



Asamblea General

Distr.
GENERAL

A/AC.154/INF/1
24 de junio de 1996
ESPAÑOL
ORIGINAL: INGLÉS

COMITÉ DE RELACIONES CON EL PAÍS ANFITRIÓN

CARTA DE FECHA 24 DE JUNIO DE 1996 DIRIGIDA A LAS MISIONES
PERMANENTES DE ESTADOS MIEMBROS Y A LAS MISIONES PERMANENTES
DE OBSERVACIÓN ANTE LAS NACIONES UNIDAS POR EL PRESIDENTE
DEL COMITÉ DE RELACIONES CON EL PAÍS ANFITRIÓN

Estimado colega,

Entre las actividades que desarrolla para ayudar a los miembros de la comunidad diplomática de las Naciones Unidas a establecerse en su destino de Nueva York, el Comité de Relaciones con el País Anfitrión sigue explorando las posibilidades de que la comunidad diplomática de las Naciones Unidas pueda contar con servicios médicos económicamente más asequibles.

En este contexto, el Comité ha decidido distribuir entre las misiones acreditadas ante las Naciones Unidas el cuestionario adjunto sobre servicios médicos (anexo I) a fin de determinar las necesidades de las misiones en esta esfera. En última instancia, este esfuerzo está dirigido a identificar las empresas de seguros médicos que puedan ofrecer programas que satisfagan esas necesidades.

Las misiones pueden responder al cuestionario de manera anónima. La información recibida se procesará y sintetizará, antes de ser enviada a los eventuales proveedores de servicios médicos.

A fin de mantener una comunicación fluida sobre esta cuestión, se propone que además de responder al cuestionario, las misiones llenen un formulario separado (anexo II) en que indiquen el nombre de una persona de contacto de la Misión a la que pueda dirigirse cualquier comunicación ulterior sobre este tema. Las misiones podrán devolver el cuestionario y el formulario a mí personalmente o al Secretario del Comité (Sr. S. Tarassenko, oficina S-3420 D, teléfono (212) 963-5380, fax (212) 963-6430), quien separará el formulario del cuestionario. La identidad de las misiones que respondan será confidencial y sólo será conocida por el Presidente y por el Secretario del Comité.

A/AC.154/INF/1

Español

Página 2

Aguardamos con interés recibir de todas las misiones el cuestionario debidamente cumplimentado ya que la recepción de gran número de respuestas asegurará el éxito de este proyecto. Le agradeceré la devolución del cuestionario tan pronto como sea posible o a más tardar el 31 de julio de 1996.

(Firmado) Nicos AGATHOCLEOUS

/...

Anexo I

CUESTIONARIO SOBRE SERVICIOS MÉDICOS

SECCIÓN A. Cobertura del seguro médico actual

Si la Misión proporciona seguro médico a algunos de sus miembros o a todos ellos, sírvase responder a las preguntas siguientes, según corresponda. Si la Misión no proporciona seguro médico sírvase marcar el espacio siguiente [] y responder a las preguntas incluidas en la sección B. infra.

PARA LAS MISIONES QUE PROPORCIONAN SEGURO MÉDICO:

Nuestro asegurador es:

- [] Una institución pública del Estado acreditante
- [] Una institución privada del Estado acreditante
- [] Una institución privada de los Estados Unidos
- [] Otro:
(sírvase especificar según corresponda)

Esta institución proporciona seguro médico a: (sírvase marcar todas las categorías pertinentes de empleados y personas a cargo:)

- [] 1. Todos los miembros del personal de la Misión;
- [] 2. Familiares directos de todos los miembros del personal de la Misión;
- [] 3. Personas a cargo secundarias (como padres, hermanos) de todos los miembros del personal de la Misión;
- [] 4. Sólo a los miembros del personal de la Misión que son nacionales del país acreditante (a excepción del personal de contratación local);
- [] 5. Familiares directos de las personas incluidas en la categoría 4, supra;
- [] 6. Personas a cargo secundarias del personal correspondiente a la categoría 4, supra;
- [] 7. Personal de servicio privado de los miembros del personal de la Misión;
- 8. La compañía aseguradora de la Misión ¿asegura a los nacionales del Estado acreditante de contratación local?

[] Sí [] No

9. La compañía aseguradora de la Misión ¿asegura a los miembros del personal de la Misión que no son nacionales del país acreditante?

[] Sí [] No

10. ¿Exige la Misión a sus funcionarios que emplean personal de servicio privado que les provean de seguro médico?

[] Sí [] No

En términos generales, ¿está la Misión satisfecha de su sistema actual?

[] Sí [] No

¿Le interesaría a la Misión un plan o planes de seguro médico que proporcionen algún tipo de cobertura médica a las personas pertenecientes a las categorías que se enumeran supra? En caso afirmativo sírvase encerrar en un círculo el número o los números siguientes, que corresponden a las categorías enumeradas supra:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Número total de personas incluidas en todas las categorías marcadas: _____

(SÍRVASE PASAR A LA SECCIÓN C.)

SECCIÓN B. Sin cobertura de seguro médico

(SÓLO DEBERÁN RESPONDER A ESTA SECCIÓN LAS MISIONES QUE NO BRINDEN SEGURO MÉDICO EN NUEVA YORK)

[] La Misión está interesada en explorar un plan o planes de seguro médico que pudieran satisfacer sus necesidades y las de los miembros de la comunidad diplomática de Nueva York.

Número aproximado de empleados que ser afiliarían: _____

Número aproximado de personas a cargo que se afiliarían: _____

[] La Misión no tiene interés de contratar un seguro médico local en este momento.

SECCIÓN C. Alternativas posibles de seguro de salud

¿Tiene la Misión un médico nombrado oficialmente que se ocupe del tratamiento en primera instancia del personal de la misión y de las personas a su cargo de su envío a los especialistas? [] Sí [] No

¿Qué hospital u hospitales utiliza la Misión? _____

¿Qué tipo de seguro podría interesar a la Misión?
(sírvase marcar todas las posibilidades)

[] ¿Un seguro colectivo?

[] ¿Un programa de asistencia médica de previo pago prestada por un médico o grupo de médicos?

[] ¿Un plan propuesto por una clínica dependiente de un hospital que ofrezca tratamiento en esa institución?

- ¿Un plan que cubra únicamente la asistencia médica de base (tratamiento de urgencia, exámenes físicos anuales)?
- ¿Un plan que cubra la atención al paciente en hospitales solamente?
- ¿Un plan que también proporcione asistencia odontológica?
- Otras necesidades o coberturas: _____

La Misión o sus miembros estarían interesados en un plan que cubra a:
(sírvese marcar todas las posibilidades)

- Funcionarios de la Misión Número de interesados _____
- Personas a cargo Número de interesados _____
- Personal de servicio privado Número de interesados _____

La Misión o sus miembros estarían interesados en un plan integral que proporcione cobertura completa cuyo costo no exceda de:

- 50 dólares EE.UU. por persona y mes
- 75 dólares EE.UU. por persona y mes
- 100 dólares EE.UU. por persona y mes
- 125 dólares EE.UU. por familia y mes
- 150 dólares EE.UU. por familia y mes
- 200 dólares EE.UU. por familia y mes

¿Realizaría la Misión los pagos en nombre de sus miembros o se ocuparían éstos de pagar directamente?

SECCIÓN D. Problemas de la protección de la salud

Sírvese detallar las posibles preocupaciones, problemas y sugerencias de la Misión en relación con la protección de la salud de su personal, si las hubiere.

Anexo II

(Devuélvase al Secretario del Comité, Sr. S. Tarassenko, oficina S-3420D)

Sírvase indicar el nombre, cargo y número de teléfono de la oficina de una persona de contacto de la Misión:

Nombre: _____

Cargo: _____

Misión: _____

Teléfono: (212) _____
