



Asamblea General

Distr. general
27 de agosto de 2013
Español
Original: inglés

Sexagésimo octavo período de sesiones

Temas 135, 146, 147 y 149 del programa provisional*

Presupuesto por programas para el bienio 2012-2013

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

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

Informe del Secretario General

Resumen

En su informe sobre las obligaciones correspondientes a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio y la financiación propuesta (A/64/366), el Secretario General recomendó que se aprobara un conjunto de propuestas para financiar el pasivo acumulado por las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio en las Naciones Unidas, y el incremento anual del devengo correspondiente a los funcionarios en actividad.

* A/68/150.



El informe contenía una propuesta para la aplicación de cargos a los gastos de los sueldos, además de una solicitud de financiación por única vez de 425 millones de dólares de los Estados Unidos con cargo a fondos existentes como parte de una aportación inicial de recursos a un fondo de reserva independiente para el seguro médico después de la separación del servicio con objeto de comenzar a cumplir los objetivos de financiación a largo plazo.

En su resolución [64/241](#), la Asamblea General tomó nota del informe y solicitó al Secretario General que en su sexagésimo séptimo período de sesiones le presentase un informe sobre la gestión de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, teniendo presente que una de las opciones posibles era sufragar los costos con cargo a los ingresos corrientes, y que en ese informe incluyera información y un análisis sobre las siguientes cuestiones: a) el alcance y la cobertura de los actuales planes de seguro médico después de la separación del servicio; b) los gastos de administración relacionados con las distintas opciones financieras; c) las disposiciones para asegurar fondos suficientes de las diferentes fuentes de financiación; d) las opciones de la cuantía de las aportaciones a los planes de seguro médico después de la separación del servicio correspondientes a los afiliados y a las Naciones Unidas; e) las estrategias amplias y a largo plazo para financiar las obligaciones correspondientes a las prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio; f) las medidas adicionales para reducir los gastos de las Naciones Unidas relacionados con los planes de seguro médico; g) los planes de seguro médico después de la separación del servicio para jubilados del sector público ofrecidos por sus respectivos gobiernos; y h) las repercusiones financieras y jurídicas de cambiar, para los jubilados actuales y los funcionarios en actividad: i) el alcance y la cobertura de los planes de seguro médico después de la separación del servicio y ii) la cuantía de las aportaciones.

En la misma resolución, la Asamblea General solicitó al Secretario General que continuara validando el pasivo acumulado con las cifras comprobadas por la Junta de Auditores y que incluyera esa información y los resultados de la validación en el informe solicitado.

Además, en la sección IV de su resolución [65/259](#), la Asamblea General observó que había una variación considerable en los saldos de los fondos de reserva mantenidos para los servicios médicos y dentales de las Naciones Unidas mencionados en el informe del Secretario General ([A/65/342](#)), y solicitó al Secretario General que estableciera directrices para asegurar una mayor coherencia a ese respecto.

En la misma resolución, la Asamblea General solicitó al Secretario General que en el informe que le presentara en su sexagésimo séptimo período de sesiones incluyera un análisis de las opciones para utilizar con prudencia las reservas que excedieran las normas razonables del sector y las de las Naciones Unidas, en el contexto del análisis de las estrategias de sufragar los costos con cargo a los ingresos corrientes y de financiar a largo plazo las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio.

La presentación del informe a la Asamblea General se aplazó hasta su sexagésimo octavo período de sesiones. El presente informe contiene la información adicional solicitada por la Asamblea General en las resoluciones [64/241](#) y [65/259](#).

Los estudios actuariales estiman que el valor actual de los pasivos acumulados de las Naciones Unidas al 31 de diciembre de 2011 y al 31 de diciembre de 2012 asciende a 3.700 millones y 3.900 millones de dólares, respectivamente. El anexo II contiene un resumen de las obligaciones después de la separación del servicio de las organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas respecto de la contabilidad y la financiación de esas obligaciones. Al 31 de diciembre de 2011, la mayoría de las organizaciones habían tomado medidas para reconocer y/o financiar los pasivos acumulados.

Se pide a la Asamblea General que apruebe las recomendaciones de financiar el incremento anual de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio para el personal en actividad de las Naciones Unidas mediante un cargo equivalente al 4,5% del total de los gastos de personal, y de comenzar a financiar el pasivo acumulado de las Naciones Unidas mediante la combinación de un cargo temporal equivalente al 2% del total de gastos de personal y de seguir sufragando los costos con cargo a los ingresos corrientes a partir del 1 de enero de 2016. Las medidas que deberá adoptar la Asamblea General figuran en la sección X.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción.....	5
II. Alcance y cobertura de los actuales planes de seguro médico de la Naciones Unidas	6
III. Evaluación actuarial actualizada de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio.....	10
IV. Financiación de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio de los funcionarios en actividad y jubilados	13
V. Otras medidas para reducir los gastos de las Naciones Unidas relativos a los planes médicos	19
VI. Opciones relativas a la cuantía de las aportaciones a los planes de seguro médico después de la separación del servicio.....	21
VII. Repercusiones financieras y jurídicas de cambiar el alcance y la cobertura de los planes de seguro médico después de la separación del servicio y la cuantía de las aportaciones	24
VIII. Cierre del Tribunal Internacional para la ex-Yugoslavia y el Tribunal Penal Internacional para Rwanda	25
IX. Conclusiones	26
X. Medidas que deberá adoptar la Asamblea General	26
Anexos	
I. Resumen de las prestaciones de los planes médicos del programa de seguro médico de las Naciones Unidas	28
II. Análisis comparativo del pasivo correspondiente al seguro médico después de la separación del servicio para las organizaciones del sistema común de las Naciones Unidas	35

I. Introducción

1. El programa de seguro médico después de la separación del servicio ofrece a los funcionarios que cumplen los requisitos necesarios la posibilidad de mantener durante su jubilación la cobertura del seguro médico en el marco de los mismos planes a que estaban afiliados cuando eran funcionarios en actividad. Estos incluyen diez años de participación en un plan de salud de las Naciones Unidas para los contratados después del 1 de julio de 2007 y cinco años para los contratados antes de esa fecha. El programa de seguro médico después de la separación del servicio es un elemento muy importante de seguridad social para los funcionarios, dado que después de jubilarse muchos no están en condiciones de recibir las prestaciones de los sistemas nacionales de seguridad social por haber servido en las Naciones Unidas. Los costos asociados de estas prestaciones, en cuya financiación participan la Organización y los funcionarios, han aumentado considerablemente desde el comienzo del programa en 1967 debido a razones demográficas, el aumento de la esperanza de vida, la mayor tasa de utilización de los servicios de atención médica y el incremento del costo de los servicios médicos en todo el mundo.

2. En informes anteriores sobre el programa de seguro médico después de la separación del servicio, el Secretario General pidió a la Asamblea General que aprobara varias recomendaciones destinadas a abordar las preocupaciones planteadas por esta y la Junta de Auditores en cuanto al reconocimiento y la financiación de las obligaciones correspondientes a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio. Estas propuestas incluyeron la adopción de una estrategia de financiación que asegurara una reserva sistemática de fondos suficientes para sufragar el costo de las obligaciones actuales y futuras; la adopción de medidas para garantizar la viabilidad financiera del programa mediante una combinación de iniciativas de contención, reparto y financiación de los gastos; la autorización para revisar las disposiciones del seguro médico después de la separación del servicio relativas a los requisitos necesarios para los nuevos funcionarios; y el establecimiento de una cuenta especial independiente para registrar las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio y contabilizar las transacciones financieras conexas.

3. En su informe sobre las obligaciones correspondientes a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio y financiación propuesta ([A/64/366](#)), el Secretario General recomendó lo siguiente: a) una financiación parcial inicial de las obligaciones acumuladas relativas a los funcionarios en actividad y los exfuncionarios mediante transferencias de los saldos no comprometidos e ingresos varios de los presupuestos de mantenimiento de la paz y de los fondos de reserva de indemnización y del seguro médico y dental; y b) la financiación actual de las obligaciones acumuladas mediante la continuación de las consignaciones bienales para sufragar los subsidios que los afiliados actuales al seguro médico después de la separación del servicio que se jubilaron con cargo al presupuesto ordinario y los fondos de las operaciones de mantenimiento de la paz, y el establecimiento de consignaciones bienales para sufragar el pago de los subsidios que reciben los afiliados actuales al seguro médico después de la separación del servicio que se jubilaron con cargo a los fondos extrapresupuestarios. Además, el Secretario General propuso establecer cargos equivalentes al 9,6%, al 1% y al 2,6% que se imputarían a los gastos de los sueldos básicos netos del personal, financiados con cargo al presupuesto ordinario, a los fondos de las operaciones de

mantenimiento de la paz, y a fondos extrapresupuestarios y cuentas especiales, respectivamente, como parte de los gastos comunes de personal, para financiar las obligaciones. Los fondos generados de todas las fuentes se transferirían a una cuenta especial de fondos de reserva para el seguro médico después de la separación del servicio.

4. Respecto de la financiación de las obligaciones actuales y futuras correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio del Tribunal Internacional para la ex-Yugoslavia y el Tribunal Penal Internacional para Rwanda, el Secretario General recomendó la consignación de las cantidades especificadas en sus presupuestos de 2010-2011 y la aprobación de la financiación de las obligaciones residuales no financiadas correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, si las hubiera, como parte de los costos de finalización de las actividades de esos Tribunales.

5. En su resolución 64/241, la Asamblea General tomó nota del informe y solicitó al Secretario General que le presentara un informe sobre la gestión de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio.

II. Alcance y cobertura de los actuales planes de seguro médico de las Naciones Unidas

A. Sinopsis del seguro médico de las Naciones Unidas

6. El programa de seguro médico de las Naciones Unidas está integrado por planes autofinanciados gestionados por administradores externos o por las mismas Naciones Unidas. En virtud de los planes autofinanciados, las solicitudes de reembolso se financian directamente con las primas aportadas por los funcionarios en actividad y jubilados y la Organización según la distribución proporcional de los costos aprobada por la Asamblea General.

7. El programa de seguro médico de las Naciones Unidas suministra prestaciones médicas y dentales a los funcionarios y a los jubilados en todo el mundo y a las personas a su cargo cubiertas por el seguro. Los funcionarios de varios programas y fondos de las Naciones Unidas¹ también participan en el programa. A continuación figuran los planes de seguro disponibles actualmente para el personal y los jubilados que cumplen los requisitos necesarios después de la separación del servicio:

- a) Planes autofinanciados gestionados por administradores externos:
- i) Planes basados en los Estados Unidos de América:
 - a. Organización de proveedores preferidos Aetna Open Choice (médico);

¹ Principalmente 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 Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, el Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

- b. Organización de proveedores preferidos Empire Blue Cross Blue Shield (médico);
 - c. Organización de proveedores preferidos CIGNA Dental (dental);
- ii) Planes basados fuera de los Estados Unidos (médicos y dentales):
 - a. Vanbreda International (cobertura mundial para el personal que trabaja fuera de los Estados Unidos);
 - b. Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente en lugares de destino designados fuera de la Sede, administrado por Henner-GMC;
- b) Plan autofinanciado administrado por las Naciones Unidas para organizaciones con sede en Ginebra: Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas;
- c) Planes totalmente asegurados:
 - i) Health Insurance Plan de Nueva York (no admite nuevos afiliados);
 - ii) Plan colectivo de seguro médico con Allianz Worldwide Care (administrado por la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial por conducto de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena);
 - iii) Plan nacional austríaco de seguro médico (Wiener Gebietskrankenkasse).

8. Los planes de seguro médico cubren en general del 70% al 100% de los gastos de hospitalización y el 80% de los gastos razonables y habituales de otros gastos 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 se incorporan medidas de contención del gasto en virtud de su red de proveedores con los que los administradores han negociado descuentos. Los límites máximos en las cantidades globales reembolsables y en los reembolsos de servicios médicos concretos también contribuyen a la contención del gasto, mientras que hay disposiciones específicas para garantizar que se mantenga el acceso a la atención en caso de condiciones médicas crónicas o graves. El anexo I del presente informe contiene una descripción general de cada uno de los planes de salud.

B. Reservas operacionales para los planes de seguro médico

9. Las Naciones Unidas mantienen y gestionan reservas para el seguro médico destinadas a estabilizar las primas para cada uno de sus planes autoasegurados, esencialmente para hacer frente a fluctuaciones pronunciadas en las necesidades de recursos para sufragar las primas. Las reservas se emplean para atenuar los aumentos de las primas de modo que una cuantía atípicamente elevada de solicitudes de reembolso de gastos médicos en un año dado no se traduzca en aumentos atípicamente elevados de las primas. Las reservas también sirven para atender a solicitudes de reembolso imprevistas en casos de catástrofe, de ser necesario. Los saldos de las reservas constituyen una combinación de aportaciones e ingresos conexos generados por inversiones que se han acumulado durante muchos años, basados en las aportaciones de los funcionarios en actividad y jubilados, las Naciones Unidas y las demás entidades participantes en el marco de todas las fuentes de financiación. El

volumen de las solicitudes de reembolso está directamente relacionado con los saldos de las reservas: los saldos han aumentado cuando los montos de las cantidades de solicitudes de reembolso de gastos médicos han sido inferiores a los previstos y han disminuido cuando esos montos han sido superiores a los previstos.

10. Las reservas para servicios médicos y dentales se mantienen conforme a prácticas financieras prudentes, teniendo en cuenta las normas del sector de los seguros. El parámetro utilizado en los planes de seguro médico basados en los Estados Unidos es mantener reservas equivalentes a tres o cuatro meses promedio de solicitudes de reembolso. Para los planes basados fuera de los Estados Unidos se deben mantener reservas mayores equivalentes a entre seis y ocho meses promedio de solicitudes de reembolso para tener en cuenta las fluctuaciones de los tipos de cambio y las tasas de inflación, y el mayor número de solicitudes aún no presentadas debido al menor grado de automatización del proceso de solicitud de reembolso. Las reservas de la Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas se rigen por los requisitos reglamentarios del plan.

Cuadro 1

Saldos de las reservas de los planes de seguro médico autofinanciados, al 31 de diciembre de 2012^a

(En miles de dólares de los Estados Unidos)

<i>Plan médico</i>	<i>Reservas al 31 de diciembre de 2012</i>	<i>Promedio mensual de solicitudes de reembolso</i>	<i>Equivalente en meses promedio de solicitudes de reembolso</i>
Planes gestionados por administradores externos			
Aetna	83 991	7 311	11,5
Empire Blue Cross	30 882	11 101	2,8
Cigna Dental	11 759	1 745	6,7
Vanbreda International	58 332	7 448	7,8
Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente	77 753	1 733	44,9
Subtotal	262 717	29 338	9,0
Plan administrado por la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra			
Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas	130 500	7 210	18,1
Total	393 217	36 548	10,8

^a Este cuadro no incluye información sobre los planes totalmente asegurados enumerados en el párrafo 7 pues la totalidad de las primas mensuales se remiten a las empresas de seguros sobre la base de facturas mensuales, por lo cual las Naciones Unidas no generan ni mantienen reservas.

11. Con el objeto de ajustar periódicamente los excesos de reservas, a lo largo de los años las Naciones Unidas han utilizado la exoneración del pago de primas. Sobre la base de los datos de los afiliados actuales en el plan, los saldos excedentes de las reservas se distribuyen entre los funcionarios en actividad y jubilados y las

entidades participantes de las Naciones Unidas que son fuente de financiación. Esta ha sido, y sigue siendo, la modalidad más equitativa para restituir los excedentes de las reservas para el seguro médico a todos los participantes, dado que el personal de todas las fuentes de financiación ha participado en los planes durante diferentes ponderaciones a lo largo del tiempo y los datos sobre las solicitudes de reembolso no se llevan por fuente de financiación. Los movimientos de personal entre fuentes de financiación y entre las Naciones Unidas y los programas y fondos que mantienen su cobertura en virtud de los planes médicos administrados por las Naciones Unidas complican aún más la labor de la Secretaría de suministrar una distribución precisa de los saldos excedentes de las reservas por fuente de financiación.

12. En virtud de la metodología de exoneración del pago de las primas, de octubre de 2010 a junio de 2013 se distribuyeron 23,3 millones de dólares (5,9 millones a los funcionarios en actividad y jubilados y 17,4 millones a la Secretaría y otras entidades participantes), respecto del plan médico de Aetna y el plan de seguro dental de Cigna.

13. En 2010 el nivel de las reservas del plan Empire Blue Cross fue inferior a las normas del sector y llegó a un equivalente de 1,5 meses promedio de solicitudes de reembolso. Por medio de cambios en el diseño del plan, aumentos de las primas y los nuevos requisitos de afiliación a la Parte B de Medicare de los jubilados elegibles residentes en los Estados Unidos, el nivel de reservas ha aumentado al equivalente de 2,8 meses promedio de solicitudes de reembolso al 31 de diciembre de 2012 y se prevé que alcanzará los 3 meses promedio al 31 de diciembre de 2013.

14. El alto nivel de las reservas del Plan de Seguro Médico se debe principalmente al aumento del número de participantes en algunas misiones de mantenimiento de la paz en que el índice de pérdidas, a saber, los gastos por solicitudes de reembolso respecto de las primas aportadas, era particularmente bajo. No obstante, en la actualidad esta tendencia está cambiando debido a la aplicación por el administrador externo de mejoras en la red de proveedores de servicios médicos con acuerdos de facturación directa, lo que ha facilitado el acceso a la atención en muchos lugares de destino. También se prevé que el fortalecimiento de las disposiciones de atención preventiva tendrá un leve efecto a corto plazo en el nivel de reservas.

15. La Secretaría continúa realizando un atento seguimiento de los saldos de las reservas de los planes médicos y dentales, teniendo en cuenta las normas del sector de los seguros, en un esfuerzo por reducir al mínimo las diferencias importantes en los niveles de las reservas mantenidas por los distintos planes de seguro médico.

III. Evaluación actuarial actualizada de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio

A. Base de la evaluación, incluidos cambios que afectan a los resultados

16. Desde 1995, por medio de un actuario certificado, las Naciones Unidas han determinado el valor actual de las prestaciones futuras del seguro médico después de la separación del servicio y lo han consignado como un pasivo acumulado en sus

estados financieros comprobados. El estudio actuarial más reciente en que se determinó este pasivo acumulado se realizó para el ejercicio económico terminado el 31 de diciembre de 2011.

17. La evaluación actuarial se basó en conjuntos amplios de datos de censos de los funcionarios en actividad y jubilados, datos de las solicitudes de reembolso y los supuestos relativos a tasas de jubilación y de cese del servicio, los requisitos necesarios, la esperanza de vida y otros parámetros; es decir, los mismos supuestos que utiliza la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas para evaluar sus obligaciones correspondientes a las pensiones.

18. La evaluación, que se basó en las disposiciones de los planes vigentes al 1 de enero de 2012, determinó el valor neto de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio aplicando los porcentajes agregados de participación en la financiación de los gastos a las obligaciones totales relativas a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio.

19. La evaluación actuarial también tuvo en cuenta el cambio en la política del programa de seguro médico después de la separación del servicio que entró en vigor el 1 de enero de 2011, que exigía que los participantes que cumplían los requisitos necesarios se afiliaran a la Parte B del programa Medicare de los Estados Unidos, además de afiliarse a un plan de las Naciones Unidas, en tanto que las Naciones Unidas reembolsaban a los participantes las primas del plan Parte B de Medicare.

B. Alcance del pasivo

20. Sobre la base de la evaluación actuarial de 2011, el valor presente del pasivo acumulado de las prestaciones futuras de las Naciones Unidas (neto de las aportaciones de los jubilados) se estimó en 3.654 millones de dólares al 31 de diciembre de 2011 y se estimó que aumentarían a 3.943 millones al 31 de diciembre de 2012. La distribución relativa del pasivo acumulado entre las fuentes de financiación se ilustra en el cuadro 2 y el gráfico I.

Cuadro 2

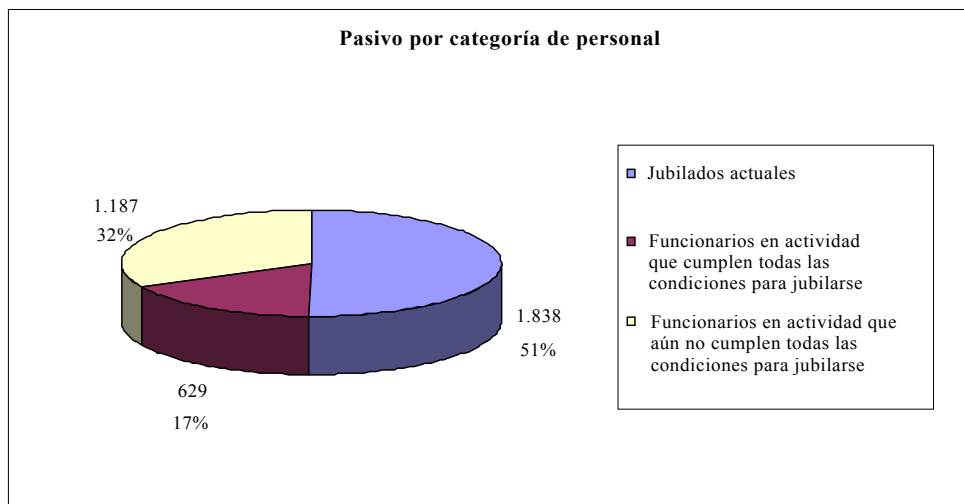
Proyección del pasivo acumulado del seguro médico después de la separación del servicio al 31 de diciembre de 2011 y 2012

(En millones de dólares de los Estados Unidos)

<i>Fuente de fondos</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
Presupuesto ordinario	2 568	2 710
Operaciones de mantenimiento de la paz	769	886
Recursos extrapresupuestarios	317	347
Total	3 654	3 943

Gráfico I
Desglose del pasivo acumulado de 2011

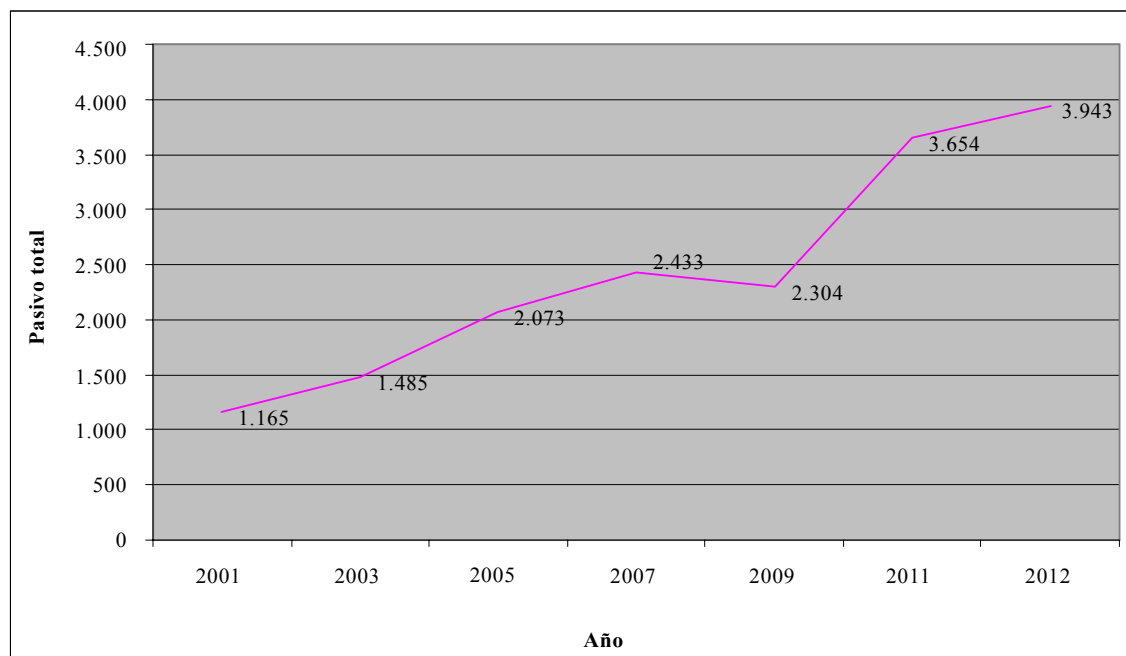
(En millones de dólares de los Estados Unidos)



21. Desde 2001, el pasivo acumulado ha aumentado en más de tres veces, como muestra el gráfico II a continuación.

Gráfico II
Pasivo acumulado del seguro médico después de la separación del servicio desde 2001

(En millones de dólares de los Estados Unidos)



22. La Junta de Auditores valida los pasivos acumulados del seguro médico después de la separación del servicio como parte de su auditoría de los estados financieros de la Organización. En sus informes sobre los estados financieros de las Naciones Unidas correspondientes al bienio terminado el 31 de diciembre de 2011 (A/67/5 (Vol. I) y Corr.2) y de las operaciones de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz correspondientes al período de 12 meses del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2012 (A/67/5 (Vol. II)), la Junta observó el aumento del pasivo acumulado en concepto de seguro médico después de la separación del servicio, y señaló que este se debía principalmente al descenso de la tasa de descuento del 6% al 4,5%, que reflejaba el declive general del tipo de interés de los bonos corporativos de alta calidad, utilizados como indicador de referencia para determinar la tasa de descuento. Dado que actualmente la evaluación actuarial se realiza cada dos años sin volver a examinar la tasa de descuento aplicada durante el bienio, la Junta expresó su preocupación de que la estimación del pasivo anual tal vez no reflejara adecuadamente los cambios en el entorno económico. Para resolver esa inquietud, la Administración de las Naciones Unidas acordó con la Junta realizar un examen anual de los cambios en las tasas de descuento e inflación, modificar la evaluación de conformidad con esos cambios y seguir realizando un censo y un examen de las solicitudes de reembolso completos cada dos o tres años, a menos que hubiera cambios importantes en la plantilla, de conformidad con los principios actuariales.

23. Los datos presentados en los estados financieros indican que no hay activos específicos para cancelar el pasivo no financiado. Habida cuenta de las proyecciones sobre las jubilaciones del personal de las Naciones Unidas, el crecimiento del pasivo y de los gastos para cubrir los costos del seguro médico después de la separación del servicio para los jubilados actuales seguirá acelerándose en los bienios futuros. La Junta de Auditores ha expresado su preocupación respecto de la falta de activos específicos para hacer frente a los pasivos. La necesidad de adoptar un plan de financiación de los pasivos acumulados se ha tornado crítica.

C. Efectos de aumentar la edad de jubilación a 65 años

24. En su resolución 67/257, la Asamblea General hizo suya la decisión de la Comisión de Administración Pública Internacional que figuraba en el párrafo 85 de su informe (A/67/30 y Corr.1) de apoyar la recomendación de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas de aumentar la edad obligatoria de separación del servicio a los 65 años para los nuevos funcionarios, con efecto, a más tardar, el 1 de enero de 2014.

25. De conformidad con la norma 25 de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, las prestaciones por terminación del servicio se determinan sobre la base de las prestaciones a los afiliados al momento de calcular los pasivos. En consecuencia, el actuario contratado por las Naciones Unidas ha determinado que el aumento de la edad normal de jubilación de los funcionarios que asumen sus puestos a partir del 1 de enero de 2014 no tendrá efectos inmediatos en las obligaciones al 31 de diciembre de 2011, al 31 de diciembre de 2012 y al 31 de diciembre de 2013.

26. Si el aumento de la edad obligatoria de separación del servicio se hiciese extensivo al personal actual, el actuario estimó que, suponiendo que el 70% de los funcionarios en actividad optara por aplazar su jubilación y sin otros cambios en los supuestos utilizados en la evaluación de 31 de diciembre de 2011, los efectos en las

obligaciones serían inferiores al 1%, equivalente a una reducción de 30,9 millones de dólares (el 0,85%) de la evaluación de 2011 de 3.654 millones de dólares.

27. Los dos factores que influenciarían este cambio son:

a) Los funcionarios que ya cumplen los requisitos del seguro médico después de la separación del servicio y atrasan su jubilación seguirán aportando como personal en servicio activo, aplazando y reduciendo así las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio;

b) Los funcionarios que normalmente no cumplirían los requisitos del seguro médico después de la separación del servicio debido al requisito de haber estado afiliados durante cinco o diez años a un plan de seguro médico de las Naciones Unidas, podrían acumular años de servicio y estar en condiciones de afiliarse a un plan. Ello se traduciría en un aumento de las obligaciones.

IV. Financiación de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio de los funcionarios en actividad y jubilados

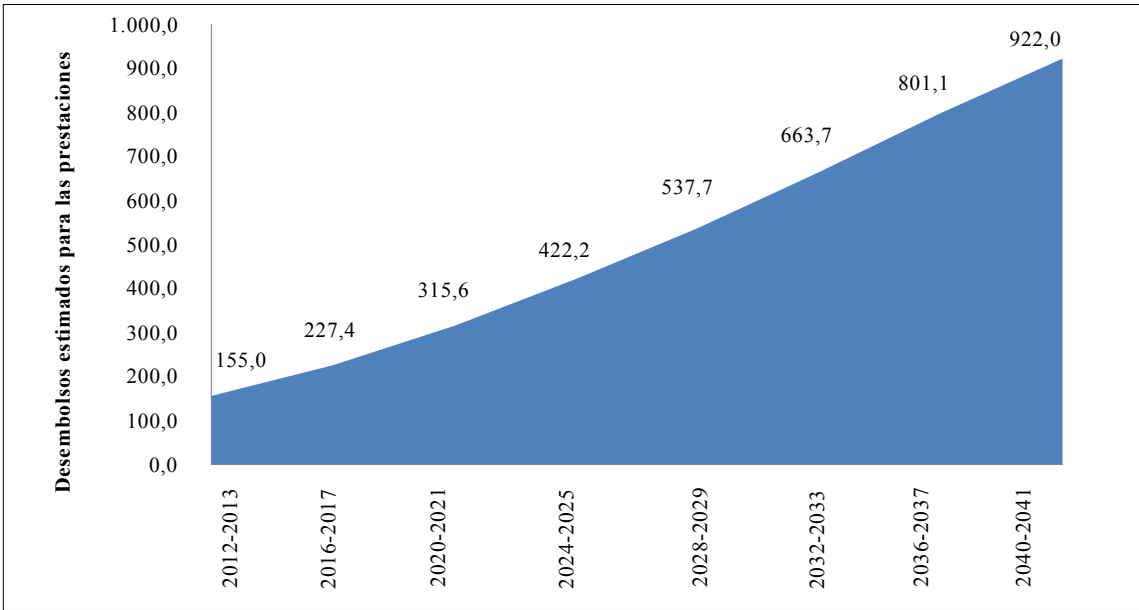
A. Estrategias amplias y a largo plazo para financiar las obligaciones correspondientes a las prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio, incluidas disposiciones para asegurar fondos suficientes de las diferentes fuentes de financiación

28. La cuestión de la financiación del pasivo acumulado para las prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio ha sido examinada desde hace algunos años por los Estados Miembros y en los órganos interinstitucionales. Algunas organizaciones de las Naciones Unidas han adoptado su propia estrategia por medio de una variedad de mecanismos de financiación sistemáticos y especiales adecuados a sus situaciones particulares. Entre estos figura una combinación de la financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes con aportaciones adicionales de las reservas existentes, transferencias periódicas o por única vez de los saldos que de otro modo estarían disponibles para la programación y el cobro de cargos anuales fijos o incrementales que van del 4% al 7% de los gastos de los sueldos básicos netos.

29. Al igual que las prestaciones del régimen de pensiones, el derecho a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio se acumula a lo largo de la carrera de los funcionarios. No obstante, las modalidades de financiación de estos dos tipos de derecho posterior al empleo son muy diferentes. Con respecto a las prestaciones del régimen de pensiones, los gastos se presupuestan y registran como parte de los gastos de personal por anticipado durante los años de servicio y la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas los invierte hasta que se abonan a los jubilados. Aunque las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio son de naturaleza comparable, no se adoptan disposiciones financieras de este tipo durante los años de servicio de los funcionarios. Por el contrario, actualmente esos gastos se presupuestan y financian durante el año en que los jubilados reciben las prestaciones.

30. Si bien el enfoque de sufragar los costos con cargo a los ingresos corrientes provee los recursos necesarios para financiar la parte correspondiente a las Naciones Unidas de las primas del seguro médico después de la separación del servicio durante el año que se presta esa cobertura, actualmente no existe ningún mecanismo para separar fondos como reserva para hacer frente a gastos acumulados o futuros. El enfoque de sufragar los costos con cargo a los ingresos corrientes ha dado lugar a la acumulación del pasivo actual no financiado, estimado en 3.943 millones de dólares al 31 de diciembre de 2012. Este enfoque solo aborda los subsidios de la prima del seguro médico de los jubilados y no el pasivo acumulado y en aumento del seguro médico después de la separación del servicio. El actuario consultor ha valorado las necesidades que se sufragarían con cargo a los ingresos corrientes para el bienio 2012-2013 en 155 millones de dólares y proyectó que esas necesidades ascenderían a 422,2 millones de dólares en el bienio 2024-2025 y a 922 millones de dólares en el bienio 2040-2041. El enfoque de sufragar los costos únicamente con cargo a los ingresos corrientes no se considera una opción sostenible a largo plazo debido al rápido aumento de la cuantía de los recursos de apoyo necesarios para financiar los gastos del seguro médico después de la separación del servicio, habida cuenta de las proyecciones de las tasas de jubilación del personal de las Naciones Unidas y los factores demográficos y económicos que afectan a la evaluación.

Gráfico III
Proyección de los gastos bienales financiados con cargo a los ingresos corrientes
(En millones de dólares de los Estados)



Nota: Tasa de crecimiento compuesto anual estimada del 18,2% por cada bienio de 2012-2013 a 2024-2025, y del 13,6% por cada bienio de 2012-2013 a 2040-2041.

31. El Secretario General reconoce que proveer un mecanismo de financiación para satisfacer estas obligaciones es una cuestión compleja. Lograr la financiación

completa del pasivo acumulado de las Naciones Unidas en el corto o mediano plazo es imposible y requerirá una estrategia de financiación especial de largo plazo.

32. En consecuencia, el Secretario General ha examinado varios mecanismos de financiación y considera prudente adoptar una política de financiación que garantice que se reserven fondos suficientes para sufragar los gastos de los afiliados actuales y las obligaciones futuras en concepto de prestaciones a fin de lograr la financiación completa de esas obligaciones. Este enfoque, al tiempo que limita el rápido aumento de los costos financiados con cargo a los ingresos corrientes que se experimentarían de mantenerse como único mecanismo de financiación, también proporcionaría una visión más exacta y transparente del costo real del servicio para los funcionarios en actividad. La estrategia de financiación recomendada que se describe a continuación trata la financiación de las crecientes obligaciones actuales del seguro médico después de la separación del servicio y del pasivo acumulado existente.

a) Financiación del pasivo acumulado por los funcionarios en actividad como resultado de su servicio en curso

33. En lo que respecta a los funcionarios en actividad que actualmente están acumulando el derecho al seguro médico después de la separación del servicio, el criterio propuesto es establecer un cargo equivalente al 4,5% del total de los gastos de personal en todas las fuentes de financiación para cubrir los costos actuales del servicio, es decir, los costos de las prestaciones utilizadas durante el período actual de servicio activo. El total de los gastos de personal comprendería los sueldos básicos netos y los gastos comunes de personal de todas las categorías del personal. El cargo como porcentaje fijo recomendado se aplicaría a los gastos comunes de personal y reflejaría el costo real del empleo. Sobre la base de gastos totales de personal de aproximadamente 4.500 millones de dólares en 2012, se habrá acumulado un total de 202 millones de dólares para cubrir los gastos del servicio proyectados por el actuario.

b) Financiación del pasivo acumulado por los jubilados y los funcionarios en actividad actuales

34. Para abordar las obligaciones no financiadas ya acumuladas y con el objeto de lograr un objetivo de financiación concreto, el Secretario General propone establecer un cargo equivalente al 2% del total de los gastos de personal en todas las fuentes de financiación, que se incluiría en los gastos comunes de personal. Sobre la base de las evaluaciones actuariales se estima que la financiación completa del pasivo acumulado podría alcanzarse en 20 años. El costo inicial estimado es de 200 millones de dólares (el 2% de los gastos totales de personal) para el bienio 2016-2017, aumentando a unos 329 millones de dólares en el bienio 2036-2037.

35. En virtud de este enfoque, los gastos del seguro médico después de la separación del servicio de los jubilados seguirían utilizando el mecanismo de financiación con cargo a los ingresos corrientes, por medio de consignaciones para sufragar el pago de los subsidios que reciben los afiliados cuya remuneración se financiaba con cargo al presupuesto ordinario o de mantenimiento de la paz y por medio de fuentes extrapresupuestarias para sufragar el pago de los subsidios de los afiliados que se jubilaron con cargo a fondos extrapresupuestarios. Una vez que se alcance la financiación completa del pasivo acumulado, se suspenderían los pagos

financiados con cargo a los ingresos corrientes y el cargo equivalente al 2% de los gastos totales de personal.

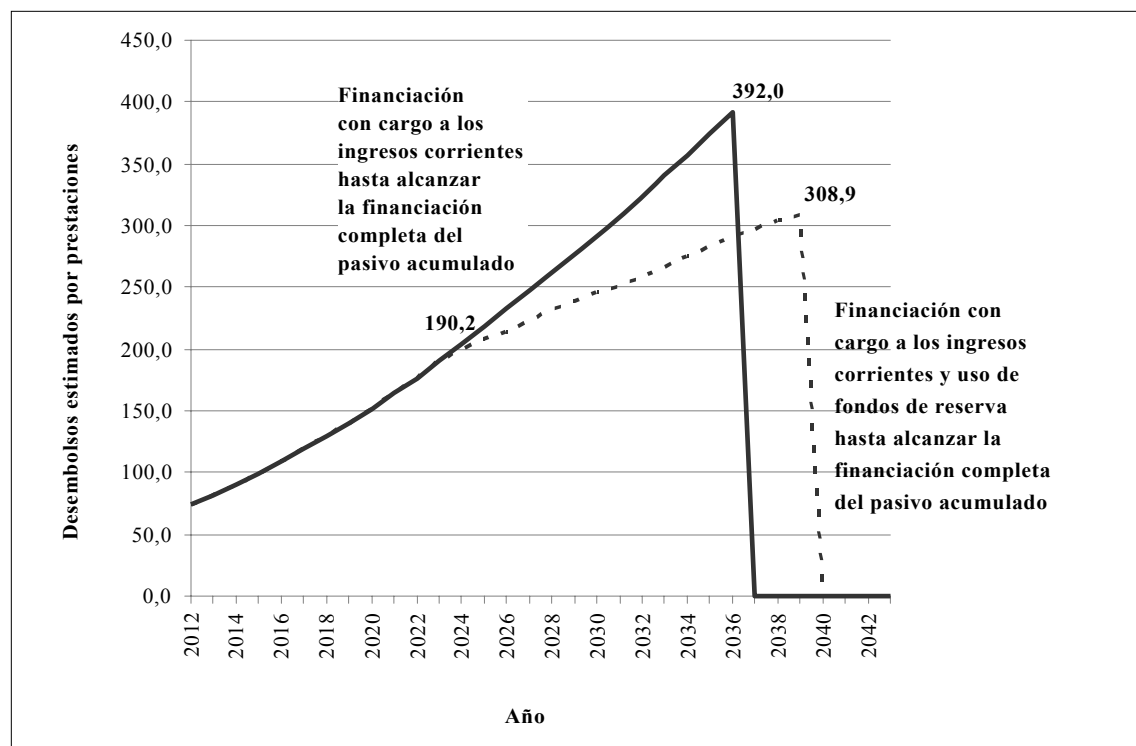
36. Se reconoce que las variaciones en las tasas de acumulación y el enfoque de financiación de los gastos con cargo a ingresos corrientes podrían acortar o alargar el período necesario para alcanzar la financiación completa. Las tasas fijas se ajustarían periódicamente a fin de asegurar que las sumas necesarias para alcanzar la financiación completa de las obligaciones se cumplieran y para tener en cuenta las variaciones de las tasas y los supuestos actuariales. Del mismo modo, el incremento de las necesidades de sufragar los gastos con cargo a ingresos corrientes podría reducirse mediante el uso de parte de los intereses devengados de los fondos de reservas en el mediano plazo, con lo cual se retrasaría la suspensión de la financiación con cargo a los ingresos corrientes.

37. El gráfico IV muestra la estimación de las cantidades anuales financiadas con cargo a los ingresos con y sin el uso de fondos de reserva. De no utilizarse estos fondos, la opción de sufragar los gastos con cargo a los ingresos corrientes llegaría a 392 millones de dólares en 2036 y se suspendería en 2037 una vez que el pasivo acumulado esté financiado totalmente. Con el uso de fondos de reserva desde 2023, la cuantía anual de gastos con cargo a los ingresos corrientes llegaría a 308,9 millones de dólares en 2039. Así pues, esta opción podría suspenderse en 2040, una vez que el pasivo acumulado esté financiado totalmente.

Gráfico IV

Niveles de financiación con cargo a los ingresos corrientes, con y sin uso de los fondos de reserva

(En millones de dólares de los Estados Unidos)

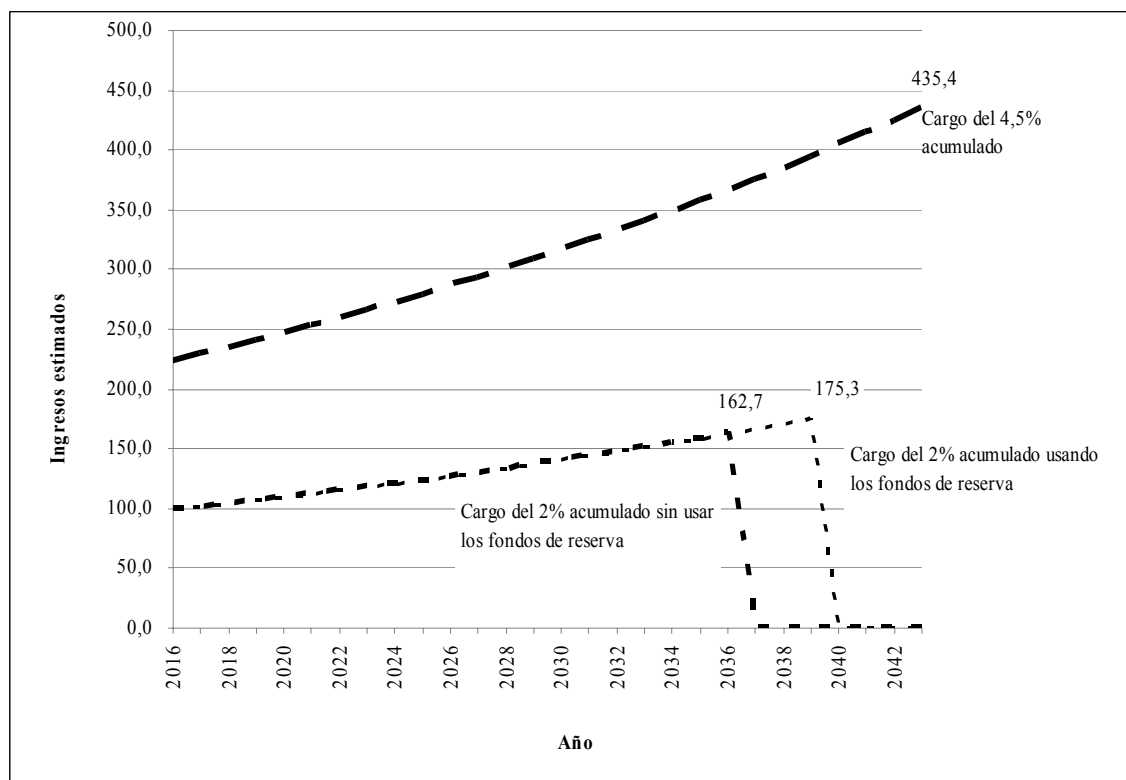


38. El gráfico V muestra las estimaciones de los ingresos anuales por los cargos acumulados del 4,5% y el 2%. El cargo del 2% se suspendería una vez que se alcanzara la financiación completa del pasivo acumulado en 2037 o en 2040 si se usaran fondos de reserva para financiar una parte de las necesidades con cargo a los ingresos corrientes a partir de 2023.

Gráfico V

Ingresos estimados por los cargos acumulados del 4,5% y el 2%

(En millones de dólares de los Estados Unidos)



39. Los enfoques propuestos para financiar las obligaciones traerían aparejados varios beneficios. En primer lugar, la utilización de tasas fijas no entrañaría distinciones según la fuente de financiación, de manera semejante a otras prestaciones del personal, y reflejaría mejor el costo real del servicio. En segundo lugar, la metodología ofrecería un método transparente de calcular los costos estableciendo una distinción entre la financiación del costo del servicio y la del pasivo acumulado, y mantendría la transparencia en el costo del servicio, incluso con posterioridad a la financiación completa de las obligaciones pasadas. Por último, el costo del servicio a mediano plazo podría establecerse para todas las organizaciones, es decir, un enfoque semejante al utilizado por la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, para que converjan los requisitos del seguro médico y la cobertura.

40. Una vez que se alcance la financiación completa, se suspenderán tanto las consignaciones con cargo a los ingresos corrientes como el cargo del 2%.

B. Uso de la exoneración del pago de las primas

41. El Secretario General recomienda que, como parte de la estrategia para reducir la porción no financiada del pasivo acumulado, la Asamblea General considere la posibilidad de permitir que la parte de las reservas del seguro médico que normalmente se acumula en favor de los Estados Miembros en virtud de la metodología de exoneración del pago de las primas se use para financiar el pasivo. Se estima que de este modo se dispondría de 1 a 5 millones de dólares por año para ese fin, lo que serviría para reducir la duración del cargo adicional del 2% descrito en el párrafo 34.

C. Costos administrativos relativos a otras opciones de financiación

42. Con sujeción a la aprobación de la propuesta de opciones de financiación por la Asamblea General, los fondos generados se mantendrían en fideicomiso como fondos de reserva especiales separados para cubrir las obligaciones. La Tesorería de las Naciones Unidas prestaría los servicios de gestión de las inversiones en el corto y mediano plazo durante cinco años como mínimo. Las acumulaciones propuestas incluirían ingresos estimados anuales por valor de 323 a 356 millones de dólares a partir de 2016. La Tesorería de las Naciones Unidas tiene la capacidad y los conocimientos técnicos necesarios para llevar a cabo la gestión de los fondos de reserva para las obligaciones en el marco de sus operaciones actuales, habida cuenta de que en la actualidad gestiona una cartera de más de 6.000 millones de dólares compuesta de más de 100 cuentas mancomunadas con ingresos y salidas periódicos e incluye las reservas operacionales de los planes de seguro médico.

43. El objetivo principal de las inversiones de las reservas de fondos para las obligaciones consistirá, en última instancia, en alcanzar o superar el nivel de las obligaciones en concepto de prestaciones futuras invirtiendo en una combinación de activos debidamente diversificada dentro de parámetros aceptables aptos para una reserva de prestaciones de jubilación.

44. Los componentes específicos de una estrategia de inversión adaptada para el seguro médico después de la separación del servicio dependerán del nivel aprobado de las aportaciones periódicas y, en una etapa posterior, del nivel de salidas periódicas de fondos necesarias para sufragar las prestaciones. Las asignaciones se ajustarán según las necesidades para reducir la exposición al riesgo sistémico e incrementar la diversificación. Se elaborará una asignación estratégica de activos con el objeto de maximizar el rendimiento de las inversiones y será necesario realizar un examen periódico para garantizar que se logre el objetivo de desempeño.

45. Se prevé que a largo plazo, a medida que aumentan los fondos de reserva para las obligaciones y el enfoque de la financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes en el caso de los jubilados actuales se complementa gradualmente mediante el uso de la reserva, creando así tanto ingresos como salidas de los fondos de reserva para las obligaciones, será necesario evaluar la necesidad de contar con servicios especializados de gestión de activos. Esto podría hacerse en colaboración con varias organizaciones de las Naciones Unidas que actualmente examinan la viabilidad de una entidad externa dedicada a gestionar en conjunto sus respectivas reservas para las obligaciones del seguro médico después de la

separación del servicio. El costo normal de un administrador de activos es aproximadamente el 0,5% del valor de la cartera por año.

V. Otras medidas para reducir los gastos de las Naciones Unidas relativos a los planes médicos

46. Para abordar los crecientes costos del seguro médico, a lo largo del tiempo la Organización ha emprendido varias iniciativas de contención del gasto, asegurando al mismo tiempo que los afiliados sigan teniendo acceso a una cobertura adecuada para satisfacer sus necesidades de atención de la salud. Los gastos en concepto de seguro médico se controlan por la manera en que se estructuran los planes correspondientes y mediante un examen continuo de las disposiciones y las prestaciones de los distintos planes.

47. En su informe sobre obligaciones correspondientes a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio y financiación propuesta (A/64/366), el Secretario General suministró una descripción de las medidas de contención del gasto emprendidas en los últimos años. Estas medidas siguen poniéndose en práctica.

A. Iniciativas de contención del gasto

48. Las siguientes medidas, puestas en práctica desde la publicación del informe del Secretario General mencionado, están destinadas a contener el gasto del programa de seguro médico:

a) *Obligación de los jubilados residentes en los Estados Unidos de afiliarse a la Parte B de Medicare.* Medicare es un programa federal del Gobierno de los Estados Unidos que provee seguro médico a los afiliados de 65 años o más que cumplen las condiciones necesarias, o que cumplen otros requisitos específicos. A partir del 1 de enero de 2011, los jubilados de las Naciones Unidas que residen en los Estados Unidos, tienen la cobertura de un plan basado en los Estados Unidos y se considera que están en condiciones, deben afiliarse a la Parte B de Medicare y la Organización reembolsa la prima correspondiente. Este cambio no ha producido una pérdida de prestaciones porque el plan de las Naciones Unidas cumple la función de plan complementario. El actuario consultor estimó que la iniciativa se tradujo en una reducción del pasivo de unos 258 millones de dólares. Cabe destacar que los planes basados en los Estados Unidos ya han registrado menores tasas de aumento de las primas para el año del plan que comenzó el 1 de julio de 2013, en comparación con años anteriores;

b) *Atención preventiva.* Se han realizado esfuerzos para revisar el diseño de los planes para asegurar que cubran plenamente y promuevan la atención preventiva. Esta incluye exámenes médicos, dentales y oftalmológicos anuales y las vacunas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, especialmente para los funcionarios que trabajan sobre el terreno. Estas mejoras se justifican porque la atención preventiva es más eficiente en función de los costos que el tratamiento. La detección temprana de enfermedades crónicas y graves permite a los afiliados tomar medidas para gestionar mejor su salud. El tratamiento temprano de esas enfermedades también puede traer aparejadas tasas más bajas de absentismo y una

mayor productividad de los funcionarios en actividad, lo cual no se refleja fácilmente en el costo del programa de seguro médico;

c) *Cambios en las franquicias de los planes basados en los Estados Unidos.* A lo largo de los años han aumentado las franquicias que pagan los afiliados que no utilizan los proveedores de la red con los cuales los administradores externos han negociado descuentos. El uso de proveedores externos a la red aumenta los costos porque esos proveedores suelen cobrar precios al por menor, que son más altos que los de los proveedores de la red, aun si las solicitudes de reembolso se limitan a valores razonables y habituales. Los cambios en las franquicias que entraron en vigor en julio de 2009 y julio de 2013 tienen por objeto alentar a los afiliados a utilizar los proveedores de la red;

d) *Cambios en el plan Vanbreda respecto de la atención en los Estados Unidos.* El plan Vanbreda se ha concebido para la atención fuera de los Estados Unidos, en que los costos suelen ser más altos, lo cual se refleja en los precios; el plan ofrece cobertura de urgencia en los Estados Unidos. El aumento del uso del plan en los Estados Unidos se ha traducido en mayores costos y, en consecuencia, mayores primas. En julio de 2013 se hicieron cambios en el plan, entre otras cosas franquicias más elevadas para la atención no urgente recibida en los Estados Unidos, para reducir los costos y el uso del plan en los Estados Unidos para casos de hospitalización y algunos tratamientos ambulatorios no urgentes, manteniendo el acceso general a una atención de la salud adecuada;

e) *Administrador externo.* el nombramiento de un administrador externo del Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente en lugares de destino designados se completó en 2010. Por consiguiente, las Naciones Unidas tienen acceso a estadísticas de solicitudes de reembolso, que anteriormente no estaban disponibles en tanto detalle. Además, los participantes ahora se benefician de un mayor número de acuerdos de facturación directa, incluidas listas de precios con descuento, celebrados entre el administrador externo y las instalaciones de atención de la salud;

f) *Ampliación del programa de gestión de enfermedades y promoción de la salud al personal sobre el terreno.* Las Naciones Unidas están colaborando con los administradores externos para permitir la ampliación del programa de gestión de enfermedades y promoción de la salud al personal sobre el terreno. Como se señaló en el subpárrafo b), la productividad y los costos del absentismo no se reflejan plenamente en los costos del programa de seguro, pero tienen repercusiones financieras para las Naciones Unidas.

B. Examen de otros planes de seguro médico nacionales para jubilados de las Naciones Unidas que cumplen los requisitos necesarios

49. La experiencia actual ha indicado que los funcionarios de las Naciones Unidas no necesariamente vuelven a su país de origen cuando se jubilan; muchos lo hacen en países en que tienen lazos familiares. Además de Medicare, las Naciones Unidas han examinado los planes de seguro médico para jubilados ofrecidos en otros países a empleados de los sectores público y privado para determinar si los jubilados de las Naciones Unidas que son nacionales y residentes de esos países pueden afiliarse a

los programas nacionales de seguro médico, si satisfacen los requisitos necesarios. Los empleados que normalmente están en condiciones de afiliarse a planes de seguro médico después de la separación del servicio son los que se jubilan con una pensión inmediata en virtud de un sistema de jubilación para empleados civiles y que podrían haber estado afiliados a un plan de prestaciones médicas o no. Los jubilados de las Naciones Unidas que cumplen esos requisitos son solo los pocos funcionarios públicos nacionales en régimen de adscripción por sus gobiernos. No hay ningún Estado Miembro que considere que el servicio en las Naciones Unidas sea equivalente al servicio público en ese Estado. Un estudio de 11 países mostró que la cobertura de los planes de seguro médico podía ser universal o limitarse a grupos determinados que hubieran hecho aportes a esos planes². En los lugares en que no se dispone de un plan de seguro médico, los planes de seguro médico después de la separación del servicio de las Naciones Unidas son la única fuente de seguridad social a este respecto. Las Naciones Unidas seguirán examinando los casos en que podría utilizarse la opción de los planes nacionales de seguro médico como medida adicional de contención del gasto, manteniendo un seguro médico adecuado para los jubilados y al mismo tiempo reduciendo al mínimo las repercusiones financieras para la Organización.

VI. Opciones relativas a la cuantía de las aportaciones a los planes de seguro médico después de la separación del servicio

A. Antecedentes

50. Los planes de seguro médico de las Naciones Unidas disponen que el costo de las primas de seguro se compartan entre las Naciones Unidas y los afiliados (en actividad y retirados) de conformidad con las resoluciones de la Asamblea General pertinentes (véase el cuadro 3).

² Los países estudiados fueron el Canadá, Chile, Filipinas, Francia, Ghana, India, el Japón, el Líbano, México, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Tailandia. Estos países, junto con los Estados Unidos, constituyen los principales países de residencia de los jubilados de las Naciones Unidas.

Cuadro 3
Proporción autorizada de la participación en la financiación de los gastos
de los planes de seguro médico

(Porcentaje)

<i>Plan de seguro médico</i>	<i>Proporción de la Organización</i>	<i>Proporción del afiliado</i>
Planes basados en los Estados Unidos ^a	66,7	33,3
Planes basados fuera de los Estados Unidos ^b	50,0	50,0
Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente en lugares de destino designados ^c	75,0 a 80,0	25,0 a 20,0

^a Resolución 38/235 de la Asamblea General.

^b Resolución 1095 A (XI) de la Asamblea General.

^c Resolución 41/209 de la Asamblea General.

51. En 1983 la Comisión de Administración Pública Internacional analizó el tema de los subsidios del seguro médico, incluida la división de los gastos del seguro médico entre las organizaciones de las Naciones Unidas y el personal (véase A/38/30) en respuesta a la solicitud de la Asamblea General de que examinara la necesidad de aumentar la tasa de aportaciones de las organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas (resolución 37/126 de la Asamblea, sección III, párr. 8). La Comisión analizó las aportaciones del personal al seguro médico como proporción de la remuneración neta en los siete lugares de destino en que hay sedes y señaló, entre otras cosas, que si bien la fórmula de participación en los gastos en proporciones iguales había mantenido las aportaciones promedio del personal como proporción de la remuneración neta razonablemente bajas, en algunos casos esos valores parecían ser demasiado altos, especialmente en Nueva York.

52. La Comisión de Administración Pública Internacional estuvo de acuerdo en que el seguro médico era una cuestión del sistema común y decidió que su secretaría debía calcular un promedio de las aportaciones del personal al seguro médico expresado como proporción de la remuneración neta y ponderado por el número de funcionarios de los siete lugares de destino en que hay sedes. En los lugares de destino en que el coeficiente de las aportaciones del personal y la remuneración neta era mayor que el promedio de los siete lugares de destino en que hay sedes, la Comisión indicó que los jefes ejecutivos tal vez quisieran proponer a sus órganos legislativos fórmulas adecuadas de participación en los gastos que ajustaran las aportaciones del personal de esos lugares de destino al promedio aplicable en los siete lugares de destino en que hay sedes.

53. Han pasado 30 años desde que la Comisión de Administración Pública Internacional examinó las proporciones de participación en los gastos.

B. Aportaciones de los afiliados

54. Las aportaciones de los afiliados a los planes de seguro médico dependen del tipo de cobertura (por ejemplo, una persona, dos personas o una familia) y el tipo de plan elegido. De conformidad con la resolución 1095 A (XI) de la Asamblea General,

las aportaciones también se basan en la remuneración o el nivel de pensión de la persona de manera que los afiliados de categorías de remuneración y pensión más baja reciban una proporción mayor de la Organización que el personal y los jubilados de categorías de remuneración y pensión más alta. Esto se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 4

Aportaciones actuales del personal al seguro médico como porcentaje del salario neto

<i>Plan de Seguro Médico</i>	<i>1 persona</i>	<i>2 personas</i>	<i>3 a 5 personas</i>	<i>6 personas o más</i>
Planes basados en los Estados Unidos				
Aetna	5,0	8,73	9,75	9,75
Empire Blue Cross	3,43	6,08	7,75	7,75
Health Insurance Plan de Nueva York	4,66	7,13	10,01	10,01
Planes basados fuera de los Estados Unidos				
Vanbreda International				
Europa Occidental	2,41	3,88	6,11	6,11
Chile y México	2,31	3,73	5,86	5,86
Todos los demás países	1,51	2,33	3,67	3,67
Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente en lugares de destino designados	1,0	1,25	1,75	2,25
Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas	2,7	4,0	4,4	4,4

55. Las aportaciones de los jubilados se determinan mediante una escala móvil basada en los valores mensuales de la pensión que se ajustan sobre la base de los aumentos del costo de vida establecidos por la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas. El nivel de las aportaciones de los funcionarios contratados a partir del 1 de julio de 2007 y que se jubilan con menos de 25 de años de aportaciones al programa de seguro médico, será mayor que el de los funcionarios contratados antes de esa fecha. Las repercusiones de este cambio de la política se comenzarán a sentir a partir de 2017.

56. Cada plan de seguro médico mantiene un único registro de los reembolsos efectuados a funcionarios en actividad y jubilados. Desde enero de 1974, los costos se reparten entre funcionarios en actividad y jubilados de forma que la tasa de aportaciones de los jubilados sea aproximadamente la mitad de la de los funcionarios en actividad, manteniendo al mismo tiempo la proporción autorizada de la participación en los gastos entre la Organización y los afiliados en su conjunto. En virtud de este mecanismo se traslada una parte de la proporción correspondiente a la Organización de los funcionarios en actividad a los jubilados.

C. Fijación de precios de las primas del seguro médico

57. Los programas autoasegurados de seguro médico de las Naciones Unidas se valoran sobre la base de la experiencia, y las primas anuales se fijan sobre la base de

una combinación de los gastos de los afiliados durante el año anterior, los efectos estimados del aumento de la utilización y la inflación, y los gastos administrativos previstos. Tras un año de mucho uso, los aumentos de las primas son relativamente elevados. En cambio, si en el año anterior el uso ha sido moderado, el aumento de la prima será moderado. Las primas anuales se calculan para sufragar los gastos médicos y los costos administrativos en el siguiente período de 12 meses.

VII. Repercusiones financieras y jurídicas de cambiar el alcance y la cobertura de los planes de seguro médico después de la separación del servicio y la cuantía de las aportaciones

58. El Secretario General ha examinado las repercusiones financieras y jurídicas de cambiar a) el alcance y la cobertura de los planes de seguro médico después de la separación del servicio y b) la cuantía de las aportaciones para los jubilados actuales y los funcionarios en actividad.

59. Desde una perspectiva jurídica, todo cambio importante del alcance, la cobertura y la cuantía de las aportaciones de los planes de seguro médico después de la separación del servicio que perjudique a los afiliados podría afectar los elementos básicos de los derechos adquiridos de los funcionarios en actividad y jubilados en relación con esta prestación. Ello contravendría la cláusula 12.1 que permite que el Estatuto y el Reglamento del Personal de las Naciones Unidas sean complementados o enmendados por la Asamblea General, sin perjuicio de los derechos adquiridos de los funcionarios. Si bien el Estatuto y el Reglamento del Personal no contienen una definición de “derechos adquiridos”, se trata de un principio jurídico bien establecido que han aplicado no solo las jurisdicciones nacionales sino también los tribunales administrativos del sistema de las Naciones Unidas.

60. No siempre es fácil determinar si un cambio concreto de una regla afecta a los derechos adquiridos. Básicamente, los derechos adquiridos durante el servicio no pueden cuestionarse cuando llega el momento de ejercerlos mediante una regla posterior que modifica las condiciones que les han dado origen.

61. La prestación del seguro médico después de la separación del servicio se basa esencialmente en el contrato de empleo del funcionario y se adquiere durante el servicio³. Por consiguiente, es parte esencial de las condiciones de empleo de los funcionarios.

62. Los jubilados actuales gozan del derecho al seguro médico después de la separación del servicio desde el momento en que este se torna exigible. Poner en práctica cambios importantes del alcance, la cobertura y la cuantía de las aportaciones al seguro médico después de la separación del servicio que disminuyen las prestaciones plantearía riesgos jurídicos.

³ El programa de seguro médico después de la separación del servicio se estableció en 1967 en vista de las dificultades a que hacían frente los funcionarios jubilados para obtener un seguro médico después de su carrera profesional en una organización internacional. Las disposiciones actuales que rigen el programa figuran en la instrucción administrativa [ST/AI/2007/3](#) de 1 de julio de 2007.

63. En lo que se refiere a los funcionarios en actividad, las modificaciones que afectan a los derechos adquiridos por medio del servicio solo serían admisibles para el futuro. Por ejemplo, de conformidad con la resolución [61/264](#) de la Asamblea General, las modificaciones de las disposiciones sobre los requisitos necesarios y las aportaciones relativos al seguro médico después de la separación del servicio se limitaban a los nuevos funcionarios contratados a partir del 1 de julio de 2007, y eran coherentes con los principios de no retroactividad y respeto de los derechos adquiridos.

64. Para determinar las repercusiones jurídicas precisas de cambiar para los afiliados el alcance y la cobertura de los planes de seguro médico después de la separación del servicio y la cuantía de las aportaciones, sería necesario realizar un análisis específico de todos los cambios considerados antes de llegar a una conclusión definitiva.

65. Todo cambio del seguro médico después de la separación del servicio podría tener repercusiones financieras en las obligaciones, los costos actuales y la distribución de esos costos entre los afiliados y las Naciones Unidas. Las repercusiones financieras se podrían determinar con mayor precisión sobre la base de medidas detalladas.

66. A lo largo de los años, periódicamente se han incorporado cambios en el diseño de los planes, entre otros, la disposición de que todos los jubilados en condiciones de hacerlo debían afiliarse al Plan B de Medicare a partir de enero de 2011 y un aumento del valor de las franquicias y los copagos correspondientes a los afiliados sobre la base de las disposiciones vigentes de planes comparables. Los diseños de los planes siguen adaptándose a la evolución de entorno de los seguros médicos y al mismo tiempo mantienen el objetivo de contener el gasto y asegurar el acceso a una atención de calidad de los jubilados que reúnen los requisitos necesarios.

VIII. Cierre del Tribunal Internacional para la ex-Yugoslavia y el Tribunal Penal Internacional para Rwanda

67. En informes anteriores sobre la financiación de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, el Secretario General propuso el establecimiento de un mecanismo de financiación respecto de los cierres del Tribunal Internacional para la ex-Yugoslavia y del Tribunal Penal Internacional para Rwanda. El Secretario General señaló que las obligaciones se habían ido acumulando, pero no se había financiado ninguna parte de estas, lo cual había contribuido a la considerable preocupación planteada por la Junta de Auditores en sus informes sobre los estados financieros de los Tribunales correspondientes a los bienios 2004-2005 y 2006-2007 ([A/61/5/Add.11](#) y Corr.1, [A/61/5/Add.12](#) y Corr.1, [A/63/5/Add.11](#), y [A/63/5/Add.12](#)). Sin la financiación para ello, los Tribunales no tendrán la capacidad para hacer frente a sus obligaciones. El Secretario General señala que, como parte de los cierres de esos Tribunales, será necesario tener en cuenta estos pasivos acumulados no financiados respecto de los funcionarios en actividad y jubilados, y asegurar que las cantidades residuales se financien adecuadamente.

IX. Conclusiones

68. Las obligaciones no financiadas del seguro médico después de la separación del servicio ascendieron a 3.654 millones y 3.943 millones de dólares al 31 de diciembre de 2011 y el 31 de diciembre de 2012, respectivamente. Sobre la base de las proyecciones de las jubilaciones del personal de las Naciones Unidas y de los supuestos demográficos y de la tasa de inflación de los gastos médicos actuales, se prevé que esas cantidades aumentarán considerablemente en los bienios futuros, sin que haya recursos específicos para cubrir las obligaciones no financiadas. La Junta de Auditores ha validado los pasivos y, en vista de su importancia, ha seguido recomendando que la Organización adopte una estrategia de financiación. El Secretario General está de acuerdo en que es necesario empezar a reconocer los costos continuos de los servicios a medida que estos se prestan y a separar fondos periódicamente para establecer una reserva destinada a financiar las necesidades del seguro médico después de la separación del servicio, nivelando así las necesidades de recursos a lo largo del tiempo.

X. Medidas que deberá adoptar la Asamblea General

69. En relación con la adopción de un mecanismo 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 y el Tribunal Penal Internacional para Rwanda, así como para financiar el incremento anual del devengo correspondiente a los funcionarios en actividad de esas entidades, se pide a la Asamblea General que:

a) Apruebe la financiación de las obligaciones actuales y futuras relacionadas con el seguro médico después de la separación del servicio de las Naciones Unidas respecto de los funcionarios en actividad y exfuncionarios en todas las fuentes de financiación con efecto a partir del 1 de enero de 2016 y la transferencia de esos fondos a una cuenta especial establecida para el fondo de reserva de dicho seguro médico:

i) Financiación continua a largo plazo:

a. Tomando nota de la intención del Secretario General de seguir financiando los costos con cargo a los ingresos corrientes por medio de consignaciones para sufragar los subsidios que los afiliados actuales reciben del seguro médico después de la separación del servicio que se jubilaron con cargo a los presupuestos ordinario y de las operaciones de mantenimiento de la paz;

b. Tomando nota de la intención del Secretario General de seguir sufragando los costos con cargo a recursos extrapresupuestarios para los afiliados a un seguro médico después de la separación del servicio que se jubilaron con cargo a fondos extrapresupuestarios;

c. Estableciendo un cargo equivalente al 4,5% del total de los gastos de personal en todas las fuentes de financiación para cubrir los costos acumulables del servicio respecto de los funcionarios en actividad, como parte de los gastos comunes de personal, con efecto a partir del 1 de enero de 2016;

d. Decidiendo que el cargo del 4,5% para cubrir los costos acumulables del servicio respecto de los funcionarios en actividad se examinará cada cinco años para garantizar que se obtengan los importes necesarios para cumplir los objetivos de financiación;

ii) **Financiación del pasivo acumulado**

a. Estableciendo un cargo equivalente al 2% de los gastos totales de personal en todas las fuentes de financiación con el objetivo de alcanzar la financiación completa del pasivo acumulado del seguro médico después de la separación del servicio en 20 años, como parte de los gastos comunes de personal, con efecto a partir del 1 de enero de 2016;

b. Decidiendo que el cargo del 2% para cubrir el pasivo acumulado del seguro médico se examinará cada cinco años para garantizar que se obtengan los importes necesarios para cumplir los objetivos de financiación;

c. Haciendo suya la propuesta del Secretario General de que la parte de las reservas del seguro médico que normalmente se acumularía en favor de los Estados Miembros en virtud de la metodología de exoneración del pago de las primas, se usara para financiar ese pasivo;

b) Apruebe la financiación de las obligaciones actuales y futuras relacionadas con el seguro médico después de la separación del servicio del Tribunal Internacional para la ex-Yugoslavia y el Tribunal Penal Internacional para Rwanda como parte de los costos de cierre de ambos Tribunales;

c) Tome nota de que aumentar la edad normal de jubilación a 65 años para los futuros funcionarios, con efecto a partir del 1 de enero de 2014, no tendrá repercusiones materiales en el pasivo acumulado antes del 1 de enero de 2014;

d) Tome nota de que al aumentar la edad normal de jubilación a 65 años para los funcionarios actuales con carácter optativo y con efecto a partir del 1 de enero de 2014, el impacto en la evaluación actuarial del pasivo acumulado sería una reducción inferior al 1%.

70. La Asamblea General tal vez desee invitar a la Comisión de Administración Pública Internacional a que examine nuevamente la cuestión de la distribución de las primas del seguro médico entre las organizaciones de las Naciones Unidas y los afiliados a los planes.

Anexo I

Resumen de las prestaciones de los planes médicos del programa de seguro médico de las Naciones Unidas

(En dólares de los Estados Unidos)

Prestación	Aetna (solo médico)		Empire Blue Cross (solo médico)		Cigna (solo dental)	Vanbreda International	Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente	Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas	Plan colectivo de seguro médico de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial y la Oficina de las Naciones Unidas en Viena
	Proveedores de la red	Proveedores externos ^a	Proveedores de la red	Proveedores externos ^a					
Franquicia anual	Ninguna	250 dólares (individual) 750 dólares (familiar)	Ninguna	250 dólares (individual) 750 dólares (familiar)	Ninguna (proveedores de la red) 50 dólares por persona y 150 dólares por familia (proveedores externos)	Ninguna si la atención se presta fuera de los Estados Unidos Para la atención prestada en los Estados Unidos: 1.200 dólares (individual) 3.600 dólares (familiar)	Ninguna	Ninguna	Ninguna
Desembolso anual máximo	—	1.250 dólares (individual) 3.750 dólares (familiar)	—	1.250 dólares (individual) 3.750 dólares (familiar)	—	200 dólares (individual) 600 dólares (familiar) Para la atención prestada en los Estados Unidos: 2.200 dólares (individual) 6.600 dólares (familiar)	Un mes de salario en caso de funcionarios en actividad	—	—

<i>Prestación</i>	<i>Aetna (solo médico)</i>		<i>Empire Blue Cross (solo médico)</i>		<i>Cigna (solo dental)</i>	<i>Vanbreda International</i>	<i>Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente</i>	<i>Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas</i>	<i>Plan colectivo de seguro médico de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial y la Oficina de las Naciones Unidas en Viena</i>
	<i>Proveedores de la red</i>	<i>Proveedores externos^a</i>	<i>Proveedores de la red</i>	<i>Proveedores externos^a</i>					
Máximo anual (por persona)	Sin límite	Sin límite	Sin límite	Sin límite	2.250 dólares con incrementos anuales de 100 dólares a 300 dólares si se contrata la atención preventiva	250.000 dólares	Cuatro veces el salario de referencia del Plan (5 veces en Tailandia)	Sin límite	Sin límite
Hospitalización (con registro previo)	100%	100%	100%	80% (Estados Unidos) 100% (internacional)	–	Alojamiento y comida: 330 dólares por día excepto en Europa Occidental, el Canadá, Israel, Australia, Chile y México, que tienen tasas diarias máximas concretas 80% (honorarios) ^b 100% (otros gastos)	100%	100% (habitación general, seis camas como mínimo) 90% (habitación con dos camas) 75% (habitación privada)	100% (habitación general, excepto en el Canadá, los Estados Unidos, Israel y Europa) 90% (hospital de segunda clase) 70% (hospital de primera clase).
Hospitalización de pacientes ambulatorios (con registro previo)	100%	100%	100%	80% (Estados Unidos) 100% (internacional)	–	100%	100%	90%	90%

Prestación	Aetna (solo médico)		Empire Blue Cross (solo médico)		Cigna (solo dental)	Vanbreda International	Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente	Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas	Plan colectivo de seguro médico de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial y la Oficina de las Naciones Unidas en Viena
	Proveedores de la red	Proveedores externos ^a	Proveedores de la red	Proveedores externos ^a					
Sala de urgencias (primera visita)	100% después de un copago de 50 dólares	100% después de un copago de 50 dólares	100% después de un copago de 50 dólares	100% después de un copago de 50 dólares	—	80%	100%	80%	80%
Visita a la sala de urgencias (para atención no urgente)	80% una vez deducida la franquicia	80% una vez deducida la franquicia	No cubierta	No cubierta	—	80%	80%	80%	80%
Visitas al consultorio y/o a domicilio	100% después de un copago al médico de atención primaria o al especialista de 15 o 20 dólares	80%	100% después de un copago al médico de atención primaria o al especialista de 15 o 20 dólares	80%	—	80% ^b	80%	80%	80%
Examen médico de rutina	100% después de un copago de 15 dólares	80%	100% después de un copago de 15 dólares	80%	—	100% hasta 750 dólares	80%	80%	80% (hasta 170 euros por año civil, hasta 562 euros para hombres mayores de 40 años y mujeres mayores de 35 años)

Prestación	Aetna (solo médico)		Empire Blue Cross (solo médico)		Cigna (solo dental)	Vanbreda International	Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente	Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas	Plan colectivo de seguro médico de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial y la Oficina de las Naciones Unidas en Viena
	Proveedores de la red	Proveedores externos ^a	Proveedores de la red	Proveedores externos ^a					
Honorarios de cirujanos	100%	80% una vez deducida la franquicia	100%	80% una vez deducida la franquicia	—	80% (honorarios) 100% (otros gastos)	80%	90%	80%
Farmacia	20% copago (hasta 20 dólares)	60% (Estados Unidos) 80% (internacional)	20% copago (hasta 20 dólares)	60% (Estados Unidos) 80% (internacional)	—	80%	100% (paciente hospitalizado) 80% (paciente ambulatorio)	80%	80%
Atención de la salud mental, hospitalización	100%	100%	100%	80%	—	Igual a las demás hospitalizaciones	Igual a las demás hospitalizaciones, con un máximo anual de un mes del salario de referencia	100% (habitación general, seis camas como mínimo) 90% (habitación con dos camas) 75% (habitación privada)	100% (habitación general, excepto en el Canadá, los Estados Unidos, Israel y Europa) 90% (hospital de segunda clase) 70% (hospital de primera clase)
Atención de la salud mental, pacientes ambulatorios	100%	80% una vez deducida la franquicia	100%	80% una vez deducida la franquicia	—	80% con aprobación previa	80% (hasta un mes del salario de referencia)	80% (seis visitas por año como máximo)	80% para el personal con aprobación previa; hasta un máximo de 1.890 euros por persona a cargo por hasta 24 meses consecutivos

Prestación	Aetna (solo médico)		Empire Blue Cross (solo médico)		Cigna (solo dental)	Vanbreda International	Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente	Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas	Plan colectivo de seguro médico de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial y la Oficina de las Naciones Unidas en Viena
	Proveedores de la red	Proveedores externos ^a	Proveedores de la red	Proveedores externos ^a					
Atención de abuso de alcohol y de sustancias adictivas, pacientes hospitalizados (con aprobación previa)	100%	100% una vez deducida la franquicia	100%	80% una vez deducida la franquicia	–	Igual a las demás hospitalizaciones	Igual a las demás hospitalizaciones, con un máximo anual de 30 días y un mes del salario de referencia	80% (tres tratamientos como máximo por persona a lo largo de la vida)	Reembolso igual al de otras hospitalizaciones, hasta dos tratamientos a largo de la vida
Atención de abuso de alcohol y de sustancias adictivas, pacientes ambulatorios	100%	80% una vez deducida la franquicia	100%	80% una vez deducida la franquicia	–	80% de ser medicamento necesario, con aprobación previa	80% (hasta un mes del salario de referencia)	80% (tres tratamientos como máximo por persona a lo largo de la vida)	
Exámenes de la vista	100% después de un copago de 20 dólares	80%	100 dólares después de un copago de 15 dólares	80% una vez deducida la franquicia	–	80%	80%	80%	80% cada 24 meses
Gafas, marcos y lentes ópticas	100 dólares máximo para dos lentes o marcos en un período de 12 meses	100 dólares máximo para dos lentes o marcos en un período de 12 meses	130 dólares, con un copago de 10 dólares por lentes	45 dólares máximo para marcos; de 25 a 55 dólares por lentes y 105 dólares por lentes de contacto	–	80% (hasta 250 dólares cada 24 meses)	80% (hasta 120 dólares cada 24 meses)	80% por: a) lentes (450 francos suizos como máximo por año acumulados durante dos años); b) marcos (75 francos suizos como máximo); y	80% por lentes (hasta 390 euros cada 24 meses) y por tratamiento con rayos láser (reembolsado como prestación de cirugía ambulatoria u hospitalización); no cubre los marcos

Prestación	Aetna (solo médico)		Empire Blue Cross (solo médico)		Cigna (solo dental)	Vanbreda International	Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente	Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas	Plan colectivo de seguro médico de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial y la Oficina de las Naciones Unidas en Viena
	Proveedores de la red	Proveedores externos ^a	Proveedores de la red	Proveedores externos ^a					
								c) cirugía refractiva (2.000 francos suizos por ojo a lo largo de la vida)	
Dental, máximo anual	–	–	–	–	2.250 dólares con aumentos anuales de 100 a 300 dólares si se contrata la atención preventiva	1.000 dólares con un arrastre por única vez del saldo no utilizado	Medio salario de referencia	2.500 francos suizos por año como máximo acumulados durante dos años civiles	1.897 euros con un arrastre por única vez del saldo no utilizado
Atención dental preventiva	–	–	–	–	100% (proveedores de la red) 90% (proveedores externos)	80% (hasta el máximo anual)	80% (hasta la mitad del salario de referencia)	80%	80% (hasta el máximo anual)
Atención dental restaurativa	–	–	–	–	100% (proveedores de la red) 80% (proveedores externos)	80% (hasta el máximo anual)	80% (hasta la mitad del salario de referencia)	90%	80% (hasta el máximo anual)
Tratamiento de ortodoncia (niños hasta los 19 años)	–	–	–	–	100% (proveedores de la red) 70% (proveedores externos) 2.250 dólares como máximo a lo largo de la vida	80% (hasta el máximo anual)	80% (hasta la mitad del salario de referencia)	80%	80% hasta el máximo anual)

<i>Prestación</i>	<i>Aetna (solo médico)</i>		<i>Empire Blue Cross (solo médico)</i>		<i>Cigna (solo dental)</i>	<i>Vanbreda International</i>	<i>Plan de Seguro Médico del personal contratado localmente</i>	<i>Sociedad de Seguros Mutuos del Personal de las Naciones Unidas</i>	<i>Plan colectivo de seguro médico de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial y la Oficina de las Naciones Unidas en Viena</i>
	<i>Proveedores de la red</i>	<i>Proveedores externos^a</i>	<i>Proveedores de la red</i>	<i>Proveedores externos^a</i>					
Fisioterapia y otras terapias, pacientes hospitalizados	100%	80%	100% (60 visitas por año)	80%	—	100% (gastos hospitalarios) 80% (honorarios médicos)	100% (gastos hospitalarios) 80% (honorarios médicos)	100% (gastos hospitalarios) 80% (honorarios médicos)	80%
Fisioterapia y otras terapias, pacientes ambulatorios	100%	80%	100% después de un copago de 20 dólares (60 visitas por año)	80%	—	80% ^b	80%	80% (hasta 70 francos suizos por sesión; 30 sesiones por año como máximo)	80%
Equipo médico duradero	100%	80%	100%	—	—	80% ^b	—	80%	80%

^a En los Estados Unidos, los reembolsos en el caso de proveedores externos están sujetos a una franquicia anual y se limitan a cargos razonables y habituales.

^b El Plan de Servicios Médicos Integrales reembolsa el 80% del 20% residual que no cubre la prestación del plan básico una vez que el afiliado llega al desembolso anual máximo.

Anexo II

Análisis comparativo del pasivo correspondiente al seguro médico después de la separación del servicio para las organizaciones del sistema común de las Naciones Unidas

(En millones de dólares de los Estados Unidos)^a

Organización o entidad	Pasivo total, 31 de diciembre			Financiación disponible, 31 de diciembre			Pasivo consignado en el balance, 31 de diciembre			Pasivo no consignado en el balance, 31 de diciembre			Fecha de evaluación actuarial más reciente	Jubilados actuales sujetos al régimen de pagos con cargo a los ingresos corrientes	Porcentaje del pasivo total finan- ciado
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2010	2011				
Naciones Unidas	2 302	2 473	3 654	—	—	—	2 304	2 473	3 654	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
Tribunal Penal Internacional para Rwanda	23	25	43	—	—	—	23	25	43	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
Tribunal Internacional para la ex-Yugoslavia	14	15	27	—	—	—	14	15	27	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
ACNUR	347	286	351	—	—	—	347	286	351	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
CCI	37	39	58	—	—	—	37	39	58	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
CCPPNU	31	—	45	—	—	—	31	—	45	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
Comisión de Indemnización de las Naciones Unidas	3	3	5	—	—	—	3	3	5	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
Convención de las Naciones Unidas de Lucha contra la Desertificación	5	5	9	—	—	—	5	5	9	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático	13	16	29	—	—	—	13	16	29	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
FAO	934	983	979	187	219	229	654	714	776	268	203	31 de diciembre de 2011	No	23	
FIDA	61	56	52	60	67	66	61	56	52	—	—	31 de diciembre de 2011	No	127	
FNUDC ^b	11	11	10	—	—	—	—	—	—	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
OACI ^a	54	66	63	—	1	1	—	66	63	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	2	
OIEA ^a	244	244	111	—	—	—	—	145	111	99	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
OIT	510	564	738	36	40	48	510	564	738	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	6	
OMI	27	27	24	3	—	—	—	27	24	—	—	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
OMM	60	65	40	2	—	24	—	65	40			31 de diciembre de 2011	Sí	60	
OMPI ^a	99	112	113	—	—	—	46	101	103	11	103	31 de diciembre de 2011	Sí	—	
OMS	1 000	1 365	1 236	450	478	444	450	478	528	887	264	31 de diciembre de 2011	Sí	36	
OMT	4	4	4	—	1	1	—	1	1	3	3	31 de diciembre de 2007	Sí	25	

Organización o entidad	Pasivo total, 31 de diciembre			Financiación disponible, 31 de diciembre			Pasivo consignado en el balance, 31 de diciembre			Pasivo no consignado en el balance, 31 de diciembre		Fecha de evaluación actuarial más reciente	Jubilados actuales sujetos al régimen de pagos con carga a los ingresos corrientes	Porcentaje del pasivo total finan- ciado
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2010	2011			
ONU-Hábitat	8	9	17	–	–	–	8	9	17	–	–	31 de diciembre de 2011	Sí	–
ONU-Mujeres ^b	20		27			22			22		5	31 de diciembre de 2011	Sí	81
ONUDI	101	124	144	–	–	–	–	124	144	–	–	31 de diciembre de 2011	Sí	–
ONUSIDA	–	–	63	–	–	29	–	–	–	–	34	31 de diciembre de 2007	Sí	46
OPS	203	258	–	22	25	–	–	186	–	71	–	31 de diciembre de 2010	No	–
PMA	182	204	231	107	113	145	182	204	231	–	–	31 de diciembre de 2011	No	63
PNUD ^b	430	463	830	373	–	453	373	–	453	–	377	31 de diciembre de 2011	Sí	55
PNUMA	39	44	77	–	–	–	39	44	77	–	–	31 de diciembre de 2011	Sí	–
UIT	188	–	302	–	–	7	–	–	302	–	–	2012	Sí	2
UNESCO	649	736	750	27	–	–	–	736	750	–	–	31 de diciembre de 2011	Sí	–
UNFPA	88	88	163	79	84	115	88	88	163	–	–	31 de diciembre de 2011	No	71
UNICEF	464	507	783	210	240	270	–	–	–	507	783	31 de diciembre de 2011	Sí	34
UNODC	14	17	30	–	–	–	14	17	30	–	–	31 de diciembre de 2011	Sí	–
UNOPS	–	–	40	–	–	18	–	–	18	–	22	31 de diciembre de 2011	Sí	45
UNU	6	6	10	–	–	–	6	6	10	–	–	31 de diciembre de 2011	Sí	–
UPU	6	21	40	–	–	–	–	–	37	21	3	31 de diciembre de 2010	Sí	–

Siglas: ACNUR, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; CCI, Centro de Comercio Internacional UNCTAD/OMC; CCPNU, Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas; FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; FIDA, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola; FNUDC, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Capitalización; OACI, Organización de Aviación Civil Internacional; OIEA, Organismo Internacional de Energía Atómica; OIT, Organización Internacional del Trabajo; OMI, Organización Marítima Internacional; OMM, Organización Meteorológica Mundial; OMPI, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual; OMS, Organización Mundial de la Salud; OMT, Organización Mundial del Turismo; ONU-Hábitat, Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos; ONU-Mujeres, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres; ONUDI, Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial; ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; OPS, Organización Panamericana de la Salud; PMA, Programa Mundial de Alimentos; PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; PNUMA, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; UIT, Unión Internacional de Telecomunicaciones; UNESCO, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas; UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; UNODC, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; UNOPS, Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos; UNU, Universidad de las Naciones Unidas; UPU, Unión Postal Universal.

^a Las cantidades de la OIEA figuran en euros, las de la OACI en dólares canadienses y las de la OMPI en francos suizos.

^b A partir de 2009, el PNUD ha informado las obligaciones del FNUDC y ONU-Mujeres (anteriormente Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer) por separado.