



Asamblea General

Distr. general
7 de febrero de 2007
Español
Original: inglés

Sexagésimo primer período de sesiones

Temas 115, 117, 129, 130 y 132 del programa

Informes financieros y estados financieros comprobados e informes de la Junta de Auditores

Presupuesto por programas para el bienio 2006-2007

Financiación del Tribunal Penal Internacional para el enjuiciamiento de los presuntos responsables de genocidio y otras violaciones graves del derecho internacional humanitario cometidas en el territorio de Rwanda y de los ciudadanos rwandeses presuntamente responsables de genocidio y otras violaciones de esa naturaleza cometidas en el territorio de Estados vecinos entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 1994

Financiación del Tribunal Internacional para el enjuiciamiento de los presuntos responsables de las violaciones graves del derecho internacional humanitario cometidas en el territorio de la ex Yugoslavia desde 1991

Aspectos administrativos y presupuestarios de la financiación de las operaciones de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz

Obligaciones correspondientes a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio y financiación propuesta

Informe del Secretario General

Resumen

En su informe sobre las obligaciones correspondientes a las prestaciones para servicios médicos después de la separación del servicio y la financiación propuesta (A/60/450 y Corr.1), el Secretario General propuso que se aprobaran varias recomendaciones con objeto de empezar a reconocer y financiar las obligaciones de las Naciones Unidas correspondientes a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio. En la sección III de su resolución 60/255, la Asamblea General reconoció las obligaciones devengadas por concepto de prestaciones después



de la separación del servicio presentadas por el Secretario General y pidió a éste que tomase las medidas necesarias para presentar esas obligaciones en los estados financieros de las Naciones Unidas. En la misma sección de la resolución 60/255, la Asamblea General decidió asimismo posponer su examen del resto de las propuestas formuladas por el Secretario General en su informe y pidió a éste que le presentase, en su sexagésimo primer período de sesiones, un informe que incluyera explicaciones adicionales sobre el programa de seguro médico después de la separación del servicio, un análisis de las cuestiones planteadas por la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto en su informe (A/60/7/Add.11), información actualizada sobre la situación de las obligaciones, aclaraciones respecto de las hipótesis usadas para determinar su monto y posibles estrategias para financiarlas.

En el presente informe se facilita la información adicional solicitada en la sección III de la resolución 60/255 y se pide a la Asamblea General que apruebe las recomendaciones actualizadas con objeto de que se empiecen a financiar las obligaciones de las Naciones Unidas correspondientes a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio. En la sección XI del presente informe se indican las medidas que deberá adoptar la Asamblea General.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–6	4
II. Programa de seguro médico después de la separación del servicio y planes de seguro médico de las Naciones Unidas	7–17	5
III. Método y supuestos actuariales utilizados en la evaluación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio.	18–21	9
IV. Evaluación actualizada del pasivo del seguro médico después de la separación del servicio.	22–24	10
V. Posibles estrategias de financiación del seguro médico después de la separación del servicio	25–41	12
VI. Revisiones de las disposiciones del seguro médico después de la separación del servicio.	42	19
VII. Tribunal Internacional para la ex Yugoslavia	43	19
VIII. Tribunal Penal Internacional para Rwanda	44	20
IX. Comisión de Indemnización de las Naciones Unidas	45	21
X. Conclusiones	46–49	21
XI. Medidas que debe adoptar la Asamblea General.	50–51	22
Anexos		
I. Descripción de los planes que se ofrecen en el marco del programa de seguro médico de las Naciones Unidas		25
II. Sitios web de las Naciones Unidas que ofrecen información sobre planes de seguro médico		29
III. Principales cambios básicos en la evaluación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio de las Naciones Unidas		30
IV. Glosario		32

I. Introducción

1. En su informe sobre las obligaciones correspondientes a las prestaciones para servicios médicos después de la separación del servicio y la financiación propuesta (A/60/450 y Corr. 1), el Secretario General propuso que se aprobaran varias recomendaciones para empezar a reconocer y financiar las obligaciones de las Naciones Unidas correspondientes a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio. Al examinar el informe del Secretario General, la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto observó que los programas de seguro médico de las Naciones Unidas se financiaban con aportaciones de la Organización y de los afiliados (en servicio activo y jubilados), de conformidad con las resoluciones de la Asamblea General 1095 (XI), de 27 de febrero de 1957, 38/235, de 20 de diciembre de 1983, y 41/209, de 11 de diciembre de 1986, y que los recursos para subvencionar el seguro médico de los jubilados se consignaban en la sección de gastos especiales del presupuesto por programas atendiendo a un régimen de pagos con cargo a los ingresos corrientes, sin incluir fondos para financiar el pasivo acumulado de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio a que los funcionarios se hacían acreedores mientras estaban en servicio activo.
2. Al observar el incremento registrado en los 20 últimos años en el número de jubilados afiliados al plan de seguro médico después de la separación del servicio y el aumento del gasto que supone sufragar esas prestaciones con cargo a los ingresos corrientes, la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto subrayó la necesidad de actualizar la valoración del pasivo acumulado por concepto de seguro médico después de la separación del servicio correspondiente a 2003 que figuraba en el informe del Secretario General y solicitó que se presentase información detallada sobre la metodología en que se basaba la valoración, explicando el método utilizado para calcular el valor de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio.
3. El Secretario General había propuesto una estrategia de dos niveles para financiar las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio. El primer nivel consistía en la financiación por una sola vez de 350 millones de dólares a partir de saldos no comprometidos, el superávit retenido y los fondos de reserva del seguro médico y de indemnización, centrándose el segundo nivel en las medidas de financiación anual a largo plazo. La Comisión Consultiva cuestionó el recurso a los saldos no comprometidos y el superávit retenido para financiar el seguro médico después de la separación del servicio, aunque indicó que no tenía objeciones a las transferencias propuestas de las reservas del seguro médico y de indemnización a un fondo de reserva independiente, siempre que las sumas transferidas no se necesitaran en el futuro para sufragar los gastos derivados de las reclamaciones a título de indemnización y las solicitudes de reembolso de servicios médicos y odontológicos.
4. Con respecto a las medidas propuestas de financiación anual, la Comisión Consultiva no tenía objeciones a la propuesta del Secretario General de continuar haciendo consignaciones bienales para sufragar el pago de los subsidios del seguro médico después de la separación del servicio para los actuales afiliados. Además, la Comisión Consultiva estuvo de acuerdo en principio con la propuesta de establecer un cargo equivalente a un determinado porcentaje de los gastos de sueldos con el fin de constituir un fondo para los pagos del seguro médico después de la separación del servicio. Sin embargo, consideró que se debería hacer un análisis más completo

y detallado antes de recomendar un determinado porcentaje y opinó asimismo que debería prestarse especial atención a cuestiones como la relación entre la aplicación de un nuevo cargo a los gastos de sueldos y los gastos de apoyo a los programas imputados a las actividades extrapresupuestarias. La Comisión también puso en cuestión las propuestas sobre la utilización de las economías con cargo al presupuesto ordinario para complementar los fondos derivados de las demás fuentes de financiación anual propuestas, señalando posibles problemas de transparencia y presupuestación, así como la necesidad de destinar a la Cuenta para el Desarrollo las economías obtenidas como resultado de una mayor eficiencia.

5. El Secretario General también había propuesto, recomendándolo la Comisión Consultiva, la aprobación de modificaciones del plan de seguro médico después de la separación del servicio encaminadas a reducir los gastos de esas prestaciones en el futuro.

6. Al examinar los informe del Secretario General y de la Comisión Consultiva, la Asamblea General, en la sección III de su resolución 60/255, reconoció las obligaciones devengadas por concepto de prestaciones después de la separación del servicio presentadas por el Secretario General y pidió a éste que tomase las medidas necesarias para presentar esas obligaciones en los estados financieros de las Naciones Unidas. En la misma sección de la resolución 60/255, la Asamblea General tomó nota del resto de las propuestas formuladas por el Secretario General en su informe y pidió a éste que le presentase, en su sexagésimo primer período de sesiones, un informe que incluyera explicaciones adicionales sobre el programa de seguro médico después de la separación del servicio, un análisis de las cuestiones planteadas por la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto en su informe (A/60/7/Add.11), información actualizada sobre la situación de las obligaciones, aclaraciones respecto de las hipótesis usadas para determinar su monto y posibles estrategias para financiarlas. En el presente informe se facilita, para su examen por la Asamblea General, la información adicional solicitada en la sección III de la resolución 60/255 y se pide a la Asamblea General que apruebe las recomendaciones actualizadas con objeto de que se empiecen a financiar las obligaciones de las Naciones Unidas correspondientes a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio.

II. Programa de seguro médico después de la separación del servicio y planes de seguro médico de las Naciones Unidas

Programa de seguro médico después de la separación del servicio

7. El programa de seguro médico después de la separación del servicio hace extensivas las prestaciones previstas en los planes de seguro médico de las Naciones Unidas a los jubilados y las personas a su cargo y ofrece a éstos las mismas prestaciones que al personal en servicio activo. Un ex funcionario y las personas a su cargo cubiertas pueden seguir siendo miembros del plan de seguro médico de las Naciones Unidas al que estaban afiliados antes de la jubilación, siempre que el funcionario cumpla los requisitos establecidos en el programa de seguro médico después de la separación del servicio. En la actualidad, un funcionario puede acogerse a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio si tiene un mínimo de 55 años, ha estado afiliado a un plan de una organización del sistema de las Naciones Unidas durante un mínimo de cinco años y ha optado por

recibir una prestación de jubilación periódica o anticipada de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas. Una participación reducida en los costos de las prestaciones requiere un período mínimo de diez años de aportación. El personal que se jubile por discapacidad a cualquier edad también puede acogerse a la cobertura del seguro médico tras la separación del servicio. En la instrucción administrativa relativa al seguro médico después de la separación del servicio (ST/AI/394 de 19 de mayo de 1994) figura más información detallada sobre las reglas y normas del programa, que se puede consultar en el sitio web sobre seguros: www.un.org/insurance (véase en el anexo la información relativa a los sitios web).

Planes de seguro médico a disposición del personal jubilado y en activo

8. Los programas de prestaciones de seguro médico de las Naciones Unidas no están asegurados, sino que se autofinancian tanto para el personal en activo como para los funcionarios jubilados y las personas a su cargo cubiertas. La mayoría de los planes de jubilación y previsión de las instituciones con más de 2.000 afiliados autofinancian sus planes de atención de la salud. La autofinanciación es un medio más ventajoso desde el punto de vista financiero, dado que arroja unas corrientes de efectivo más favorables y permiten a la Organización disponer de las reservas correspondientes a las reclamaciones registradas pero no presentadas y de los beneficios de inversión conexos, ambos de los cuales obrarían de otro modo en poder de la compañía aseguradora. Si bien los planes de seguro médico de las Naciones Unidas son autofinanciados, en su administración general participan generalmente empresas externas en calidad de terceros, así como en la resolución de las reclamaciones.

9. Los planes de seguro médico de las Naciones Unidas ofrecen prestaciones de servicio médico y odontológico a los funcionarios y jubilados de las Naciones Unidas en todo el mundo, en los que también participa el personal de los fondos y programas de la Organización. Los planes que están actualmente a disposición del personal y los jubilados que pueden acogerse al seguro médico después de la separación del servicio son los siguientes:

- a) Programas disponibles en la Sede:
 - i) Organización de proveedores preferidos Aetna Open Choice;
 - ii) Organización de proveedores preferidos Empire Blue Cross Blue Shield;
 - iii) Health Insurance Plan de Nueva York;
 - iv) Organización de proveedores preferidos CIGNA Dental;
- b) Programa de seguro internacional Van Breda (en todo el mundo salvo los Estados Unidos de América);
- c) Plan de Seguro Médico para el personal de contratación local en lugares de destino designados fuera de la Sede;
- d) Mutuality de Seguros del Personal de las Naciones Unidas contra Enfermedad y Accidentes para las organizaciones radicadas en Ginebra;
- e) Seguro médico colectivo de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena y la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial con Van Breda;
- f) Plan de Seguro de Enfermedad de Austria (Wiener Gebietskrankenkasse).

10. Al igual que en la mayor parte de los actuales programas generales de seguro médico de los grandes empleadores, los planes de salud citados cubren en general del 70% al 100% de los gastos de hospitalización y el 80% de los gastos razonables y habituales de otros servicios médicos incluidos en el seguro. Los planes de salud permiten elegir a los médicos, los dentistas, las farmacias y los centros de atención médica, a reserva de ciertas restricciones y límites de reembolso. En los planes de las organizaciones de proveedores preferidos y las sociedades de seguro médico se incorporan medidas estructurales de contención del gasto en virtud de su red de proveedores, obteniéndose mediante descuentos que se han negociado con los proveedores de servicios médicos en el caso de los planes autoadministrados. Los límites máximos en las cantidades globales reembolsables y en los reembolsos de servicios médicos concretos también contribuyen a la contención del gasto. En el anexo I se ofrece una descripción general de cada uno de los planes anteriormente enumerados. En los sitios web de las Naciones Unidas, una lista de los cuales se proporciona en el anexo II, se puede consultar información más detallada sobre la cobertura de las prestaciones y las tasas de aportación en función de cada plan.

Aportaciones de los afiliados

11. Las aportaciones de los afiliados con arreglo a los planes de seguro médico de las Naciones Unidas dependen del tipo de cobertura (es decir, individual, funcionario/jubilado más uno o familiar) y de la elección del plan de salud. De conformidad con la resolución 1095 (XI) de la Asamblea General, de 27 de febrero de 1957, las aportaciones también se basan en el nivel del sueldo o la pensión, de manera que la Organización sufraga una mayor parte de los costos de las prestaciones para servicios médicos del personal y los jubilados con menores niveles de sueldo y pensión.

12. Las aportaciones del personal en activo se determinan sobre la base de los coeficientes aplicados a los sueldos netos, que en los planes basados en los Estados Unidos oscilan entre el 2,58% y el 4,16% para los funcionarios sin personas a cargo y entre el 5,82% y el 8,10% para los funcionarios con familiares a cargo. En los planes de cobertura fuera de los Estados Unidos, las tasas varían entre el 1,57% y el 6,17% para los funcionarios sin personas a cargo y entre el 3,83% y el 8,59% para los funcionarios con familiares a cargo. En el caso del Plan de Seguro Médico autoadministrado de las Naciones Unidas para el personal de contratación local del cuadro de servicios generales y cuadros conexos en lugares de destino designados fuera de la Sede, las tasas de aportación son del 1% de los sueldos para los funcionarios sin personas a cargo y del 2,25% para los funcionarios con familiares a cargo.

13. Con arreglo a los planes de la Sede, las aportaciones de los jubilados se determinan según una escala móvil con cuantías específicas repartidas en 22 intervalos correspondientes a los valores de la pensión mensual. En otros lugares de destino, las aportaciones de los jubilados se calculan atendiendo a unas tasas fijas aplicadas a la pensión, que varían del 1,58% al 3,08% para los funcionarios sin personas a cargo y del 3,16% al 4,30% para los funcionarios con familiares a cargo. Con arreglo al Plan de Seguro Médico, la tasa de aportación del personal local que está afiliado al seguro médico después de la separación del servicio se aplica a una mitad de su salario ajustado en el momento de la jubilación, ya que las escalas de sueldos locales son objeto de ajustes ocasionales.

14. En términos generales, esos intervalos y coeficientes están concebidos para que los afiliados al plan de seguro tras la separación del servicio aporten aproximadamente la mitad de lo que cotizan los funcionarios por los planes médicos y tipos de cobertura correspondientes. Tanto para el personal en activo como para los jubilados, las tasas o cuantías de cotización se revisan anualmente para que, de conformidad con la resolución 38/235 de la Asamblea General, los funcionarios en activo y los jubilados sufraguen colectivamente el 33,33% de los gastos relacionados con los planes de seguro médico de la Sede, el 50% de los gastos de los planes que ofrecen cobertura fuera de los Estados Unidos y en torno al 25% de los gastos del Plan de Seguro Médico. El objetivo de que los jubilados aporten aproximadamente la mitad de lo que cotiza el personal en servicio activo, manteniendo a un tiempo los coeficientes combinados, se logra en los planes de la Sede mediante un sistema interno de prorrateo de los gastos que no altera la relación de participación en los gastos entre la Organización y los cotizantes a los planes de seguro médico colectivamente considerados, sino que redistribuye de los funcionarios en activo a los jubilados una parte de la carga que soporta la Organización.

Comparación de la aportación de los afiliados a los planes de seguro médico con otras entidades

15. Los parámetros utilizados por las Naciones Unidas en sus programas de seguro se basan en un estudio anual de más de 2.500 instituciones de los Estados Unidos que cuentan con planes de pensiones para sus empleados o miembros. El sondeo lo realiza la empresa Mercer Human Resources Consulting de Nueva York. El estudio da cuenta de los datos de planes de gran envergadura (más de 500 empleados) y de planes gubernamentales. Las Naciones Unidas hacen uso de ambas categorías a efectos de comparación. Si bien se desconoce la identidad de las empresas u organismos gubernamentales específicos cuyos datos se incluyen en el estudio, la comparación global de los planes de las organizaciones de proveedores preferidos basada en los datos de las Naciones Unidas correspondientes a 2005 indica que el costo general que sufragan los afiliados a los programas de seguro médico de la Sede se inscribe en el mismo intervalo general que otros programas de los Estados Unidos.

16. El sitio web del Gobierno de los Estados Unidos indica que el programa de seguro médico para los funcionarios civiles federales consta de un vasto número de planes de salud con diferentes estructuras de primas en vigor en función de cada Estado y tipo de póliza. Según la guía de las prestaciones para servicios médicos de los funcionarios federales, el Gobierno sufraga el 72% de la prima media, pero no más del 75% de la prima total del plan que sea, frente al 66,67% con que sufragan las Naciones Unidas sus planes de seguro médico para el personal que presta servicio en la Sede.

17. Como ponen de manifiesto lo antedicho y el anexo I, los planes de seguro médico de las Naciones Unidas se atienen a los programas que ofrecen otras grandes organizaciones y entidades gubernamentales, tanto en lo que respecta a la cobertura médica ofrecida como a la participación general en los costos. La continuidad de la cobertura del seguro médico que garantiza el programa de seguro médico tras la separación del servicio es un elemento fundamental de la seguridad social de los funcionarios jubilados, ya que muchos de ellos no pueden acogerse a los planes nacionales de seguridad social de los Estados Miembros por haber estado al servicio

de las Naciones Unidas. El Secretario General asigna suma importancia a este programa y, por lo tanto, a la viabilidad de su base financiera, que requiere la puesta en marcha de medidas encaminadas a garantizar avances en la financiación del pasivo acumulado conexas.

III. Método y supuestos actuariales utilizados en la evaluación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio

18. Las evaluaciones actuariales de las obligaciones del seguro médico de las Naciones Unidas después de la separación del servicio son calculadas por un actuario consultor en cada estado financiero bienal. Estas prestaciones son pagaderas mientras vivan el jubilado y su cónyuge, por lo que las evaluaciones determinan el valor actual de las prestaciones previstas para cada afiliado y sus familiares tras la jubilación o defunción del funcionario, tomando en consideración la edad, la tasa de mortalidad, los años de servicio y el sexo, así como los niveles de remuneración, los supuestos económicos y las pautas del gasto médico del grupo en su conjunto.

19. El método actuarial utilizado para el cálculo de las prestaciones del régimen de pensiones y con posterioridad a la separación del servicio se basa en las unidades de crédito proyectadas, método recomendado por la norma internacional de contabilidad No. 19 y el requerido actualmente con arreglo a las normas contables internacionales del sector público, cuya aplicación en las Naciones Unidas fue aprobada por la Asamblea General en su resolución 60/283. El proyecto para comentarios No. 31 de las normas contables internacionales del sector público, publicado el 26 de octubre de 2006, es un proyecto de norma sobre prestaciones de los empleados que se fundamenta en la norma internacional de contabilidad No. 19 y también requiere el uso del método actuarial basado en las unidades de crédito proyectadas en la valoración de las prestaciones de los empleados. Con arreglo a este método, que se atiene a los preceptos de la contabilidad íntegra en valores devengados, las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio se acumulan a lo largo del servicio activo de los funcionarios y se consideran una forma de remuneración diferida. Por consiguiente, es fundamental que las obligaciones de esta prestación posterior al empleo se acumulen y sean reconocidas anualmente, dado que los funcionarios prestan servicio a cambio de unas prestaciones pagaderas en el futuro que han de estar plenamente garantizadas cuando llegue el momento de hacerlas efectivas. Esta acumulación gradual representa el costo de servicio anual del plan. También hay un costo de interés anual, dado que la cifra del pasivo acumulado se calcula como un valor actualizado de las prestaciones futuras.

20. La evaluación actuarial calcula el valor actual de las prestaciones previstas del seguro médico después de la separación del servicio haciendo uso de hipótesis actuariales, que se explican más adelante, correspondientes a cada afiliado en activo y jubilado a los programas de seguro médico de las Naciones Unidas. Puesto que el método actuarial prevé la acumulación del pasivo del seguro médico tras la separación del servicio a lo largo de la vida laboral de los empleados, se considera que una parte de la futura prestación por ese concepto se acumula cada año de servicio hasta que se reúnen plenamente los requisitos para recibir dichas

prestaciones. En consecuencia, la cifra del pasivo acumulado total del programa representa el valor actual de:

- a) Todas las obligaciones devengadas en relación con los jubilados y beneficiarios del seguro médico tras la separación del servicio;
- b) Todas las obligaciones devengadas en relación con los funcionarios en servicio activo que ya reúnen las condiciones de edad y servicio para beneficiarse del seguro médico después de la separación del servicio pero que aún no se han jubilado; y
- c) En el caso del personal que no ha cumplido aún los requisitos de edad y servicio para jubilarse y beneficiarse del seguro médico tras la separación del servicio, la parte del pasivo previsto por ese concepto que se ha acumulado desde la fecha de contratación del funcionario hasta la fecha de la evaluación.

Sin embargo, estas evaluaciones tienen en cuenta el hecho de que, en última instancia, no todos los funcionarios se acogerán al seguro médico tras la separación del servicio mediante la aplicación de supuestos actuariales, como se explica detenidamente a continuación.

21. Las principales hipótesis actuariales utilizadas en el proceso de evaluación guardan relación con la demografía, la economía y los costos y pautas de las solicitudes de reembolso médico. Los supuestos demográficos utilizados para la evaluación del seguro médico tras la separación del servicio son los mismos que los utilizados por la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (por ejemplo, tasas de mortalidad, abandono y jubilación, así como el estado civil), ya que las personas con prestaciones actuales y previstas en concepto de seguro médico tras la jubilación son un subconjunto del personal que está cubierto por el plan de pensiones de las Naciones Unidas. Los supuestos también toman en consideración el hecho de que no todo el personal podrá acogerse al programa de seguro médico tras la jubilación ni optará en última instancia por participar en él. Los supuestos económicos, como la tasa de descuento utilizada para la evaluación (5,5% en 2005), se basan en el entorno económico en la fecha en que se efectúa la evaluación. Los supuestos relativos a la atención médica incluyen los costos de las solicitudes de reembolso, que varían según el plan de prestaciones, y coeficientes de tendencia que son exponente de las expectativas de futuros incrementos de los costos de la atención médica a corto y a largo plazo. Los coeficientes tendenciales de crecimiento de la atención de la salud utilizados por el actuario consultor para la evaluación de diciembre de 2005 fueron del 10,0% en 2006, disminuyendo hasta una tasa final del 5,0% en 2014 y en lo sucesivo, para los planes médicos basados en los Estados Unidos, y del 6,75%, disminuyendo hasta una tasa final del 4,5% en 2012 y en lo sucesivo, para los planes médicos fuera de los Estados Unidos.

IV. Evaluación actualizada del pasivo del seguro médico después de la separación del servicio

22. En su informe, el Secretario General dio cuenta de que el pasivo acumulado de las Naciones Unidas ascendía a 1.484,9 millones de dólares al 31 de diciembre de 2003. El valor actuarial actualizado del pasivo acumulado por las Naciones Unidas en concepto de seguro médico tras la separación del servicio se calculó en 2.072,8 millones de dólares al 31 de diciembre de 2005. Si las Naciones Unidas

hubieran seguido en 2005 el método contable en valores devengados para las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio con arreglo a las normas contables internacionales del sector público, ese pasivo tendría que haber sido presentado en el balance de los estados financieros correspondientes al bienio terminado el 31 de diciembre de 2005¹ y no únicamente en la nota 12 a los estados financieros. Además, si la experiencia real se atiene a los supuestos actuariales, unos 409 millones de dólares (177 millones en concepto de costos de servicio y 232 millones en concepto de costos de los intereses) serían imputables a gastos del seguro médico después de la separación del servicio durante el bienio 2006-2007. Atendiendo al régimen de pagos con cargo a los ingresos corrientes, en el que sólo se aportan fondos para sufragar las solicitudes de reembolso médico de los jubilados actuales, se ha presupuestado un total de 102,7 millones de dólares (tras el ajuste) para el seguro médico después de la separación del servicio durante el bienio en curso.

23. En la dirección www.un.org/insurance del sitio web sobre reformas (véase en el anexo II la información relativa a los sitios web) se puede hallar una copia del resumen incluido en el informe sobre la evaluación actuarial de 31 de diciembre de 2005. A continuación se ofrece una comparación de los componentes del pasivo acumulado del seguro médico después de la separación del servicio al mes de diciembre de 2003 y al mes de diciembre de 2005 (en miles de dólares EE.UU.):

	<i>Pasivo acumulado en 2003</i>	<i>Pasivo acumulado en 2005</i>
Jubilados actuales	769 950	989 131
Funcionarios en activo que ya pueden acogerse a la jubilación	321 502	492 907
Funcionarios en activo que no pueden acogerse aún a la jubilación	393 398	590 791
Total	1 484 850	2 072 829

24. El aumento del pasivo acumulado entre ambos períodos de evaluación se debe fundamentalmente a cinco cambios básicos: a) el arrastre de obligaciones de un ejercicio económico a otro, dado que la evaluación representa un valor actual de costos futuros; b) la actualización de los datos censales, que reflejaban un incremento de la población en activo y jubilada de los afiliados cubiertos desde 2003; c) la actualización de las solicitudes de reembolso médico, que reflejaban unos costos superiores a los previstos; d) la actualización de los supuestos demográficos, que fueron revisados para tener en cuenta los cambios recientemente introducidos por la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas en los supuestos de mortalidad, entre otros; y e) la actualización de las tasas de descuento, del 6,0% al 5,5%, para tomar en consideración los cambios sobrevenidos en las tasas de rendimiento de las inversiones de renta fija. En el anexo III se resume la incidencia que ha tenido cada uno de esos elementos en la modificación de la evaluación del pasivo del seguro médico después de la separación del servicio entre 2003 y 2005.

¹ Véase *Documentos Oficiales de la Asamblea General, sexagésimo primer período de sesiones, Suplemento No.5 (A/61/5 (Vol. I))*.

V. Posibles estrategias de financiación del seguro médico después de la separación del servicio

25. Como se señala anteriormente, el pasivo acumulado del seguro médico después de la separación del servicio superaba los 2.000 millones de dólares al 31 de diciembre de 2005. El presupuesto actual sólo sufraga los costos del programa de seguro médico tras la separación del servicio con cargo a los ingresos corrientes para el bienio 2006-2007, sin reservar fondos para comenzar a financiar las obligaciones de dicho seguro médico. A la luz del constante crecimiento previsto del programa y el creciente nivel de las obligaciones conexas, el Secretario General considera prudente adoptar una política de financiación que sustente el proceso destinado a reservar los fondos suficientes para sufragar los gastos derivados de las obligaciones correspondientes a los afiliados al plan actual y las prestaciones futuras con miras a la financiación íntegra de tales obligaciones. A continuación se exponen posibles estrategias de financiación a tal efecto.

Primera opción

26. La primera opción consiste en financiar íntegramente el pasivo existente mediante una cuota única de los Estados Miembros destinada a sufragar la suma total de las obligaciones acumuladas, colocando el dinero en un fondo de reserva independiente a partir del cual se pagarían las prestaciones actuales y futuras del seguro médico tras la separación del servicio correspondientes a la Organización. Tras dicha cuota, la financiación íntegra se mantendría gracias a cuotas adicionales regulares, estimadas en unos 177 millones de dólares para el bienio 2006-2007, a fin de afrontar el aumento anual de las obligaciones relacionadas con las alzas anuales del costo de servicio del personal que aún no tiene pleno derecho a las prestaciones o no es objeto de una contabilidad íntegra en valores devengados, así como ajustar las ganancias o pérdidas actuariales de las inversiones y otras experiencias que puedan diferir de las provisiones basadas en los supuestos actuariales.

Segunda opción

27. La segunda opción comporta la formulación de una estrategia de financiación a largo plazo concebida especialmente para garantizar la financiación completa del programa tras un número establecido de años mediante un proceso de financiación sistemática basado en cuotas concretas de los Estados Miembros con motivo de la aprobación del presupuesto ordinario. Se calcula que haría falta una cuota de unos 550 millones de dólares por bienio a lo largo de los próximos 12 ó 13 bienios para alcanzar la financiación íntegra. Serían precisas revisiones periódicas de esa cantidad a fin de ajustar las ganancias o pérdidas actuariales de las inversiones y otras fuentes. Una vez conseguida, la financiación completa se mantendría mediante las cuotas adicionales necesarias para cubrir el incremento anual de las obligaciones relacionadas con los incrementos regulares del costo de servicio del personal que aún no tiene pleno derecho a las prestaciones o no es objeto de una contabilidad íntegra en valores devengados, así como ajustar las ganancias o pérdidas actuariales resultantes de las inversiones y otras experiencias que puedan diferir de las provisiones basadas en los supuestos actuariales.

Tercera opción

28. Una tercera opción es imputar un cargo a los gastos de los sueldos en todos los presupuestos a fin de obtener fondos suficientes para lograr la financiación íntegra dentro de un período de tiempo determinado. Esta estrategia reconoce el hecho de que el personal cuyos sueldos están financiados con cargo a todos los tipos de fondos puede acogerse a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio. El coeficiente imputado a los sueldos se debería ajustar periódicamente para garantizar la disponibilidad de las sumas necesarias para lograr la financiación íntegra. Sobre la base de los niveles de sueldo vigentes, se calcula que se necesitaría imputar a los sueldos un cargo inicial aproximado del 13,8% (lo que arrojaría aproximadamente 180,3 millones de dólares con cargo al presupuesto ordinario, 103,7 millones de dólares con cargo a los presupuestos de mantenimiento de la paz y 71,6 millones de dólares con cargo a otras fuentes extrapresupuestarias) para alcanzar la financiación íntegra en unos 12 ó 13 bienios. Se debería proceder a revisiones periódicas de este coeficiente para ajustar las ganancias o pérdidas actuariales resultantes de las inversiones y otras fuentes. Una vez conseguida la financiación completa, se debería redefinir el cargo imputado a los sueldos para sufragar el incremento anual de las obligaciones relacionadas con los aumentos regulares del costo de servicio del personal que aún no tiene pleno derecho a las prestaciones o no es objeto de una contabilidad íntegra en valores devengados, así como ajustar las ganancias o pérdidas actuariales resultantes de las inversiones y otras experiencias que puedan diferir de las previsiones basadas en los supuestos actuariales.

Cuarta opción

29. La cuarta opción combina la continuidad de los mecanismos de financiación vigentes de los gastos anuales relacionados con los jubilados con cargo a la sección de gastos especiales del presupuesto ordinario y financiación parcial con cargo a la cuenta de apoyo para las operaciones de mantenimiento de la paz con un cargo imputado a los gastos de los sueldos de todos los tipos de presupuesto para obtener la financiación íntegra del pasivo acumulado del seguro médico tras la separación del servicio en un plazo de 25 ó 30 años. Los componentes de esta estrategia de financiación son los siguientes:

a) Mantener las disposiciones de financiación vigentes de los gastos en prestaciones del seguro médico para los jubilados actuales y futuros con cargo a la sección de gastos especiales del presupuesto ordinario de las Naciones Unidas y financiación parcial con cargo a las operaciones de mantenimiento de la paz hasta que se logre la financiación íntegra. Se prevé que la estimación de 102,7 millones de dólares correspondiente al presupuesto de 2006-2007 aumente hasta unos 666 millones de dólares para 2030-2031;

b) Imputar un cargo al sueldo básico neto en todos los tipos de presupuesto a fin de recaudar fondos suficientes para atender las necesidades bienales de financiación del costo de servicio. El costo inicial se estima en 177 millones de dólares (que representa en torno al 7% de los sueldos básicos netos) para el bienio 2006-2007, aumentando hasta una cifra estimada en 538 millones de dólares para 2030-2031. Una vez se logre la financiación íntegra, el coeficiente imputable a los sueldos debería revisarse para sufragar el aumento anual de las obligaciones relacionadas con los incrementos regulares del costo de servicio del personal que aún no tiene pleno derecho a las prestaciones o no es objeto de una contabilidad

íntegra en valores devengados, así como ajustar las ganancias o pérdidas actuariales derivadas de las inversiones y otras experiencias que puedan diferir de las previsiones basadas en los supuestos actuariales.

Quinta opción

30. Esta estrategia de financiación combina elementos de las cuatro opciones precedentes y hace uso de fondos de las reservas existentes y otras fuentes. El marco conceptual de esta opción es el mismo que el propuesto por el Secretario General en su informe, que incluía y sigue incluyendo un componente de financiación no recurrente para aportar una contribución inicial de recursos a un fondo de reserva independiente del seguro médico después de la separación del servicio para alcanzar los objetivos de financiación íntegra a largo plazo, así como una financiación sistemática a largo plazo consistente en unos elementos previsibles y flexibles, aunque inciertos. Puesto que no se han consignado créditos presupuestarios para una aportación inicial de fondos, se contempló la posibilidad de recurrir a los saldos disponibles en los fondos de reserva y otras posibles fuentes de financiación como alternativa a una cuota especial a los Estados Miembros a tal efecto. Mientras que la aportación inicial anteriormente propuesta de 350 millones de dólares incluía 250 millones de dólares de saldos no comprometidos del ejercicio presupuestario 2004/2005 y de economías derivadas de la liquidación de obligaciones de períodos anteriores correspondientes a las operaciones de mantenimiento de la paz que ya no están disponibles, la estrategia general propuesta sigue constituyendo una alternativa viable.

31. El componente de la aportación inicial no recurrente de esta estrategia ha sido revisado, fijándose en una cifra de 503,5 millones de dólares que se desglosa como sigue:

a) La transferencia de 410 millones de dólares de saldos no comprometidos del ejercicio presupuestario 2005/2006 y de economías derivadas de la liquidación de obligaciones correspondientes a períodos anteriores en relación con operaciones de mantenimiento de la paz;

b) La transferencia de 61,5 millones de dólares de las reservas del seguro médico y dental, con lo que se mantendrían unas reservas con un saldo total de 91,5 millones de dólares para sufragar pagos futuros y pendientes;

c) Transferir 32 millones de dólares del Fondo de Indemnización, con lo que quedarían unos 46,9 millones de dólares para sufragar pagos futuros y pendientes.

32. La transferencia propuesta de los saldos no comprometidos y las economías con arreglo a las operaciones de mantenimiento de la paz representaba aproximadamente la mitad de esos saldos y economías al cierre del ejercicio económico 2005/2006. Aunque esa cantidad no guarda una relación directa con los costos previstos del seguro médico tras la separación del servicio en las misiones de mantenimiento de la paz que están aportando los 410 millones de dólares, los saldos se recomiendan a modo de mecanismo pragmático de financiación en lugar de solicitar a los Estados Miembros una cuota aparte. Esta recomendación reconoce el hecho de que: a) esos fondos fueron aportados por todos los Estados Miembros de conformidad con la escala de cuotas aplicable a las operaciones de mantenimiento de la paz; b) no se ha imputado hasta la fecha ningún gasto del seguro médico tras la

separación del servicio a los fondos de mantenimiento de la paz porque no ha sido factible, pese a que el personal de las operaciones de mantenimiento de la paz ha venido participando en el seguro médico después de la separación del servicio; y c) las operaciones de mantenimiento de la paz han sido una fuente considerable de obligaciones del seguro médico tras la separación del servicio, tanto en el pasado como en el presente. Tomando como base el análisis de los datos disponibles del personal de mantenimiento de la paz inscrito en la nómina de la Sede que se ha jubilado en los 10 últimos años, que no incluye al personal jubilado inscrito en las nóminas de las misiones de mantenimiento de la paz a nivel local, se calcula que el 14% de todo el personal jubilado durante ese período fue indemnizado con cargo a los fondos de mantenimiento de la paz antes de su jubilación. Si bien no es en la actualidad cuantificable, este porcentaje aumenta considerablemente si se toma en consideración al personal que se jubila de su puesto original tras haber sido asignado a misiones no establecidas. Se prevén nuevas alzas de este coeficiente ante las recientes conversiones a nombramientos de la serie 100 de personal que antes tenía contratos de la serie 300 y a medida que siga aumentando el porcentaje global de personal de la Sede asignado a misiones de mantenimiento de la paz. No es inconcebible que más del 30% del personal de las Naciones Unidas que se jubila haya estado una parte o la totalidad de su carrera al servicio de las misiones de mantenimiento de la paz. Por consiguiente, resulta adecuado en este momento transferir una cuantía sustancial de los fondos de las operaciones de mantenimiento de la paz. La transferencia propuesta reducirá aproximadamente en un 50% los créditos que se imputarían a los presupuestos de mantenimiento de la paz en 2007/2008.

33. Las reservas del seguro médico y dental sirven para sufragar las solicitudes de reembolso no registradas, a fin de evitar el riesgo de fluctuaciones adversas de dichas solicitudes, afrontar el riesgo de solicitudes catastróficas y, en el caso de los programas fuera de los Estados Unidos, sufragar las fluctuaciones cambiarias. La reserva de indemnización se estableció para atender las necesidades previstas en el apéndice D del Reglamento del Personal en relación con el personal financiado con cargo a fondos extrapresupuestarios. La transferencia propuesta de 61,5 y 32 millones de dólares, de las reservas del seguro médico y dental y de los pagos de indemnización respectivamente, no comprometerá esas reservas.

34. La transferencia de 25 millones de dólares anteriormente propuesta a partir del superávit autorizado retenido en el Fondo General de las Naciones Unidas ya no forma parte de la aportación inicial recomendada, con objeto de que la totalidad del saldo de 68,3 millones de dólares de superávit retenido quede disponible para satisfacer las necesidades de liquidez causadas por las cuotas pendientes de pago.

35. Además de la financiación no recurrente anteriormente propuesta, se propone la siguiente financiación sistemática a largo plazo destinada a alcanzar unos niveles de financiación progresivos, aunque en cierta medida indeterminados, haciendo uso de elementos de financiación tanto previsibles como flexibles:

a) Mantener las disposiciones de financiación vigentes de los gastos en prestaciones del seguro médico para los jubilados actuales como grupo cerrado mediante cantidades consignadas con cargo a la sección de gastos especiales del presupuesto ordinario, presupuestadas actualmente en 102,7 millones de dólares para el bienio 2006-2007, y financiación parcial con cargo a la cuenta de apoyo a las operaciones de mantenimiento de la paz, presupuestada actualmente en 6 millones

de dólares para el ejercicio económico 2007/2008, con lo que las necesidades combinadas se incrementarán a lo largo de los 10 próximos años hasta unos 150 millones de dólares por bienio para disminuir después gradualmente a causa del fallecimiento de los participantes en este grupo;

b) Establecer un cargo inicial equivalente al 8% de los gastos en concepto de sueldos básicos netos respecto de todos los tipos de presupuesto, que recaudaría inicialmente unos 206 millones de dólares (104,5 millones con cargo al presupuesto ordinario, 60 millones con cargo a los presupuestos de mantenimiento de la paz y 41,5 millones con cargo a otras fuentes extrapresupuestarias) en el bienio 2006-2007;

c) Usar, en caso de haberlo, el saldo no utilizado de las consignaciones finales hechas con cargo al presupuesto ordinario y los presupuestos de mantenimiento de la paz;

d) Utilizar, en caso de haberlo, el exceso de los ingresos diversos reales respecto de las estimaciones presupuestarias;

e) Utilizar las economías derivadas de la liquidación de obligaciones correspondientes a períodos anteriores.

36. Las cuatro primeras opciones de financiación descritas en los párrafos 26 a 29 *supra* traen aparejada una financiación íntegra, bien inmediata o prevista en un período de 24 a 30 años. El nivel de financiación factible con arreglo a la quinta opción descrita en los párrafos 30 a 35 *supra* no es susceptible de proyección, dado que no se puede prever plenamente la magnitud de los fondos que pueden recaudarse a partir de las fuentes de financiación indicadas en los apartados b) a e) del párrafo 35 *supra*. Con todo, la estrategia allana el camino para comenzar a financiar el pasivo acumulado de la Organización, sobreentendiéndose que los resultados de esta estrategia requerirán un examen actuarial periódico para determinar el nivel de financiación conseguido y ajustar las tasas imputables a los sueldos o proponer a los Estados Miembros las cuotas especiales que resulten necesarias para garantizar un aumento coherente y sistemático del nivel de financiación.

37. Como se refleja en la estrategia de financiación propuesta por el Secretario General en su informe, la estrategia de financiación a largo plazo descrita en la quinta opción propone una serie de economías con cargo al presupuesto ordinario y los presupuestos de las operaciones de mantenimiento de la paz como posible fuente de financiación recomendada del seguro médico tras la separación del servicio. Esas posibles economías no representan ahorros sostenibles basados en una mayor eficiencia, que han de transferirse al fondo de desarrollo previa aprobación de la Asamblea General, sino que son más bien economías fortuitas e imprevistas que de otro modo se restituirían a los Estados Miembros. Toda decisión de ajustar el coeficiente imputable a los sueldos, como se indica en el párrafo 36 *supra*, se adoptará sin prever ningún ahorro potencial ante la falta de una fiabilidad sistemática de dichos fondos. Sin embargo, en caso de que esas economías se materialicen esta opción propone el recurso a tales ahorros para complementar la financiación alcanzada de otro modo gracias al cargo imputado a los sueldos. La inclusión de esas posibles fuentes de financiación en la estrategia de financiación no conduciría a una posible sobrepresupuestación, dado que las economías no se pueden destinar automáticamente a financiar el seguro médico después de la separación del servicio. Si las economías se materializan, su utilización para

financiar el seguro médico tras la separación del servicio requeriría una autorización específica para suspender la normativa financiera a tal efecto. Las cinco posibles estrategias de financiación del seguro médico después de la separación del servicio que se describen anteriormente se resumen a continuación (en millones de dólares EE.UU.):

	Opción									
	1		2		3		4		5	
	2006- 2007	A partir de 2008	2006- 2007	A partir de 2008	2006- 2007	A partir de 2008	2006- 2007	A partir de 2008	2006- 2007	A partir de 2008
Cuota no recurrente	2 072,8									
Cuotas regulares	177,0	177,0 ^a	550,0	550,0 ^b			102,7	102,7-666,0 ^b	102,7	102,7-150,0 ^d
Cargo imputado a los sueldos					355,6	355,6 ^c	177,0	177,0-538,0 ^b	206,0	206,0 ^e
Aportación no recurrente									503,5	
Saldos no utilizados, economías y excedente de ingresos varios										Sólo si están disponibles
Total	2 249,8	177,0	550,0	550,0	355,6	355,6	279,7	279,7-1 204,0	812,2	308,7-356,0

^a Contribución recurrente.

^b Para lograr la financiación íntegra en 12 ó 13 bienios, con cuotas regulares adicionales subsiguientes para mantener la financiación íntegra.

^c 13,8% de los sueldos, aumentándose la cuantía a medida que suban los niveles de sueldo, con objeto de alcanzar la financiación íntegra en 12 ó 13 bienios, con tasas ajustadas ulteriores para mantener la financiación íntegra.

^d Gastos estimados para financiar las jubilaciones actuales como grupo aparte, variando del nivel actual de 102,7 millones de dólares a 150 millones para cinco bienios y disminuyendo posteriormente.

^e 8 % de los sueldos, aumentándose la cuantía a medida que suban los niveles de los sueldos.

38. Si bien las estrategias de financiación descritas anteriormente en las opciones 1 a 3 (véanse los párrafos 26 a 28 *supra*) permitirán la financiación íntegra de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio de las Naciones Unidas dentro de un plazo definitivo, es considerable el nivel de las cuotas y los cargos imputados a los sueldos que resultan necesarios para alcanzar las sumas requeridas. En consecuencia, estas opciones de financiación no se consideran factibles. En el marco de la cuarta opción (véase el párrafo 29 *supra*), la financiación completa es factible si se adopta una estrategia de financiación a largo plazo que combine la financiación regular de las obligaciones del seguro médico de los jubilados actuales y futuros con cargo a la sección de gastos especiales del presupuesto ordinario y financiación parcial con cargo a la cuenta de apoyo de mantenimiento de la paz con un cargo sistemático imputado a los gastos de los sueldos en todos los tipos de presupuesto, con un coeficiente que permita recaudar fondos suficientes para cumplir el objetivo de financiación íntegra. Aunque esta opción ofrece un enfoque sistemático directo con miras a la consecución progresiva de la financiación completa de las obligaciones del seguro médico de los jubilados de las Naciones Unidas en un plazo de 25 a 30 años, se prevé un rápido aumento de las cuantías requeridas con cargo a la sección de gastos especiales del presupuesto ordinario y la cuenta de apoyo a las operaciones de mantenimiento de la paz para sufragar las necesidades anuales de un número creciente de afiliados suponiendo

una carga indebida para el presupuesto ordinario, dado que una parte cada vez mayor de los afiliados, jubilados que ocupaban puestos financiados con cargo a fuentes extrapresupuestarias, no efectuarán aportaciones.

39. La quinta opción (véase el párrafo 30 *supra*) es una estrategia de financiación en dos niveles encaminada a iniciar y aumentar progresivamente el nivel de financiación del pasivo acumulado del seguro médico de los jubilados a largo plazo. Propone una aportación inicial de 503,5 millones de dólares a partir de las fuentes señaladas en el párrafo 31 *supra*, así como una estrategia de financiación a largo plazo que combina la financiación regular de las obligaciones del seguro médico de los jubilados actuales como grupo aparte con cargo a la sección de gastos especiales del presupuesto ordinario y financiación parcial con cargo a la cuenta de apoyo a las operaciones de mantenimiento de la paz con un cargo sistemático imputado a los gastos de los sueldos en todos los tipos de presupuesto, con un coeficiente variable fijado inicialmente en el 8%, complementando esos fondos en la medida de lo posible con economías presupuestarias que de otro modo serían restituidas a los Estados Miembros. Este enfoque trata a los jubilados actuales como un grupo aparte para el que se propone una financiación sostenida con cargo a la sección de gastos especiales del presupuesto ordinario y financiación parcial con cargo a la cuenta de apoyo a las operaciones de mantenimiento de la paz ya que no se dispone de un mecanismo práctico que permita determinar las fuentes de financiación a las que se imputaron los costos de los jubilados actuales a lo largo de su servicio activo en la Organización. Este enfoque lleva implícito el hecho de que la financiación de los gastos anuales del seguro médico de los nuevos jubilados procederá del cargo imputado a los sueldos. Puesto que los gastos de apoyo a los programas que se aplican en la actualidad a las actividades extrapresupuestarias no prevén la financiación de las prestaciones del seguro médico tras la separación del servicio, se recomienda la imputación de una tasa uniforme a los sueldos en todos los tipos de fondo, incluidos los extrapresupuestarios, para financiar específicamente el seguro médico tras la separación del servicio. Habida cuenta de que el cargo imputado a los sueldos en el marco de esta opción es inferior a la cantidad que sería necesaria para obtener fondos suficientes con miras a una financiación íntegra, a mediano o largo plazo se prevé la necesidad de fondos adicionales. Serán precisos exámenes actuariales regulares para determinar la incidencia que tendría la utilización de las economías, llegado el caso, en los niveles de financiación y la medida en que se requeriría un cambio en el coeficiente imputable a los sueldos o una cuota especial de los Estados Miembros para garantizar un incremento sistemático sostenido en los niveles de financiación y, en última instancia, la financiación íntegra.

40. Como se señala anteriormente, la estrategia de financiación descrita en la quinta opción es una versión actualizada de la estrategia propuesta por el Secretario General en su informe. El Secretario General sigue proponiendo esta alternativa financiera, ya que representa una estrategia especial de financiación a largo plazo que ofrece unos niveles de aportación previsibles y flexibles coadyuvantes a asegurar una reserva periódica de fondos suficientes para cubrir los gastos de los afiliados actuales, financiando también progresivamente las obligaciones correspondientes a las prestaciones futuras. No obstante, habida cuenta del incierto nivel de financiación que se puede conseguir recurriendo a las economías, el plazo necesario para alcanzar la financiación íntegra no se puede predecir con precisión.

41. En el caso de todas las posibilidades de financiación presentadas, será preciso el examen periódico del actuario a fin de garantizar la validez actuarial de la

financiación y determinar en qué medida serán necesarios fondos adicionales en forma de cuotas especiales o mediante el incremento del porcentaje imputable a los sueldos con objeto de alcanzar la financiación íntegra y mantenerla ulteriormente. También deberá establecerse un fondo de reserva independiente para el seguro médico después de la separación del servicio en cada una de las opciones de financiación descritas. Las transferencias iniciales a esta reserva se invertirán en valores a corto y mediano plazo administrados por la Tesorería de las Naciones Unidas atendiendo a los principios y políticas comunes de las Naciones Unidas en materia de inversiones. Posteriormente se formulará una estrategia de inversión pormenorizada encaminada a satisfacer las necesidades de liquidez previstas a largo plazo para el fondo de reserva independiente del seguro médico después de la separación del servicio. Esta estrategia de inversión será presentada a la Asamblea General por mediación de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto en caso de que se autorice la creación de un fondo de reserva independiente y se apruebe un mecanismo de financiación propuesto. Se han entablado conversaciones con el servicio de gestión de las inversiones de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas con miras a su administración de las reservas del seguro médico después de la separación del servicio.

VI. Revisiones de las disposiciones del seguro médico después de la separación del servicio

42. El Secretario General propuso en su informe una serie de revisiones del programa de seguro médico tras la separación del servicio destinadas a reducir los costos de dichas prestaciones en el futuro. La Comisión Consultiva recomendó la aprobación de las propuestas, por lo que se someten nuevamente a la consideración de la Asamblea General con una revisión. A la luz de las iniciativas en marcha para armonizar las condiciones de servicio, la revisión propuesta de los requisitos necesarios para optar al seguro médico tras la jubilación ha sido modificada para que los nuevos funcionarios coticen durante un mínimo de diez años a los planes de seguro médico de las Naciones Unidas para poder acogerse al programa de seguro médico después de la separación del servicio, así como a recibir prestaciones subvencionadas en su marco. Con esta modificación se aumenta de cinco a diez años el período mínimo de servicio necesario, eliminando así la opción de adquisición de derechos después de cinco años de afiliación para todos los nuevos funcionarios contratados una vez aprobada la revisión. Se mantendría el requisito actual de 10 años de servicio para optar a la subvención de las prestaciones, en lugar de aumentarlo hasta 15 años, como se proponía anteriormente. Todas las demás revisiones se siguen recomendando en la versión propuesta anteriormente por el Secretario General en su informe, incluyéndose seguidamente en la sección XI las medidas pertinentes solicitadas.

VII. Tribunal Internacional para la ex Yugoslavia

43. En el informe de evaluación del Tribunal Internacional para la ex Yugoslavia actualizado al 31 de diciembre de 2005 se calcula el pasivo acumulado en 17,5 millones de dólares en cifras netas, frente a 9,4 millones de dólares al 31 de diciembre de 2003. No se ha financiado parte alguna de ese pasivo, en espera de que

se establezca un mecanismo de financiación aprobado por la Asamblea General. El Tribunal se estableció como órgano temporal; por consiguiente, se debe iniciar de inmediato la financiación del pasivo acumulado y de la acumulación de los costos corrientes de servicio. Es necesario lograr una financiación anual para sufragar los costos corrientes de servicio y los costos en concepto de intereses, así como amortizar los 17,5 millones de dólares de pasivo acumulado neto durante los años restantes de existencia del Tribunal. En la sección XI del presente informe se incluyen las propuestas revisadas presentadas a la Asamblea General para que apruebe un cargo del 8% imputado a los sueldos anuales y la financiación con cargo a las economías derivadas de la liquidación de obligaciones correspondientes a años anteriores y a cualquier exceso de los ingresos diversos reales respecto a las cantidades presupuestadas. El cargo del 8% imputado a los sueldos arrojaría aproximadamente 4,1 millones de dólares, con los que se espera sufragar los 4,1 millones estimados como costos corrientes de servicios y costos en concepto de intereses correspondientes a 2007. Cualesquiera insuficiencias en la financiación del pasivo deben ser incluidas en el informe bienal de ejecución financiera y considerarse como parte de las formulaciones presupuestarias en futuros bienios. Habida cuenta de la disolución del Tribunal en el futuro, será necesario tener en cuenta los pasivos acumulados sin financiación prevista del personal del Tribunal y asegurar que las cantidades residuales hayan sido financiadas totalmente antes de dicha disolución.

VIII. Tribunal Penal Internacional para Rwanda

44. En el informe de evaluación del Tribunal Penal Internacional para Rwanda actualizado al 31 de diciembre de 2005 se calcula el pasivo acumulado en 24,7 millones de dólares en cifras netas, frente a los 13,1 millones de dólares estimados al 31 de diciembre de 2003. No se ha financiado parte alguna de ese pasivo, en espera de que se establezca un mecanismo de financiación aprobado por la Asamblea General. El Tribunal se estableció como órgano temporal; por consiguiente, se debe iniciar de inmediato la financiación del pasivo acumulado y de la acumulación de los costos corrientes de servicio. Es necesario lograr una financiación anual para sufragar los costos corrientes de servicio y los costos en concepto de intereses, así como amortizar los 24,7 millones de dólares de pasivo acumulado neto durante los años restantes de existencia del Tribunal. En la sección XI se incluyen las propuestas revisadas presentadas a la Asamblea General para que apruebe un cargo del 8% imputable a los sueldos anuales y la utilización de las economías derivadas de la liquidación de obligaciones correspondientes a años anteriores y de cualquier exceso de los ingresos diversos reales respecto de las cantidades presupuestadas, con objeto de financiar parcialmente el pasivo. El cargo del 8% imputable a los sueldos arrojaría un total aproximado de 3,3 millones de dólares de los 4,7 millones estimados como costos corrientes de servicio y en concepto de intereses correspondientes a 2007. Cualesquiera insuficiencias en la financiación del pasivo deben ser incluidas en el informe bienal de ejecución financiera y considerarse como parte de las formulaciones presupuestarias en futuros bienios. Habida cuenta de la disolución del Tribunal en el futuro, será necesario tener en cuenta los pasivos acumulados sin financiación prevista del personal del Tribunal y asegurar que las cantidades residuales hayan sido financiadas totalmente antes de dicha disolución.

IX. Comisión de Indemnización de las Naciones Unidas

45. En el informe de evaluación de la Comisión de Indemnización de las Naciones Unidas actualizado al 31 de diciembre de 2005 se calcula el pasivo acumulado en 2,9 millones de dólares en cifras netas. No se ha financiado parte alguna de ese pasivo, en espera de que se establezca un mecanismo de financiación aprobado por la Asamblea General. La Comisión ha determinado que 10 de sus funcionarios en activo deben jubilarse antes de la disolución de la institución, por lo que el pasivo acumulado representa los gastos relacionados con dichas personas y con los cinco jubilados actuales. Habida cuenta de la disolución de la Comisión en el futuro, será necesario tener en cuenta los pasivos acumulados sin financiación prevista del personal jubilado de la Comisión y asegurar que las cantidades residuales hayan sido financiadas totalmente antes de dicha disolución.

X. Conclusiones

46. Previo examen del informe del Secretario General sobre las obligaciones correspondientes a las prestaciones para servicios médicos después de la separación del servicio y la financiación propuesta, así como del informe conexo de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto, la Asamblea General, en la sección III de su resolución 60/255, reconoció las obligaciones devengadas por concepto de prestaciones después de la separación del servicio y pidió al Secretario General que tomase las medidas necesarias para presentar esas obligaciones en los estados financieros de las Naciones Unidas. Esa misma disposición también se contempla en el marco de la decisión recientemente aprobada para que las Naciones Unidas adopten las normas contables internacionales del sector público. Si bien el pasivo del seguro médico después de la separación del servicio pasa a figurar en el balance de la Organización en virtud de tal medida, también se debe adoptar una estrategia de financiación sistemática a fin de asegurar que se disponga de recursos suficientes para sufragar todas las obligaciones futuras. Como se prevé que los recursos necesarios para sufragar los desembolsos aumenten rápidamente, lo prudente es comenzar a destinar fondos con regularidad para establecer una reserva que permita sufragar esos gastos y evitar así una carga financiera excesiva en años subsiguientes.

47. En el presente informe se ofrece la información adicional y la evaluación actualizada del pasivo solicitadas por la Asamblea General en la sección III de su resolución 60/255 y se exponen cinco posibles estrategias para financiar la obligación que incumbe a las Naciones Unidas de garantizar las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio. Esta estrategia no modifica el planteamiento definido en el informe del Secretario General, aunque sí se revisan elementos concretos tomando en consideración el paso del tiempo y un cambio sobrevenido en las fuentes de financiación disponibles. Por consiguiente, el cargo anteriormente propuesto del 4% imputable a los gastos de los sueldos en todos los tipos de presupuesto ha sido revisado al alza, siendo ahora del 8%. En caso de que la Asamblea General apruebe la propuesta para financiar las obligaciones de las Naciones Unidas mediante un cargo del 8% imputable al costo de los sueldos y mediante los superávits, los Estados Miembros deberían incrementar sus desembolsos en concepto de cuotas o promesas de contribución.

48. El presente informe ofrece valores actualizados de las obligaciones establecidos sobre la base de los estudios actuariales efectuados al 31 de diciembre de 2005. Como señala el Secretario General en su informe y se reitera en el presente, será necesario actualizar los estudios actuariales con regularidad a fin de establecer de modo más exacto las necesidades anuales de financiación, teniendo presentes los niveles de financiación alcanzados, y tomar en consideración los cambios registrados en relación con los afiliados, los derechos a prestaciones y las tendencias generales de la economía y de los costos médicos. De modo análogo, los métodos de financiación y el porcentaje del sueldo pagado en concepto de aportación deberán ser frecuentemente reexaminados.

49. El Secretario General otorga suma importancia al plan de seguro médico después de la separación del servicio, pues es un elemento fundamental de seguridad social para los funcionarios que se jubilan, muchos de los cuales no pueden beneficiarse de los planes de la seguridad social nacional de los Estados Miembros por haber estado al servicio de las Naciones Unidas. Habida cuenta de la magnitud del pasivo del seguro médico después de la separación del servicio, es imposible financiar íntegramente las obligaciones acumuladas de las Naciones Unidas a corto o mediano plazo. La adopción de una estrategia de financiación centrada específicamente en alcanzar progresivamente y a largo plazo la financiación íntegra del pasivo acumulado servirá para garantizar la viabilidad financiera del programa.

XI. Medidas que debe adoptar la Asamblea General

50. **Las medidas que la Asamblea General debe adoptar para financiar el pasivo acumulado actualmente por las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio en las Naciones Unidas, el Tribunal Internacional para la ex Yugoslavia, el Tribunal Penal Internacional para Rwanda y la Comisión de Indemnización de las Naciones Unidas, así como para financiar el incremento anual de las obligaciones correspondientes a los funcionarios en activo de esas organizaciones y de cualesquiera otras respecto de las cuales las Naciones Unidas hayan asumido la responsabilidad de llevar las cuentas, son las siguientes:**

a) Aprobar el establecimiento de una cuenta especial independiente para un fondo de reserva del seguro médico después de la separación del servicio que se utilizará para sufragar las obligaciones actuales y futuras del seguro médico;

b) Aprobar la financiación de las obligaciones actuales y futuras del seguro médico después de la separación del servicio de las Naciones Unidas con efecto a partir del 1° de enero de 2007 y transferirla a la cuenta especial establecida para el fondo de reserva de dicho seguro médico, del modo siguiente:

i) Financiación inicial de 503,5 millones de dólares:

a. Transferir 410,0 millones de dólares de saldos no comprometidos y de economías derivadas de la liquidación de obligaciones correspondientes a períodos anteriores de operaciones de mantenimiento de la paz, a finales del ejercicio económico de 2005/06;

b. Transferir una cantidad de 61,5 millones de dólares de las reservas del seguro médico y dental;

c. Transferir una cantidad de 32,0 millones de dólares del Fondo de Indemnización para financiar parcialmente las obligaciones de las Naciones Unidas;

ii) **Financiación de carácter ordinario:**

a. Continuar haciendo consignaciones bienales y proporcionando financiación parcial con cargo a las consignaciones anuales para la cuenta de apoyo a las operaciones de mantenimiento de la paz para sufragar el pago de los subsidios que reciben los afiliados actuales del seguro médico después de la separación del servicio;

b. Establecer un cargo equivalente al 8% de los gastos en sueldos que se imputará a los presupuestos en que se consignan los sueldos del personal;

c. Usar el saldo no utilizado de las consignaciones hechas con cargo al presupuesto ordinario y los presupuestos para el mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas;

d. Transferir todo exceso de los ingresos diversos reales respecto de los ingresos estimados;

e. Transferir las economías derivadas de la liquidación de obligaciones correspondientes a periodos anteriores;

c) Aprobar los cambios en las disposiciones del seguro médico después de la separación del servicio en relación con los nuevos funcionarios contratados, de la manera siguiente:

i) Adaptar los requisitos para tener derecho al seguro médico y a la subvención a una afiliación mínima de 10 años a los planes de seguro médico de las Naciones Unidas, suprimiendo la opción de adquisición de derechos después de cinco años de afiliación;

ii) Introducir la aplicación de una pensión teórica correspondiente a un mínimo de 25 años de servicio como base para evaluar las aportaciones de los jubilados, en lugar de utilizar el número real de años de servicio cuando ese número sea menor de 25 años;

iii) Introducir un requisito de afiliación mínima para que las personas a cargo tengan derecho al seguro médico después de la separación del funcionario, consistente en un período mínimo de cinco años de afiliación en el momento de la jubilación del funcionario de las Naciones Unidas, o de dos años si el cónyuge tiene un seguro de otro empleador o de un gobierno nacional, excepto en los casos en que el funcionario haya adquirido nuevas personas a cargo en ese período que hayan quedado afiliadas dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha efectiva de adquisición de la condición de persona a cargo;

d) Aprobar la financiación de las obligaciones actuales y futuras del seguro médico después de la separación del servicio del Tribunal Internacional

para la ex Yugoslavia con efecto a partir del 1° de enero de 2007, del modo siguiente:

- i) Establecer un cargo equivalente al 8% de los gastos en sueldos del Tribunal Internacional a fin de financiar sus obligaciones;
 - ii) Transferir cualquier exceso de los ingresos diversos reales del Tribunal respecto de sus ingresos estimados;
 - iii) Utilizar las economías derivadas de la liquidación de obligaciones del Tribunal correspondientes a períodos anteriores;
 - iv) Usar el saldo no utilizado de las consignaciones hechas con cargo a los presupuestos bienales del Tribunal;
- e) Aprobar la financiación de las obligaciones actuales y futuras del Tribunal Penal Internacional para Rwanda con efecto a partir del 1° de enero de 2007, del modo siguiente:
- i) Establecer un cargo equivalente al 8% de los gastos en sueldos del Tribunal a fin de financiar sus obligaciones;
 - ii) Transferir cualquier exceso de los ingresos diversos reales del Tribunal respecto de sus ingresos estimados;
 - iii) Utilizar las economías derivadas de la liquidación de obligaciones del Tribunal correspondientes a períodos anteriores;
 - iv) Usar el saldo no utilizado de las consignaciones hechas con cargo a los presupuestos bienales del Tribunal;
- f) Aprobar la financiación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio de la Comisión de Indemnización de las Naciones Unidas como parte de los gastos de disolución de la Comisión.

51. De conformidad con la aprobación por la Asamblea General de las medidas indicadas anteriormente, se establecerían, respecto de las Naciones Unidas, el Tribunal Internacional para la ex Yugoslavia, el Tribunal Penal Internacional para Rwanda y la Comisión de Indemnización de las Naciones Unidas, diferentes cuentas especiales para las prestaciones con posterioridad a la jubilación y las primas de los jubilados. Esas cuentas se utilizarían para registrar todas las transacciones de las diversas fuentes mencionadas anteriormente y para registrar los gastos corrientes del seguro médico después de la separación del servicio. Todos los saldos de esas reservas se destinarán al seguro médico después de la separación del servicio con objeto de garantizar la disponibilidad de fondos suficientes para sufragar los gastos futuros.

Anexo I

Descripción de los planes que se ofrecen en el marco del programa de seguro médico de las Naciones Unidas

1. Si bien los planes Aetna Open Choice, Empire Blue Cross Blue Shield y CIGNA Dental de la Sede están concebidos para prestar una cobertura apropiada en los Estados Unidos, todos ellos proporcionan una cobertura internacional a los funcionarios en activo y jubilados y están estructurados como organizaciones de proveedores preferidos. Estas organizaciones son sistemas colectivos de atención de la salud organizados por las distintas compañías de seguros, en cuyo marco los médicos, los encargados de prestar servicios de atención de la salud de todos los tipos, los hospitales y las clínicas firman contratos con el sistema de las organizaciones de proveedores preferidos para atender las necesidades de sus afiliados. Los proveedores de servicios médicos, los cuales se consideran “participantes en la red”, aceptan la escala de honorarios de la organización de proveedores preferidos y las directrices para su atención médica dirigida. Los afiliados pagan una parte del costo de cada prestación médica recibida (“copago”). Cada uno de los afiliados paga también de su propio bolsillo una franquicia anual antes de que el plan comience a hacerse cargo de los honorarios médicos correspondientes a los servicios prestados fuera de la red. La estructura de los planes de las organizaciones de proveedores preferidos alienta el recurso de los afiliados a los médicos, otros encargados de prestar servicios médicos y hospitales de la red del plan, dado que en estos casos se reembolsa una proporción más alta de los gastos médicos.

2. Las organizaciones de servicios preferidos Aetna Open Choice y Empire Blue Cross Blue Shield son planes autofinanciados que proporcionan una cobertura ilimitada a los funcionarios en activo y separados del servicio en el mundo entero. En el marco de estos planes se reembolsan los servicios hospitalarios a pacientes ambulatorios e internados, los servicios (médicos) profesionales, la atención preventiva, la salud mental y los servicios y medicamentos relacionados con el abuso de sustancias adictivas. Con arreglo al plan Blue Cross, los servicios hospitalarios se reembolsan íntegramente si éstos son prestados por un hospital participante en la ocupación de servicios preferidos, mientras que el reembolso es del 80% en el caso de un hospital no participante. Con arreglo al plan Aetna, los servicios hospitalarios prestados dentro y fuera de la red se reembolsan en un 100%. En el caso de los planes Aetna y Blue Cross, al afiliado se le cobran 10 dólares en concepto de “copago” por los servicios profesionales prestados por un médico participante en la red de la organización de proveedores preferidos (en el caso de un número contado de servicios concretos, el “copago” es de 35 dólares). Cuando un afiliado recibe tratamiento de un médico que no es miembro de la red pertinente de la organización de proveedores preferidos, se reembolsará al médico el 80% de los gastos razonables y habituales. Se cobrará al funcionario una franquicia y, tras el reembolso del 80%, deberá pagar el saldo adeudado. Los medicamentos de venta con receta están cubiertos cuando se obtienen en una farmacia de la red a un costo máximo para el afiliado de 15 dólares por receta. Cuando se recurre a una farmacia fuera de la red, los planes cubren el 60% del costo en los Estados Unidos de América y el 80% fuera de este país. El nivel máximo de gastos corrientes reembolsables por año civil asciende a 1.150 dólares por afiliado y a 2.950 dólares por familia con arreglo al plan Blue Cross y a 1.125 dólares por afiliado y

3.375 dólares por familia con arreglo al plan Aetna, tras lo cual ambos planes reembolsan íntegramente la mayoría de los gastos médicos.

3. El Health Insurance Plan de Nueva York es una sociedad de seguro médico que brinda cobertura médica a los funcionarios en activo y jubilados de las Naciones Unidas residentes en Nueva York. Se ajusta al concepto seguro colectivo que abona íntegramente por anticipado la asistencia médica y hospitalaria; es decir, no hay gastos corrientes reembolsables para el afiliado por los servicios cubiertos en numerosos grupos médicos participantes en la zona del gran Nueva York. El plan cubre el costo del tratamiento de urgencia necesario en cualquier lugar del mundo, fuera de la zona metropolitana de Nueva York. El plan de la sociedad de seguro médico Health Insurance Plan abarca los servicios hospitalarios a pacientes ambulatorios e internados, los servicios (médicos) profesionales, la atención preventiva, la salud mental y los servicios y medicamentos relacionados con el abuso de sustancias adictivas. Se cobra a los afiliados 5 dólares por receta extendida.

4. El programa de la organización de proveedores preferidos CIGNA Dental es autofinanciado y presta sus servicios a los funcionarios en activo y separados del servicio en el mundo entero. En el marco del programa dental se reembolsan los servicios de diagnóstico, atención preventiva y rehabilitación. Los reembolsos están sujetos a un límite global máximo de 2.250 dólares por afiliado y año. Los servicios de ortodoncia están sujetos a un límite máximo independiente que asciende a 2.250 dólares a lo largo de la vida del afiliado.

5. El programa Van Breda es un seguro médico mayor integral de cuyas prestaciones se benefician los funcionarios en activo y separados del servicio que trabajan o residen en todas las partes del mundo, a excepción de los Estados Unidos. Van Breda ha negociado precios de descuento en numerosos hospitales y clínicas del mundo entero, incluso en los Estados Unidos. Van Breda cubre los gastos de hospitalización, los servicios de atención hospitalaria a pacientes ambulatorios, los servicios profesionales y los medicamentos. En el marco del plan se reembolsan los gastos razonables y habituales en concepto de tratamientos médicos y hospitalarios en caso de enfermedad, accidente o maternidad, por una cuantía máxima de 250.000 dólares por persona asegurada y año civil. También cubre los gastos relacionados con la atención odontológica, otológica y oftalmológica. Se reembolsa la totalidad de los gastos razonables y habituales en concepto de servicios de hospitalización. Se sufraga el 80% de los gastos razonables y habituales en concepto de atención hospitalaria a pacientes ambulatorios, servicios profesionales y medicamentos, con unos límites máximos de 200 dólares por afiliado y 600 dólares por familia en concepto de “copago” cada año civil. Cuando se llega a este límite máximo por año civil, el programa reembolsa el 80% del 20% restante en lo que queda de año civil y, en adelante, el 96% de los gastos razonables y habituales. Los funcionarios en activo y jubilados que tienen el seguro Van Breda pueden elegir libremente a los profesionales de la medicina que deseen sin que varíe el monto reembolsable de los gastos médicos cubiertos, independientemente del profesional que preste el servicio. Sin embargo, la cobertura diaria máxima de los gastos de hospitalización (fijada actualmente en 600 dólares) limita la cuantía del reembolso en los casos en que se recibe tratamiento en zonas de alto costo, como Nueva York.

6. La Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas contra Enfermedad y Accidentes es una mutualidad de seguro de salud autoasegurada y

autoadministrada que cubre a los funcionarios en activo y jubilados, así como a sus respectivas personas a cargo, de las entidades de la Secretaría con sede en Ginebra (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 Derechos Humanos, la Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados, la Comisión Económica para Europa, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios, la Oficina de Servicios de Supervisión Interna y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente), los programas, los organismos especializados, los órganos subsidiarios y otras entidades de las Naciones Unidas (como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización Meteorológica Mundial, la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial, el Centro de Comercio Internacional, la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, el Instituto de las Naciones Unidas para Formación Profesional e Investigaciones, la Comisión de Indemnización de las Naciones Unidas, el Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, el Instituto de las Naciones Unidas de Investigación sobre el Desarme y la Dependencia Común de Inspección). También ofrece un seguro de salud al mismo grupo de personas en las organizaciones con sede en Bonn (Alemania) (los Voluntarios de las Naciones Unidas, la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y la Convención de las Naciones Unidas de lucha contra la desertificación) y en Turín (Italia) (la Escuela Superior del Personal del Sistema de las Naciones Unidas). La cobertura es de alcance mundial y los miembros de la Mutualidad pueden elegir libremente al proveedor de servicios médicos que deseen. Dado que un 65% de los afiliados reside en la región de Ginebra, la Mutualidad ha establecido una red de profesionales de la salud seleccionados en esa región, con quienes se han negociado honorarios preferenciales, junto con otros planes de seguro de organizaciones internacionales en Ginebra (a saber, el Laboratorio Europeo de Física de las Partículas, la Organización Internacional del Trabajo/la Unión Internacional de Telecomunicaciones y la Organización Mundial de la Salud). La Mutualidad ha adoptado varias medidas para contener los riesgos. Por ejemplo, los reembolsos a un afiliado que ha recibido atención médica fuera de su lugar de destino o domicilio, en donde los costos médicos sean más elevados que en Ginebra, se limitan al costo equivalente en Ginebra. Existen otras medidas para hacer frente a situaciones locales concretas, como el caso de la hospitalización en los Estados Unidos, donde la Mutualidad utiliza un intermediario o una red establecida por el mismo intermediario para que negocie los precios. La Mutualidad reembolsa los servicios hospitalarios a pacientes ambulatorios e internados, los servicios (médicos) profesionales, la atención preventiva, la salud mental y los servicios y medicamentos relacionados con el abuso de sustancias adictivas, los medicamentos, el tratamiento odontológico y las gafas recetadas. Los gastos de hospitalización están cubiertos en un 75%, un 90% o un 100%, dependiendo del tipo de habitación o centro hospitalario. Los honorarios correspondientes a intervenciones quirúrgicas se reembolsan en un 90%. Se suelen cubrir otros servicios médicos en un 80%. Algunos tratamientos y servicios, como el tratamiento odontológico, los gastos ópticos, la fisioterapia y la sicoterapia tienen créditos anuales máximos y limitaciones relativas al número de sesiones y las cuantías reembolsables. En algunos casos (hospitalizaciones, honorarios médicos, convalecencia postoperatoria), se pueden obtener prestaciones adicionales cuando la cuota pagada asciende a 2.800 francos suizos por afiliado durante un año civil.

7. El Plan de Seguro Médico es un programa de prestaciones para servicios médicos autofinanciado y autoadministrado que se ofrece al personal de contratación local y a los antiguos funcionarios en lugares de destino fuera de la Sede. El Plan cubre los servicios hospitalarios, los servicios profesionales y los medicamentos. Los servicios profesionales incluyen las consultas médicas, los servicios de parteras, las pruebas de laboratorio y los rayos X. Los medicamentos incluyen los fármacos y medicamentos recetados por un médico que son necesarios para el tratamiento de una enfermedad y las vacunas para niños. En cuanto a la atención hospitalaria, se reembolsa la totalidad de la tasa correspondiente a la “hospitalización semiprivada” y los servicios profesionales y los medicamentos se reembolsan a razón del 80% de los gastos razonables y habituales en el lugar de destino del funcionario. El reembolso del tratamiento recibido fuera del lugar de destino del funcionario se limita a los gastos razonables y habituales que se habrían cobrado por esos servicios en el lugar de destino del funcionario.

8. El Plan de Seguro de Enfermedad de Austria funciona como una sociedad de seguro médico en los Estados Unidos en el sentido de que ofrece cobertura en Austria para los tratamientos prestados por instituciones o profesionales de la medicina que están contratadas en el marco del plan. En caso de que se haya pagado honorarios médicos en el exterior o a un profesional de la medicina o a una institución médica que no tenga contrato con el plan en Austria, el reembolso se limita a la cuantía que se habría pagado a un profesional o una institución con contrato en Austria. A excepción de algunos honorarios mínimos, la mayor parte de los tratamientos médicos se prestan gratuitamente. En el marco del plan, se presta atención hospitalaria en las salas generales de los hospitales públicos o en los hospitales que tienen contrato con el plan. El Seguro Médico Colectivo de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena y la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial con Van Breda proporciona una cobertura complementaria a la que ofrece el Plan de Seguro de Enfermedad de Austria o, si un funcionario o jubilado no está amparado por ese plan, ofrece una cobertura general en el mundo entero y los gastos de hospitalización se reembolsan en un 70%, un 90% o un 100%, dependiendo del tipo de habitación o establecimiento hospitalario. Se suelen sufragar otros tipos de gastos médicos y odontológicos y medicamentos recetados a razón del 80% de los gastos razonables y habituales, se imponiéndose límites máximos a algunos servicios como tratamientos odontológicos, lentes y aparatos auditivos. Con arreglo a un componente de gasto médico catastrófico mayor del plan, se prevé la cobertura de la totalidad de los gastos médicos después de que los gastos acumulados en un período de 12 meses superen el 5% de los emolumentos anuales.

Anexo II

Sitios web de las Naciones Unidas que ofrecen información sobre planes de seguro médico

Plan de seguro	Dirección Internet
a) Programas de la Sede	http://www.un.org/insurance (en “forms and circulars”)
i) Organización de proveedores preferidos Aetna Open Choice	
ii) Organización de proveedores preferidos Empire Blue Cross Blue Shield	
iii) Health Insurance Plan de Nueva York	
iv) Organización de proveedores preferidos CIGNA Dental	
b) Programa de seguro internacional Van Breda	http://www.un.org/insurance (en “forms and circulars”)
c) Plan de Seguro Médico para el personal de contratación local en lugares de destino designados fuera de la Sede	http://www.un.org/insurance (en “forms and circulars”)
d) Mutuality de Seguros del Personal de las Naciones Unidas contra Enfermedad y Accidentes	http://157.150.64.200/assmut/Statutes.pdf
e) Seguro médico colectivo de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena y la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial con Van Breda	https://www.unodc.org/hrsa/finance/personal_insurances.html
f) Plan de Seguro de Enfermedad de Austria (Wiener Gebietskrankenkasse)	https://www.unodc.org/hrsa/finance/personal_insurances.html

Anexo III

Principales cambios básicos en la evaluación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio de las Naciones Unidas

Los principales cambios básicos sobrevenidos entre 2003 y 2005 en la evaluación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio de las Naciones Unidas se enumeran a continuación (cabe observar que los porcentajes indicados tienen carácter multiplicativo y arrojan un incremento total próximo al 40%):

1. *El arrastre de obligaciones de un ejercicio económico a otro:* las obligaciones aumentan con los costos de servicio y los intereses y disminuyen con los desembolsos de las prestaciones. La incidencia del arrastre de obligaciones a lo largo de un período bienal puede llegar a ser del 60% en el caso de grupos que no tienen jubilados, o un número reducido de éstos, y puede ser relativamente pequeña para los grupos con una gran proporción de jubilados. En el caso de las Naciones Unidas, el arrastre representó en torno al 12,5% del incremento del pasivo acumulado;

2. *La actualización de los datos censales:* los aumentos o descensos en las cifras censales del personal en activo y jubilado con respecto a la evaluación anterior tienen una incidencia conexas en la evaluación. La magnitud del efecto también depende de los cambios en el desglose en función de la elección del plan, la edad y el servicio activo. La incidencia suele ser mayor para los grupos relativamente pequeños que para los grupos más grandes. En el caso de las Naciones Unidas, los datos censales actualizados contribuyeron aproximadamente con el 5% a la cifra del pasivo acumulado;

3. *La actualización de los costos de las solicitudes de reembolso:* en general, la experiencia adquirida con las solicitudes de reembolso médico en los últimos años ha sido superior a las previsiones de la mayor parte de los supuestos de tendencia utilizados en las evaluaciones actuariales. En la medida en que la experiencia con las solicitudes globales del grupo de las Naciones Unidas supere los supuestos de tendencia utilizados en la evaluación anterior, se producirá un incremento en los valores del pasivo. El 4% del aumento de la cifra del pasivo acumulado obedeció a este factor;

4. *La actualización de las estimaciones demográficas:* la evaluación del seguro médico después de la separación del servicio se vale de los mismos supuestos demográficos que los utilizados por la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, lo que incide en las evaluaciones actuales hasta el punto de que esos supuestos difieren de los utilizados en años precedentes. Los cambios introducidos en los últimos años por la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas en los supuestos de mortalidad, rescisión del nombramiento y jubilación, incluidos en la evaluación actual del seguro médico tras la separación del servicio, se han traducido en un aumento aproximado del 6% en la cifra del pasivo;

5. *La actualización de las tasas de descuento:* los supuestos de las tasas de descuento inciden considerablemente en las evaluaciones. La tasa utilizada para descontar las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio

de las entidades participantes en la evaluación actuarial fue modificada del 6% al 5,5% en la actual sobre la base de las previsiones de liquidez y los tipos de interés vigentes. La repercusión de esta modificación se plasmó en un incremento general de las obligaciones comprendido entre un 8% y un 11%, resultando las organizaciones con personal más joven y un número contado o nulo de jubilados más afectadas que las organizaciones con personal de más edad y un elevado porcentaje de jubilados. La incidencia en la evaluación de las Naciones Unidas fue de aproximadamente el 8%.

Anexo IV

Glosario

Amortización – Proceso de reconocimiento de obligaciones sin financiación prevista a lo largo de varios ejercicios económicos.

Contabilidad en valores de caja – Contabilización de las prestaciones en que se deducen como gastos los costos en el momento en que se hace efectivo el pago de las prestaciones.

Costos corrientes de servicio – El costo de las prestaciones posteriores a la jubilación a que el empleado se hace acreedor durante el período actual de servicio activo.

Costos de los intereses – Los intereses devengados por las obligaciones acumuladas correspondientes a las prestaciones posteriores a la jubilación debido al paso del tiempo.

Evaluación actuarial – La determinación del pasivo acumulado al final de un ejercicio económico basada en ciertos supuestos actuariales, tasas de descuento y disposiciones del plan.

Fondo para prestaciones posteriores a la jubilación – Cuenta concreta establecida para la acumulación de activos con el fin de pagar las prestaciones posteriores a la jubilación cuando se vuelven exigibles. Estos activos suelen estar limitados al pago de las prestaciones posteriores a la jubilación.

Método basado en las unidades de crédito proyectadas – (método de las prestaciones acumuladas) – Método de evaluación actuarial utilizado para determinar el valor actual de las obligaciones correspondientes a prestaciones definidas y el costo conexo del servicio actual y el anterior. Mide cada unidad de prestación por separado hasta llegar a la obligación final.

Obligaciones con financiación prevista – El pasivo acumulado respecto del cual la Organización ha reservado fondos para pagar prestaciones en una fecha futura.

Pasivo acumulado – El valor actuarial en la actualidad de las prestaciones correspondientes a un empleado por los servicios prestados hasta una fecha determinada. Con anterioridad a la fecha en que un empleado reúne todos los requisitos para recibir prestaciones, la obligación acumulada por concepto de prestaciones pagaderas después de la separación del servicio en una fecha dada para un empleado determinado es la porción de la obligación prevista correspondiente a las prestaciones pagaderas después de la separación del servicio correspondientes a los servicios prestados por el empleado hasta esa fecha. En la fecha en que el funcionario reúne todos los requisitos para recibir prestaciones y con posterioridad a la misma, la obligación acumulada y la prevista con respecto a las prestaciones pagaderas después de la separación del servicio de un funcionario es la misma.

Prestaciones – Prestaciones o cobertura de atención médica a las cuales tienen derecho los participantes en el programa de seguro médico después de la separación del servicio.

Prestaciones posteriores a la jubilación – Prestaciones que paga la Organización, exceptuada la pensión, a los empleados que se separan del sistema.

Régimen de pagos con cargo a los ingresos corrientes – Presupuestar y financiar el pasivo que es exigible y pagadero en el período presupuestario únicamente. Hay que diferenciarlo de la prefinanciación, consistente en amasar activos para pagar las obligaciones antes de que sean exigibles o pagaderas o en el momento en que lo sean.

Tasas de descuento – Los tipos de interés estimados sobre la base de los cuales podrían saldarse las prestaciones posteriores a la jubilación. Se utilizan tasas de descuento hipotéticas en la medición del valor actual de las futuras obligaciones correspondientes a prestaciones posteriores a la jubilación.

Valor actuarial presente – El valor actual (en la fecha de la evaluación) de una suma o una serie de sumas pagaderas en el futuro. El valor actuarial presente se determina descontando los pagos futuros según un tipo de interés predeterminado, teniendo en cuenta la probabilidad del pago.

Valores devengados – La contabilidad en valores devengados de los ingresos de cada ejercicio económico reconoce los ingresos no cuando son percibidos, sino en el momento en que se han ganado o se han hecho exigibles. La contabilización en valores devengados en cada ejercicio económico significa que los costos se reconocen cuando se contraen las obligaciones y no en el momento en que se hacen efectivos los pagos.

Variación de las tasas de costo de la atención médica – Supuestos relativos a la tasa anual de cambio del costo de las prestaciones de atención médica.

Normas de contabilidad

Norma 57 de contabilidad del sistema de las Naciones Unidas – Dispone que las obligaciones correspondientes a las prestaciones posteriores a la jubilación se hagan constar en los estados de cuentas en la medida en que lo exijan las políticas financieras de la Organización. Cuando esas obligaciones no estén plenamente cubiertas por las correspondientes reservas, se deben consignar adecuadamente en las notas a los estados financieros. Las obligaciones estimadas deben cuantificarse en la medida de lo posible e indicarse los criterios de la evaluación.

Norma 106 de contabilidad financiera – Requiere el reconocimiento anticipado de las obligaciones correspondientes al pago futuro de prestaciones posteriores a la jubilación que van acumulándose a lo largo del servicio de los empleados. Con arreglo a la norma 106, el reconocimiento anual de las obligaciones exige la consignación en gastos del costo del servicio, el costo de los intereses y las sumas correspondientes a la amortización durante el ejercicio; se aplica la contabilidad en valores devengados.

Norma internacional 19 de presentación de informes financieros – Exige que las organizaciones contabilicen su obligación de pagar prestaciones y determinen el valor actual de la obligación utilizando el método de las unidades de crédito proyectadas e hipótesis relacionadas con variables demográficas y financieras.

Proyecto de norma contable internacional del sector público No. 31 para comentarios, prestaciones del personal – Es el proyecto pertinente de las normas contables internacionales del sector público, que se basa en la norma internacional 19 de presentación de informes financieros sobre prestaciones de los empleados. Sus requisitos son los mismos que los de la norma internacional 19 citada, con dos

diferencias de importancia. La primera es la tasa de descuento aplicada en la evaluación de las obligaciones a largo plazo. El proyecto 31 prescribe que la tasa de descuento preferente sea la correspondiente a los bonos del Estado, en lugar de bonos empresariales de alta calidad. La segunda diferencia se refiere a los ajustes de adopción necesarios, que el proyecto 31 aborda más exhaustivamente para prever situaciones en que no se ha dado anteriormente cuenta del pasivo.
