de Trabajo sobre Servicios Comunes de Tesorería de la Red de Finanzas y Presupuesto, la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas y la JJE.

Estructura del informe

4. El Grupo de Trabajo señaló cuatro pilares para el análisis:

- Pilar A: Análisis de los costos y disposiciones administrativas;
- Pilar B: Examen del marco del seguro médico después de la separación del servicio del sistema de las Naciones Unidas;
- Pilar C: Determinación y divulgación del pasivo;
- Pilar D: Alternativas de financiación del pasivo.

5. La estructura de este informe se ajusta a esos cuatro pilares. Las opciones que permitan aumentar la eficiencia y contener los gastos, y la viabilidad de ampliar el mandato de la CCPNU para incluir la gestión del seguro médico después de la separación del servicio, se examinaron en el contexto del Pilar B.

Antecedentes

6. A fin de proporcionar una base sólida para su labor, el Grupo de Trabajo llevó a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo de los principales planes de seguro médico (todos los cuales incluían a funcionarios en actividad y jubilados) en todo el sistema de las Naciones Unidas. El análisis abarcó el diseño y la cobertura de los planes de seguro médico, las condiciones de participación, la administración y su costo, los factores demográficos y las prestaciones pagadas. También abarcó la valuación y financiación del pasivo.

7. El análisis cuantitativo se basó en datos recogidos en una encuesta de 25 organizaciones en relación con 23 planes de seguro médico¹. El resultado fue un panorama amplio de la situación actual en relación con el seguro médico, incluido el seguro después de la separación del servicio, en todo el sistema de las Naciones Unidas y en relación con el pasivo correspondiente y su financiación.

8. Casi todo el personal de contratación internacional y el de contratación local (en actividad y jubilados y sus familiares a cargo) asegurados conforme a los planes del sistema de las Naciones Unidas —unas 400.000 personas— está asegurado en uno de los 23 planes de seguro médico representados en la encuesta. Las características demográficas de las personas aseguradas en los planes estudiados se indican en el cuadro 1:

¹ Dos organizaciones (el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) no pudieron proporcionar desgloses regionales sobre 26.019 afiliados (6% del total), por lo tanto los datos solo abarcan el 94% de la población asegurada. Por consiguiente, podría haber cambios menores en los porcentajes regionales.

Cuadro 1
Composición demográfica de los asegurados en los 23 planes de seguro
médico del sistema de las Naciones Unidas

<i>Categoría/lugar</i>	<i>Porcentaje</i>
Funcionarios en actividad	27,0
Personas a cargo de los funcionarios en actividad	56,0
Funcionarios jubilados	10,0
Personas a cargo de los funcionarios jubilados	7,0
Residentes en África	38,0
Residentes en la región de Asia y el Pacífico y Asia Occidental	18,0
Residentes en Europa (con exclusión de Suiza)	14,0
Residentes en los Estados Unidos	9,0
Residentes en Suiza	8,0
Residentes en el Canadá, México, América Central y América Latina y el Caribe	7,0

A. Pilar A: Análisis de los costos y disposiciones administrativas

Trasfondo social

9. El Grupo de Trabajo realizó su labor teniendo en cuenta la adecuación social, caracterizada en particular por el principio del acceso universal a la cobertura del seguro de salud. El Grupo de Trabajo también consideró que un seguro médico ético, amplio y transferible es esencial para que las Naciones Unidas puedan atraer y retener a los mejores profesionales del mundo y que el suministro eficiente y eficaz de servicios y prestaciones contribuye al bienestar del personal del sistema de las Naciones Unidas, que a menudo trabaja en condiciones adversas.

10. En reconocimiento de la movilidad de personal del sistema de las Naciones Unidas, de los funcionarios jubilados y sus familias, el seguro de salud proporcionado por el sistema de las Naciones Unidas reemplaza al que ofrecen los sistemas nacionales primarios de seguridad social y los planes de seguro de salud complementarios del ámbito local. Cabe recordar que el seguro médico después de la separación del servicio se implantó en la Secretaría de las Naciones Unidas en 1967 en vista de las dificultades que afrontaban los funcionarios jubilados para obtener un seguro médico después de su carrera profesional en una organización internacional. Muchos exfuncionarios no pueden acogerse a los planes de seguridad social nacionales en razón de haber prestado servicios en el sistema de las Naciones Unidas. Por lo tanto, el seguro médico después de la separación del servicio es un elemento esencial de las condiciones de empleo.

Diversidad de planes de seguro médico

11. La diversidad de planes de seguro médico en todo el sistema de las Naciones Unidas refleja la diversidad demográfica y geográfica de las poblaciones que abarca. Las diferencias en las condiciones de los seguros se basan principalmente en el lugar de residencia de la persona asegurada y la categoría del servicio. Si bien, en

algunos planes, se aplican diferentes condiciones de seguro según se trate de personal de contratación internacional, de personal de contratación local, de personal del cuadro orgánico o de personal del cuadro de servicios generales, la cobertura en otros planes es la misma para todos los funcionarios y sus familiares a cargo. En todos los planes, se aplican los mismos criterios y la misma cobertura a los jubilados que a los funcionarios en actividad.

12. El costo de las prestaciones depende del lugar en que se efectúen las reclamaciones, lo que a veces difiere del país de servicio, en el caso de personal internacional en actividad, o del país de residencia de los jubilados².

13. Los 23 planes pueden clasificarse en tres grupos: a) el plan de seguro médico y el sistema de cobertura de seguro médico, b) funcionarios de contratación internacional y c) los planes de los Estados Unidos de América, que tienen distintas características que se expondrán con mayor detalle. Los aspectos más destacados de los tres grupos se indican en el cuadro 2.

Cuadro 2

Principales grupos de tipos de plan de seguro

<i>Asegurados y costos de prestaciones</i>	<i>Asegurados</i>	<i>Porcen- taje del total</i>	<i>Costo anual total de las prestaciones (en dólares EE.UU.)</i>	<i>Porcen- taje del total</i>	<i>Costo anual per cápita (en dólares EE.UU.)</i>	<i>Costo administra- tivo como porcentaje del costo total</i>
Plan de seguro médico y sistema de cobertura de seguro médico	194 818	49	63 661 068	9	327	12
Planes para el personal del cuadro orgánico de contratación internacional	173 554	43	430 052 445	59	2 478	6
Planes de los Estados Unidos	32 794	8	238 019 062	32	7 258	5
Total	401 166	100	731 732 575	100	1 824	6

14. Algunos planes son específicos para un determinado mercado de seguros médicos. Por ejemplo, varios de los planes ofrecidos al personal de la Secretaría (incluido un plan de seguro dental complementario) se ajustan a las características del sistema de seguros médicos de los Estados Unidos. Los planes Aetna y Empire Blue Cross de las Naciones Unidas están concebidos con miras a optimizar el control de costos y la eficiencia de los procesos en los Estados Unidos.

15. Los 15 planes de seguro médico (con excepción de los planes de Aetna, Cigna Dental y Empire Blue Cross de los Estados Unidos) que cubren sobre todo al personal internacional representan el 43% de los asegurados y registran los mayores gastos en todo el sistema de las Naciones Unidas (59%). Un 57% de los gastos por prestaciones relacionados con dichos planes se efectúan en Suiza y el resto de Europa. Solo el 8% de las personas aseguradas se acogen a los planes de Aetna y Empire Blue Cross.

² Los costos de las prestaciones representan la suma de los gastos administrativos y los gastos de atención médica para los planes de autoseguro, y la suma de las primas de seguros y los gastos administrativos para los planes asegurados en forma externa.

16. Los planes de seguro médico y el plan de cobertura de seguro médico están destinados al personal de contratación local radicado fuera de Europa y los Estados Unidos, y abarcan una gran extensión geográfica. Un 49% de las personas aseguradas se acogen a esos dos planes. Aunque los asegurados con arreglo a esos planes abarcan una parte considerable del volumen global, son solo una pequeña parte del total de las reclamaciones o primas pagadas en el sistema de las Naciones Unidas (9%). El acceso y la disponibilidad de determinados tipos de atención de la salud, los menores costos de la atención médica en la mayoría de los países fuera de Europa y los Estados Unidos y los topes de gastos de determinados países explican al menos en parte esas tendencias.

17. Más de 70.000 personas participan en planes de seguro médico autofinanciados y autoadministrados de Ginebra (la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas, el seguro médico del personal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el fondo de seguro médico del personal de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)). La mayor parte de las reclamaciones abonadas cada año por esos planes (220 millones de dólares) se efectúan en Suiza y el resto de Europa.

Modelo de administración del plan

18. Como se indica en el cuadro 3, los planes de seguro médico pueden ser autoasegurados o asegurados en forma externa y autoadministrados o administrados por un administrador externo. Actualmente, el 88% de las personas aseguradas en los planes del sistema de las Naciones Unidas están cubiertas por planes en los cuales el riesgo es autoasegurado, en tanto el 12% restante participa en planes cuyo riesgo se subcontrata a aseguradores del sector privado. La mayoría de los planes subcontratan su administración y el acceso a la red de servicios de atención de la salud a administradores externos. Todos los planes autoadministrados están radicados en Ginebra.

Cuadro 3
Desglose de los planes de seguro médico por tipo de administración

<i>Autoasegurados</i>		<i>Asegurados por terceros^a</i>	
<i>Plan (administrador)</i>	<i>Personas aseguradas</i>	<i>Plan (asegurador/administrador)</i>	<i>Personas aseguradas</i>
<i>Autoasegurados</i>	1. Seguro médico del personal – OMS	N/A	
	2. Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas (ONUG)		
	3. Plan de seguro médico – ACNUR		
	4. Fondo de Seguros del Personal – OIT		
	Total	95 309	
<i>Asegurados por terceros</i>	1. Plan de seguro médico – NU (Cigna)	1. Plan básico de seguro médico – FAO (Allianz/Allianz)	16 918
	2. Plan universal – Naciones Unidas (Cigna)	2. Plan de cobertura de seguro médico – PMA (Allianz/Allianz)	15 656
	3. Plan de seguro médico – PNUD (Cigna)	3. Plan completo de seguro médico – ONUDI (Allianz/Allianz)	5 566
	4. Plan de seguro médico – UNICEF (Cigna)	4. Sistema de seguro médico de Austria + Plan de seguro médico suplementario – ONUDI (Allianz/Allianz)	
	5. Plan dental Cigna PPO “Cigna US Dental”	5. Plan completo de seguro médico – OIEA (Cigna/Cigna)	3 829
	6. Empire Blue Cross PPO (Empire Blue Cross)	6. Seguro médico colectivo – OMPI Cigna/Cigna)	3 677
	7. Aetna PPO/POS (Aetna)	7. Sistema de seguro médico de Austria + Plan de seguro médico complementario – OIEA (Cigna/Cigna)	2 475
	8. Fondo para prestaciones médicas – UNESCO (Cigna)	8. Plan de seguro médico colectivo – UIT (Cigna/Cigna)	2 130
	9. Fondo para prestaciones médicas – OACI (Cigna)	9. Plan de la OMI – OMI (Cigna/Cigna)	922
		10. Contrast Group 910.K21 – OMT (Cigna/Cigna)	295
Total (con exclusión de Cigna US Dental)		Total	51 468

^a El seguro contra terceros incluye la cobertura de riesgo con pago por entrega, pero no la cobertura del pasivo del seguro médico después de la separación del servicio.

19. Como se indica en el cuadro 2, en 2014 el costo de las prestaciones de los 23 planes incluidos en la encuesta fue de casi 732 millones de dólares. Esa cifra incluye las reclamaciones abonadas con arreglo a los planes cuyo riesgo estaba autoasegurado³ y las primas pagadas respecto de los planes cuyo riesgo se subcontractaba. Además, los gastos administrativos insumieron 48 millones de dólares (incluidos los gastos de personal de los planes autoadministrados y los honorarios de los planes administrados por terceros). En promedio, los gastos administrativos representan el 6,1% del total de gastos en todo el sistema de las Naciones Unidas. Ese porcentaje debería compararse con el promedio de la industria, que es de entre el 5% y el 8% en los Estados Unidos, en función del tamaño y el diseño del plan. Las tasas de los Estados Unidos son bajas en comparación con las mundiales debido a los volúmenes muy elevados que se registran en un entorno consolidado y al mayor costo de la atención.

20. Dado que la mayoría de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas habitualmente no negocian en forma colectiva con los aseguradores, los administradores externos ni los proveedores de servicios de salud, no han aprovechado su escala para obtener las condiciones más favorables en materia de servicios o seguros. Por ejemplo, un 66% de las personas aseguradas en los planes del sistema de las Naciones Unidas están amparadas por los planes de seguro médico de Cigna, pero no se está celebrando ninguna negociación colectiva con Cigna. Además, no existe un mecanismo que permita que las organizaciones compartan y analicen con eficiencia y eficacia la información a fin de hallar oportunidades de obtener una mayor eficiencia en los costos y los servicios.

21. La decisión de subcontractar o de tener personal encargado de los seguros o la administración dentro de la organización depende de diversos factores, como los antecedentes (algunos planes fueron creados antes de que hubiera administradores externos), el número y la difusión geográfica de las personas aseguradas, la calidad del servicio en relación con el costo y la posibilidad de tener servicios de salud de calidad a un costo equitativo. Por ejemplo, la regulación y la institucionalización de las redes de proveedores de servicios de salud en los Estados Unidos impide que las organizaciones que residen en el país desarrollen una capacidad interna económica para atender a los afiliados de los Estados Unidos.

Seguros de salud conjuntos y consolidación global

22. Al examinar las posibles oportunidades relacionadas con la consolidación global de los planes del sistema de las Naciones Unidas en un seguro de salud común, el Grupo de Trabajo observó que:

a) Varias organizaciones del sistema de las Naciones Unidas con perfiles de riesgo similares ya proporcionan un seguro de salud mediante un plan de seguros de salud consolidado. Por ejemplo, el personal del Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola y del Programa Mundial de Alimentos están amparados por el plan básico de seguro médico de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; el personal del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos, el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres y

³ En este contexto, se refiere al riesgo relacionado con las reclamaciones del seguro de 2014.

el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) está cubierto por los planes de las Naciones Unidas en los Estados Unidos y por el plan de alcance mundial de la Organización, mientras que la mayoría de los funcionarios que residen en Ginebra que trabajan en diversas entidades, como la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la Comisión Económica para Europa, el Centro de Comercio Internacional y la Organización Meteorológica Mundial están afiliados al plan de la Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas administrado por la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra;

b) Al proceso de adquisiciones de 2014 para la administración por terceros de los planes de seguro médico dirigidos por las Naciones Unidas se sumaron el PNUD y el UNICEF.

23. El Grupo de Trabajo llegó a la conclusión de que por el momento no había pruebas ciertas de que se lograrían ventajas en materia financiera u operaciones de la consolidación de todos los planes del sistema de las Naciones Unidas en un acuerdo administrativo común para el seguro de salud. Las organizaciones interesadas podrían considerar más detenidamente la consolidación en el plano local, siempre que puedan concertarse acuerdos de nivelación respecto de la solvencia del plan, así como en relación con el nivel de los servicios y la participación en la gobernanza. Si la consolidación entrañara la mancomunación de riesgos entre las organizaciones, habría que tener presente que los costos de atención de la salud dependen de factores demográficos que difieren en alto grado de una organización a otra. Esas diferencias significan que algunas organizaciones tendrían mayores costos de resultados de la mancomunación de los riesgos y no se beneficiarían con la consolidación, salvo que se implantaran mecanismos complejos de compensación financiera con objeto de tener en cuenta las diferencias demográficas y los niveles de riesgo.

24. El Grupo de Trabajo también subrayó la necesidad de estudiar los medios de aumentar la transferibilidad interinstitucional del seguro médico en aras de la movilidad del personal del sistema de las Naciones Unidas.

Comparación de las condiciones de los seguros

25. En lo que respecta a las condiciones para acogerse a un plan, la mayoría de los planes de atención médica requieren haber cumplido 10 años de servicio antes de poder optar por el seguro médico después de la separación del servicio. Algunos planes ofrecen cobertura después de 5 años de servicio.

26. El Grupo de Trabajo examinó los pormenores de las condiciones exigidas y la cobertura de los planes a fin de facilitar la comparación entre iguales al evaluar la oferta de seguros de salud en todo el sistema. El Grupo de Trabajo pudo determinar que las condiciones de seguro de los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas son generalmente comparables y considera que no es preciso efectuar cambios sustanciales en las condiciones del seguro médico vigentes en todo el sistema de las Naciones Unidas. Esta opinión también tiene en cuenta el hecho de que algunos planes tienen desde hace largo tiempo una gobernanza rigurosa.

Cambios estructurales en las condiciones de seguro

27. El Grupo de Trabajo reconoce que los gastos de seguro médico asumidos por las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, y el pasivo correspondiente, pueden verse afectados por cambios estructurales en el diseño y la financiación de los planes de seguro médico, o por los cambios en las políticas de contratación y dotación de personal de las organizaciones. No obstante, el Grupo de Trabajo consideró también que los cambios de esa índole tendrían que ser estudiados en el contexto más amplio de la política de recursos humanos.

28. También deben considerarse las disposiciones reglamentarias relativas a la gobernanza de algunos planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas al volver a examinar las condiciones del seguro. En varios casos, los órganos rectores de los planes, que están integrados por representantes de las organizaciones correspondientes y los afiliados al plan, son quienes deben proponer cambios estructurales en las condiciones del seguro, las que han de ser sometidas a la consideración y aprobación de los funcionarios y exfuncionarios que contribuyen a la financiación del plan.

Derechos adquiridos

29. En el sistema de las Naciones Unidas, se proporciona seguro médico a los funcionarios y exfuncionarios conforme a principios de mutualidad en materia de seguros y al principio de solidaridad entre generaciones, que constituye una de las grandes diferencias entre el seguro social de salud y el seguro privado de salud. Los funcionarios en actividad contribuyen a la financiación de su seguro médico a sabiendas de que, mientras presten servicio, el total de esas contribuciones superará a las prestaciones que recibirán. El excedente de las contribuciones generadas por los funcionarios en actividad se asignará a equilibrar el déficit global producido por los exfuncionarios.

30. El Grupo de Trabajo concuerda plenamente con la opinión de que los derechos que amparan a los funcionarios en el momento de la jubilación los adquirieron en forma inalienable durante su período de servicio. Las contribuciones de los funcionarios se prorratan con arreglo a condiciones de seguro que no sufrirán cambios sustanciales mientras los funcionarios presten servicios ni cuando se jubilen. Se pueden adaptar los diseños de los planes y se pueden ajustar periódicamente las contribuciones de modo que guarden relación con el costo de la cobertura conforme a las condiciones del seguro en que se basa la asignación de cuotas.

31. En consonancia con el informe anterior del Secretario General sobre la gestión de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio (68/353, párrs. 59 y 62), desde un punto de vista jurídico, todo cambio importante de las condiciones relativas a los seguros, incluidas las aplicables tras la jubilación, sería perjudicial para las personas aseguradas, constituiría una violación de los derechos adquiridos y exponería a las organizaciones al riesgo de litigio. Cabe llegar a la conclusión de que las modificaciones de las condiciones de los seguros solo se admitiría de manera prospectiva, es decir, únicamente para el personal nuevo. Sería preciso efectuar un análisis específico para determinar con exactitud las repercusiones jurídicas de esas modificaciones. Los derechos adquiridos se examinan más a fondo en la sección sobre el Pilar C.

Recomendación de la Comisión de Administración Pública Internacional a la Asamblea General en relación con el prorrateo de las primas de seguro médico

32. En sus deliberaciones acerca de los cambios estructurales en las condiciones del seguro, el Grupo de Trabajo tomó nota de la recomendación de la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI) a la Asamblea General que figura en el párrafo 91 de su informe de 2014 (A/69/30) en relación con el prorrateo de las primas de seguro médico entre las organizaciones y los afiliados. En su informe, la CAPI declaró que había decidido recomendar a la Asamblea General que se mantuviera en las proporciones vigentes la fórmula actual de prorrateo entre la Organización y el personal, incluidos los jubilados, de las primas de seguro médico tanto de planes de los Estados Unidos como de otros países. La Asamblea General refrendó la recomendación en su resolución 69/251.

Recomendaciones del Grupo de Trabajo respecto del Pilar A

33. El Grupo de Trabajo analizó las opciones para aumentar la eficiencia y contener los gastos, y formula las siguientes recomendaciones.

Recomendación 1. Negociaciones colectivas con administradores externos

34. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían negociar colectivamente con los administradores externos a fin de optimizar los precios para los servicios administrativos y el acceso a la red. En apoyo a la negociación colectiva, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían estudiar la viabilidad de establecer y mantener una base de datos común que incluya información demográfica y de planificación, datos resumidos sobre las solicitudes, los términos y condiciones de los acuerdos con los administradores externos, gastos de personal e información resumida sobre fraudes.

Recomendación 2. Negociaciones colectivas con servicios de atención médica

35. Los planes autoadministrados (OIT, OMS y Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas) han realizado con éxito las negociaciones colectivas con los servicios de atención médica en la zona de Ginebra. Los planes autoadministrados deberían seguir determinando esferas en las que las negociaciones colectivas con los servicios de atención médica podrían dar lugar a economías o mejoras operacionales sustanciales. Las organizaciones interesadas deberían elaborar procedimientos normalizados comunes que les permitan negociar colectivamente con los servicios de atención médica y las redes de proveedores a fin de obtener los mejores precios y el acceso a una atención de la salud de calidad y de reducir al mínimo la volatilidad.

36. Esas organizaciones deberían estudiar la posibilidad de establecer una base de datos común y proporcionar información adicional en relación con las prácticas de los proveedores de atención médica, los términos y condiciones de los contratos, la información de fraude y las evaluaciones de la calidad.

Recomendación 3. Exámenes de pólizas y negociaciones con los aseguradores

37. A fin de proporcionar una base sólida para la impugnación de los términos y condiciones de los aseguradores, las organizaciones con planes

asegurados externamente deberían realizar exámenes periódicos de las pólizas, cuyos resultados deberían compartirse dentro del sistema de las Naciones Unidas a modo de referencia.

B. Pilar B. Examen del marco de seguro médico después de la separación del servicio del sistema de las Naciones Unidas

Planes nacionales de seguro médico

38. Al examinar opciones para contener los costos de los seguros, el Grupo de Trabajo realizó investigaciones de alto nivel sobre los planes nacionales de salud de los Estados Unidos, Francia, Italia, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Suiza, los cinco países donde reside la mayoría de los participantes que hacen uso del seguro después de la separación del servicio. El objetivo de la investigación era examinar si la experiencia positiva de las Naciones Unidas en los Estados Unidos en el aprovechamiento de Medicare mediante el requisito de que las personas aptas se matriculen en la parte B de Medicare, además de registrarse en un seguro médico de las Naciones Unidas, podía reproducirse en otros lugares de destino. En tales situaciones, el plan nacional de seguros médicos actuaría como plan de atención primaria comprendido en su diseño y el plan de las Naciones Unidas actuaría automáticamente como plan complementario. En el caso de servicios que no estén cubiertos por el sistema nacional pero estén incluidos en el programa de seguros de la Organización, el plan de las Naciones Unidas seguiría siendo el primario. Como resultado de ello, no se modificaría la cobertura que se brinda a los participantes, sino que podría ser compartida entre el sistema nacional y el plan de las Naciones Unidas. En todos los casos, el plan del sistema de las Naciones Unidas debería considerarse la norma mínima.

39. Cuando proceda, los planes de seguro médico de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas podrían incorporar requisitos similares a los de las Naciones Unidas y, por lo tanto, ofrecer una cobertura de seguro médico después de la separación del servicio más eficaz en función de los costos sin menoscabar el alcance de la cobertura.

40. En los Estados Unidos, Medicare proporciona el seguro médico primario y los planes de las Naciones Unidas subsanan deficiencias en la cobertura de este servicio. Por lo tanto, el reembolso de la prima de la parte B de Medicare por las Naciones Unidas a los participantes por su seguro médico después de la separación del servicio permite que la Organización reduzca de manera efectiva los beneficios y la cobertura del seguro médico después de la separación del servicio. Las Naciones Unidas han informado de que el aprovechamiento de Medicare ha reducido sus obligaciones respecto del seguro médico después de la separación del servicio en unos 258 millones de dólares (estimados al 31 de diciembre de 2011). Los planes de seguros del Organismo Internacional de Energía Atómica y la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial en Viena tienen un diseño similar, es decir, una de las opciones de atención médica implica complementar la cobertura del sistema de salud primaria de Austria con los seguros privados proporcionados por las Naciones Unidas. No obstante, tanto el personal como las organizaciones están obligados a contribuir al sistema de salud austriaco en concepto de esa cobertura.

41. El Grupo de Trabajo nombró a cinco profesionales de seguros de cinco organizaciones que actúan como centro de coordinación para analizar los criterios de matriculación, los niveles de servicio y prestaciones, y las primas, los impuestos y las penas de los planes de seguro de salud nacional en los cinco principales países donde reside el mayor número de exfuncionarios y establecer comparaciones con las condiciones relativas a los planes de sus organismos. Las organizaciones que actúan como centros de coordinación examinaron la cobertura con respecto a la incorporación de controles y procedimientos realizados por médicos generales y especialistas, procedimientos odontológicos y pruebas de laboratorio. Los resultados de ese análisis sirvieron de base para el examen ulterior de las consecuencias y los méritos de aprovechar los planes nacionales de salud como medida de contención de costos en concepto de seguro médico después de la separación del servicio.

42. En lo que respecta al cumplimiento de las condiciones exigidas, los ciudadanos estadounidenses, los residentes y los funcionarios con visados G-4 que residan de manera ininterrumpida en los Estados Unidos por un período de cinco años son aptos para utilizar la segunda parte de Medicare. En Italia, el personal no italiano con permiso de residencia puede ingresar al sistema nacional tras el pago de una pequeña tasa. En el Reino Unido y Suiza, los participantes deben ser residentes legales, mientras que en Francia los participantes deben recibir una pensión del Estado francés o de otro país de la Unión Europea para poder inscribirse en el sistema de seguridad social de Francia.

43. El servicio nacional de salud del Reino Unido y la seguridad social de Francia proporcionan una cobertura razonable. Sin embargo, en esos países los participantes pueden afrontar períodos de espera más prolongados para recibir atención en virtud del plan nacional y deben pagar más impuestos o contribuciones sociales obligatorias. Además, el aprovechamiento del sistema de atención de la salud en Suiza, donde una ley federal regula el seguro médico y requiere que los residentes se inscriban en un seguro médico básico, podría entrañar un aumento de las primas y los costos para las personas y organizaciones aseguradas.

44. El Grupo de Trabajo considera que debería analizarse con mayor detenimiento la incorporación selectiva en el sistema de seguros médicos de las Naciones Unidas de los términos y condiciones para matricularse en los planes de seguro médico nacionales (por ejemplo, el sistema de salud nacional en Italia y Medicare en los Estados Unidos) en el momento de la jubilación o al alcanzar las condiciones de acceso, cuando se pueda demostrar que una decisión de ese tipo tiene efectos beneficiosos para las organizaciones y los participantes.

Ampliación del mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas

45. En su último informe a la Asamblea General (A/69/9), el Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas indicó que había tomado nota de la solicitud de la Asamblea General de examinar la opción de ampliar el mandato de la Caja a fin de incluir la administración de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio y expresó estar de acuerdo con las conclusiones presentadas en la nota del actuario consultor. También hizo suyas las recomendaciones del Comité de Supervisión del Activo y el Pasivo sobre la cuestión y señaló que los objetivos de inversión de la Caja eran diferentes de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio y que, por lo tanto, podía

ser inapropiado que la Caja gestionara los recursos relacionados con esos beneficios.

46. El Comité Mixto acordó que no era aconsejable ampliar el mandato de la Caja Común de Pensiones para incluir la administración de prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio y observó que esta opción podía poner en peligro la viabilidad operacional de la Caja y también podía tener un efecto negativo sobre su sostenibilidad a largo plazo, en función del alcance de la medida que se adoptase.

47. En su examen del informe de la Caja de Pensiones, la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto observó que la financiación y la administración de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio eran una cuestión de interés para todo el sistema que sería mejor resolver mediante un enfoque a nivel de todo el sistema en el que la Caja de Pensiones desempeñaría un papel fundamental. Tras examinar debidamente la posición de la Comisión, el Grupo de Trabajo está de acuerdo con la declaración del Comité Mixto en su informe de 2014 a la Asamblea General. No hay ninguna prueba de que podría alcanzarse un aumento de la eficiencia o economías de escala en la administración mediante la ampliación del mandato de la Caja de Pensiones. Además, la ampliación del mandato de la Caja requeriría una dotación adicional de personal para su secretaría y la División de Gestión de las Inversiones, así como el establecimiento de una contabilidad, una presentación de informes y mecanismos de gobernanza de carácter independiente.

48. En particular, el Grupo de Trabajo determinó que la compatibilidad de los datos y sistemas administrativos/informáticos no podía aprovecharse. Los sistemas utilizados por la Caja de Pensiones se han desarrollado para apoyar sus funciones específicas como fondo de pensiones y su ajuste para fines de gestión del seguro médico sería excesivamente oneroso. El Grupo de Trabajo observó también que varios de los procesos institucionales de la Caja de Pensiones estaban descentralizados, es decir, eran realizados por las organizaciones afiliadas. Los procesos institucionales centralizados realizados por la propia Caja son altamente especializados y específicos para las pensiones. Como consecuencia de ello, no existe ninguna situación en la que la Caja (incluida la División de Gestión de las Inversiones) podría utilizar eficientemente su capacidad actual para administrar los procesos institucionales del seguro médico después de la separación del servicio.

49. El Grupo de Trabajo señaló además que era necesario mantener las bases de datos individuales de la Caja de Pensiones y el seguro médico después de la separación del servicio, dado que los datos retenidos para la Caja eran diferentes de los necesarios para fines de la administración del seguro médico. Además, las reglas relativas al cumplimiento de las condiciones exigidas de la Caja y el seguro médico después de la separación del servicio son diferentes y aunque el solapamiento de la población atendida la Caja y las poblaciones cubiertas por el seguro médico después del servicio es importante, no es completo. De esta forma, las sinergias y la consolidación solo se aplican a un subgrupo de jubilados y beneficiarios de la Caja de Pensiones.

Recomendaciones del Grupo de Trabajo en relación con el Pilar B

50. Tras su examen del marco de seguro médico después de la separación del servicio del sistema de las Naciones Unidas, el Grupo de Trabajo formula las siguientes recomendaciones.

Recomendación 4. Planes nacionales de seguro médico

51. El Grupo de Trabajo propone seguir apoyando a las organizaciones que sigan explorando el valor de los planes de seguro de salud nacionales en el contexto de los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas y en un marco en que dichos planes actúen como planes complementarios dirigidos a homogeneizar las condiciones ofrecidas a los funcionarios en activo y jubilados. El Grupo de Trabajo propone que las organizaciones consulten a los Estados Miembros en lo relativo a la ampliación de las condiciones exigidas para que los funcionarios reciban cobertura primaria con arreglo a esos planes. Se trata principalmente de jubilados y sus familiares a cargo que cumplen con los requisitos, pero también podría ampliarse a la población activa en ciertas situaciones.

52. Las organizaciones deberían evaluar la idoneidad, la viabilidad y los efectos financieros de incorporar a sus planes de seguro médico el requisito de matricularse en un plan nacional de seguros y que las contribuciones al plan nacional sean sufragadas por el plan de la organización.

Recomendación 5. Ampliación del mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas

53. Aunque las funciones respectivas de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, incluida la División de Gestión de las Inversiones, no deberían ampliarse, podría solicitarse a la Caja, de conformidad con la recomendación de la Comisión Consultiva, que compartiera sus mejores prácticas y métodos para la centralización y administración de un plan complejo y compuesto por múltiples empleadores con las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, optando por proporcionar en conjunto una cobertura de seguro médico después de la separación del servicio.

C. Pilar C. Determinación y divulgación de la responsabilidad**Valoración del seguro médico después de la separación del servicio**

54. El Grupo de Trabajo experimentó dificultades para establecer la coherencia de las obligaciones relativas al seguro médico después de la separación del servicio reconocidas por las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas representadas en el estudio. El Grupo de Trabajo propuso a la Red de Presupuesto y Finanzas del Comité de Alto Nivel sobre Gestión que el Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad elaborara un enfoque común de valoración actuarial respecto de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio en todo el sistema de las Naciones Unidas. El objetivo del Grupo de Trabajo es llegar a un acuerdo sobre una metodología armonizada de la valoración general y establecer un método de selección o aplicación de factores

clave de valoración. Los factores que examinará el Grupo de Trabajo son los siguientes:

- Método de contabilidad y valoración
- Tasa de capitalización por moneda
- Costo de reclamación de gastos médicos per cápita, tasa de tendencia médica
- Tasas de movimiento del personal, tasas de jubilación
- Tasas de aumento de sueldos y pensiones, tasa de inflación general
- Tasa de esperanza de vida y discapacidad (incluidas las fechas de aplicación para los cuadros acordados de mortalidad y discapacidad).

Obligaciones acumuladas del seguro médico después de la separación del servicio

55. La creación del seguro médico proporcionado por los organismos para el sistema de las Naciones Unidas es anterior a la creación del propio sistema (el Fondo de Seguro Médico del Personal de la Oficina Internacional del Trabajo se estableció en 1922). Desde entonces, el número de planes de seguro médico y el número de personas aseguradas con arreglo a esos planes ha aumentado de manera significativa, con poca o ninguna financiación relativa a las obligaciones del seguro médico después de la separación de servicio, en la mayoría de los casos.

56. El reconocimiento de las obligaciones relacionadas con el seguro médico después de la separación del servicio en los estados financieros de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas comenzó en 2008 y cobró impulso con la aplicación de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público. El total de las obligaciones acumuladas del seguro médico después del servicio del sistema de las Naciones Unidas aumentó de 12.100 millones de dólares en 2012 a 16.100 millones de dólares en 2014. Esto representa el valor actual correspondiente a 2014 a fin del ejercicio para todo el sistema de la porción devengada de las prestaciones futuras que corresponden a los funcionarios en activo y jubilados.

57. Las obligaciones del seguro médico después de la separación del Servicio de las organizaciones aumentarán cada año junto con la obligación relacionada con la acumulación de las prestaciones del personal en servicio activo (“costo de servicio”) y las consecuencias financieras correspondientes de obligaciones que se hagan efectivas en el curso del tiempo (“costo por intereses”). Por lo tanto, el costo de los intereses y el servicio durante un año determinado debería considerarse como el costo de los derechos adquiridos del personal por los servicios prestados durante este año. En principio, las obligaciones disminuyen en función del pago de los gastos médicos para los funcionarios jubilados. Las obligaciones se presentan antes de realizar cualquier descuento de los activos acumulados para apoyar la cobertura de las obligaciones.

58. El importante aumento de las valoraciones de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio (que en algunos casos alcanzó hasta el 40%) en los tres últimos años se debe principalmente a la caída de dos puntos porcentuales en las tasas de descuento que se utilizan en las valoraciones. Existen importantes diferencias entre las diferentes organizaciones en lo que respecta a las hipótesis de valoración. Por ejemplo, la composición demográfica del conjunto de

las personas aseguradas en cada organización impulsa las hipótesis en relación con la ubicación prevista de los gastos médicos efectuados y su evolución. A su vez, esto repercute en el flujo de efectivo y la tasa de capitalización por moneda que se aplicarán en la valoración de la obligación.

Recomendaciones del Grupo de Trabajo en relación con el Pilar C

59. En lo que respecta a la determinación y la divulgación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio, el Grupo de Trabajo formula la siguiente recomendación.

Recomendación 6. Normalización de la metodología de valoración general y establecimiento y aplicación de los principales factores de valoración de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio

60. En el contexto de la finalización de su labor respecto del pilar C, el Grupo de Trabajo debería coordinar sus esfuerzos con Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad para armonizar los principios generales del seguro médico después de la separación del servicio y establecer los factores y las hipótesis actuariales a más tardar a fines de 2017, con el fin de aplicarlos en las evaluaciones actuariales de 2018.

D. Pilar D. Opciones de financiación de las obligaciones

Opinión de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto en relación con la financiación de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio

61. En su informe sobre la gestión de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio (A/68/550), la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto opinó que, además de un reconocimiento formal por la Asamblea General de las obligaciones devengadas por concepto de prestaciones después de la separación del servicio (véase la resolución 60/255, sect. III), un compromiso por parte de la Asamblea de cumplir con las futuras obligaciones relativas al seguro médico después de la separación del servicio a medida que alcancen su vencimiento obviaba, por el momento, la necesidad de crear una reserva de efectivo para ese propósito. Por lo tanto, la Comisión Consultiva recomendó adoptar un criterio de pago por entrega para la Secretaría de las Naciones Unidas.

Situación actual de la financiación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio

62. Como puede apreciarse en el cuadro que figura a continuación, a finales de 2014 los activos acumulados por las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas (algo más de 2.600 millones de dólares) abarcaban únicamente del 16,0% de las futuras obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio. Ello dio lugar a un déficit de financiación de aproximadamente 13.500 millones de dólares. A finales de 2014, aproximadamente tres cuartas partes de las organizaciones habían financiado menos del 10% de sus obligaciones en concepto del seguro médico de la separación del servicio.

Cuadro 4

Financiación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio

Organismo	Sede	Total de obligaciones contables ^a	Fondos reservados para las obligaciones	Fondos reservados para las obligaciones (porcentaje)
		(Dólares de los EE.UU.)		
ACNUR	Ginebra	545 477 000	31 700 000	6
CCI	Ginebra	79 845 000	—	0
FAO	Roma	1 239 700 000	351 759 896	28
FIDA	Roma	95 900 000	95 900 000	100
OACI	Montreal	112 000 000	1 000 000	1
OIEA	Viena	202 798 000	—	0
OIT	Ginebra	1 088 200 000	2 400 000	<1
OMI	Londres	47 567 646	No se proporcionaron	No se proporcionaron
OMM	Ginebra	53 740 600	—	0
OMPI	Ginebra	156 500 000	86 400 000	55
OMS (incluidos el CIIC, el CICE, la OPS, ONUSIDA y UNITAID)	Ginebra	1 918 060 177	676 882 039	35
OMT	Madrid	18 465 093	1 599 943	9
ONUDI	Viena	202 797 200	—	0
PMA	Roma	477 813 075	389 900 000	82
PNUD	Nueva York	1 141 510 000	500 000 000	44
Secretaría de las Naciones Unidas	Nueva York	5 552 538 000	—	0
UIT	Ginebra	519 413 374	8 105 370	2
UNESCO	París	1 248 470 000	—	0
UNFPA	Nueva York	282 022 000	162 048 000	57
UNICEF	Nueva York	1 081 081 000	390 092 000	36
UNOPS	Copenhague	52 308 000	52 308 000	100
Total		16 116 206 165	2 600 087 248	16

Abreviaturas: FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; OIEA, Organismo Internacional de Energía Atómica CIIC, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; OACI, Organización de Aviación Civil Internacional; CICE, Centro Internacional de Cálculos Electrónicos; FIDA, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola; OIT, Organización Internacional del Trabajo; OMI, Organización Marítima Internacional; CCI, Centro de Comercio Internacional; UIT, Unión Internacional de Telecomunicaciones; OPS, Organización Panamericana de la Salud; ONUSIDA, Programa Conjunto y de Copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; UNESCO, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas; ACNUR, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; ONUDI, Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial; UNITAID, Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos, integrado en la OMS y administrado por ella; UNOPS, Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos; PMA, Programa Mundial de Alimentos; OMS, Organización Mundial de la Salud; OMPI, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual; OMM, Organización Meteorológica Mundial; OMT, Organización Mundial del Turismo.

^a Cabe señalar que las obligaciones brutas que incluidas en esta columna serán diferentes de las obligaciones indicadas en los estados financieros de las organizaciones que han adoptado el método de reconocimiento de la banda de fluctuación.

63. Pocas organizaciones están trabajando activamente para financiar los costos anuales de intereses y servicio, que contribuyen significativamente al aumento de sus obligaciones en concepto de seguro médico después de la separación del servicio. Como costo de los derechos adquiridos por los funcionarios en concepto de sus servicios durante un año determinado, estos gastos deberían financiarse con cargo al presupuesto de cada período. Si bien el actual criterio de financiación permite reducir los efectos presupuestarios a corto plazo, las consecuencias a largo plazo son un aumento en el volumen de financiación que, en última instancia, debe desviarse del cumplimiento de los mandatos a la cobertura de las obligaciones en concepto de seguro médico después de la separación del servicio. Por ende, la financiación de los costos en un período determinado transfiere esos costos a futuros donantes y a los Estados Miembros, en lugar de ser sufragados por los donantes y los Estados Miembros durante el período en el que se hubieran incurrido. La financiación de los gastos cuando se autorizan es un principio de equidad entre los donantes y los Estados Miembros.

64. El Grupo de Trabajo considera que el actual criterio de pago por entrega respecto de la financiación de los gastos de seguro médico adoptado por varias organizaciones del sistema de las Naciones Unidas es insostenible. Esta opinión está en consonancia con la preocupación expresada por la Junta de Auditores en lo que respecta a la ausencia de recursos específicos para cubrir el pasivo correspondiente al seguro médico después de la separación del servicio. En anteriores informes del Secretario General (A/64/366 y A/68/353) se pone de relieve la necesidad de aprobar un plan de financiación en relación con el pasivo acumulado.

65. Sobre la base de una encuesta realizada por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Comunes de Tesorería de la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión, los protocolos existentes en lo que respecta a la gestión de las inversiones de los fondos destinados a la cobertura de las obligaciones en concepto de seguro médico después de la separación del servicio son variados. Si bien en algunos casos la gestión es interna, ciertas organizaciones externalizan la función de gestión de las inversiones. Pocas organizaciones segregan los activos y, en algunos casos, los fondos se combinan con otros fondos y reservas. Algunas organizaciones han elaborado estrategias monetarias y de inversión monetaria alineadas con el perfil de sus obligaciones.

66. El Grupo de Trabajo considera que sería oneroso establecer un servicio interinstitucional para la inversión de las reservas acumuladas con el propósito de sufragar las obligaciones relacionadas con el seguro médico después de la separación del servicio. Eso requeriría, entre otras cosas, establecer acuerdos de gobernanza independientes y separados, políticas y directrices de inversión claras que tengan en cuenta el apetito de riesgo adecuado, mecanismos separados de contabilidad de presentación de informes, auditoría independiente y elementos de referencia. Sin embargo, el Grupo de Trabajo reconoce las ventajas que las organizaciones podrían obtener mediante la cooperación con sus homólogas en el sistema de las Naciones Unidas para aprovechar los acuerdos con los administradores externos de activos, maximizar las ganancias y minimizar los honorarios de administración.

Recomendaciones del Grupo de Trabajo en relación con el pilar D

67. En lo que respecta a las alternativas de financiación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio, el Grupo de Trabajo formula las siguientes recomendaciones.

Recomendación 7. Financiación suficiente de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio

68. El Grupo de Trabajo recomienda que las organizaciones dediquen una financiación suficiente a sus obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio y acumulen un nivel mínimo de reservas para financiar los gastos adicionales devengados durante el período en curso, representados por el costo de los servicios más los costos en concepto de intereses. En el caso de las organizaciones que todavía aplican el criterio de pago por entrega en lo que respecta a sus obligaciones en concepto de seguro médico después de la separación del servicio, esto significaría adoptar un criterio de pago por devengo, lo que daría cuenta del verdadero costo de las operaciones actuales.

69. Además, las organizaciones deberían estudiar la posibilidad de incorporar un mecanismo de financiación en los gastos de personal estándar utilizados para la presupuestación.

70. Las organizaciones que administren fondos extrapresupuestarios, deberían asegurar que no se cierre ninguna obligación en concepto de seguro médico después de la separación del servicio sin financiar antes de que esta se compense mediante la aplicación de los fondos disponibles para la obligación reconocida.

71. Los Estados Miembros y otros interesados contribuyentes también podrían considerar la posibilidad de ofrecer a las organizaciones, cuando sea necesario, un pago extraordinario o métodos de financiación específica y por tiempo limitado con el fin de superar los déficits históricos en la financiación del seguro médico después de la separación del servicio.

Recomendación 8. Inversión de las reservas

72. El Grupo de Trabajo recomienda que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas estudien oportunidades a través del Grupo de Trabajo sobre Servicios Comunes de Tesorería para cooperar a fin de aprovechar los acuerdos existentes con los administradores de activos externos con el fin de obtener la máxima rentabilidad posible y reducir al mínimo los honorarios de administración.

73. El Secretario General propone que la Asamblea General tal vez desee:

a) Acoger con beneplácito y tomar nota del informe del Grupo de Trabajo sobre el seguro médico después de la separación del servicio y tomar particular nota de los resultados del estudio y el análisis en los párrafos 45 a 49 en relación con cualquier posible función de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas con respecto al seguro médico después de la separación del servicio;

b) Aprobar las recomendaciones 1 a 8 del informe del Grupo de Trabajo;

c) Solicitar al Secretario General que mantenga el Grupo de Trabajo para estudiar en mayor detalle otras posibilidades de aumentar la eficiencia y limitar los costos, y formular propuestas concretas sobre esas cuestiones a la Asamblea General en su septuagésimo primer período de sesiones.
