



# Asamblea General

Distr. general  
24 de febrero de 2016  
Español  
Original: inglés

---

## Septuagésimo período de sesiones

Tema 134 del programa

Presupuesto por programas para el bienio 2016-2017

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

#### **Informe de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto**

## **I. Introducción**

1. La Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto ha examinado el informe del Secretario General sobre la gestión de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio (A/70/590). Durante su examen del informe, la Comisión se reunió con representantes del Secretario General, que proporcionaron información y aclaraciones adicionales, proceso que concluyó con las respuestas por escrito recibidas el 17 de febrero de 2016.

2. La Comisión Consultiva recuerda que la Asamblea General, en su resolución 64/241, solicitó al Secretario General que en su sexagésimo séptimo período de sesiones le presentara 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, entre otras cosas, 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 para jubilados del sector público ofrecidos por sus respectivos



gobiernos; 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. La Asamblea también 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 su informe a la Asamblea.

3. La Comisión Consultiva recuerda también que en su resolución 68/244, la Asamblea General tomó nota de las propuestas contenidas en el informe del Secretario General, presentadas de conformidad con las resoluciones 64/241 y 65/259 (A/68/353), y solicitó al Secretario General que examinara la opción de ampliar el mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas sobre la base de la información presentada por el Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas a fin de incluir la administración económica, eficiente y sostenible de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio, tomando en cuenta las ventajas y desventajas de esta opción, incluidas sus consecuencias financieras y jurídicas, sin perjuicio del resultado del examen, y que la informase al respecto en su septuagésimo período de sesiones. La Asamblea también subrayó que esa solicitud no impedía al Secretario General examinar otras opciones. Además, la Asamblea solicitó al Secretario General que realizara una encuesta de los planes de seguro de salud vigentes del personal en servicio activo y de los funcionarios jubilados del sistema de las Naciones Unidas, estudiara todas las opciones que permitieran aumentar la eficiencia y moderar los gastos y la informara al respecto en su septuagésimo período de sesiones (véase también el párr. 19 *infra*).

4. En su informe (A/70/590), el Secretario General presenta los resultados de un estudio preparado por el Grupo de Trabajo sobre el seguro médico después de la separación del servicio, que fue establecido por la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión de la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación (JJE). En el párrafo 2 del informe, el Secretario General enumera las tareas del Grupo de Trabajo y en el párrafo 3 describe su composición. En el resumen del informe, sugiere que la Asamblea tal vez desee considerar la posibilidad de movilizar fases posteriores del estudio realizado por el Grupo de Trabajo a fin de seguir evaluando la financiación y el diseño del plan y la valuación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio (véase también el párr. 9 *infra*). La Comisión Consultiva acoge con beneplácito, en su conjunto, el examen amplio realizado por el Grupo de Trabajo sobre el seguro médico después de la separación del servicio, establecido por la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión de la JJE.

## II. Propuestas del Grupo de Trabajo

5. El su informe (A/70/590), el Secretario General aborda los cuatro pilares que constituyen la base del análisis realizado por el Grupo de los planes de seguro médico en todo el sistema de las Naciones Unidas, a saber: a) el análisis de los costos y disposiciones administrativas; b) el examen del marco del seguro médico después de la separación del servicio del sistema de las Naciones Unidas; c) la determinación y divulgación del pasivo; y d) las alternativas de financiación del

pasivo. La Comisión Consultiva presenta a continuación sus observaciones y recomendaciones, cuando procede, en su examen de las recomendaciones específicas del Grupo de Trabajo en relación con cada uno de los cuatro pilares.

## **A. Análisis de los costos y disposiciones administrativas**

6. En sus recomendaciones 1 y 2, el Grupo de Trabajo indicó que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas debían negociar colectivamente con los administradores externos a fin de optimizar los precios para los servicios administrativos y el acceso a la red, y con los servicios de atención médica los planes autoadministrados a fin de obtener los mejores precios y el mejor acceso a una atención de la salud de calidad. En la recomendación 3, el Grupo recomendó además que las organizaciones con planes asegurados externamente realizaran exámenes periódicos de las pólizas a fin de proporcionar una base sólida para la impugnación de los términos y condiciones de los aseguradores, y compartieran los resultados dentro del sistema de las Naciones Unidas a modo de referencia.

7. El Secretario General indica que casi todo el personal de contratación internacional y el de contratación local (en actividad y jubilados y sus familiares a cargo) que está asegurado conforme a los planes del sistema de las Naciones Unidas, está asegurado en uno de los 23 planes de seguro médico representados en el estudio. El cuadro 1 del informe presenta la composición demográfica de las personas aseguradas en los planes; el cuadro 2 muestra que, en 2014, había 401.166 personas aseguradas en los planes del sistema de las Naciones Unidas a un costo de 731,7 millones de dólares. En respuesta a su solicitud, se proporcionó a la Comisión Consultiva una versión revisada del cuadro 2 (véase el anexo 1 del presente informe), en el que figura el desglose entre los planes basados en Ginebra y otros planes para el personal del cuadro orgánico de contratación internacional. En el cuadro revisado también se indica el número de funcionarios jubilados y las personas a su cargo aseguradas en cada una de las tres categorías principales de los planes de seguro médico. Según el cuadro, 194.818 personas (el 49% del total) están aseguradas en el Plan de Seguro Médico y el sistema de cobertura de seguro médico para el personal local sobre el terreno a un costo de 63,6 millones de dólares (el 9% del costo total). Por lo que respecta a los funcionarios internacionales del cuadro orgánico que se encuentran fuera de los Estados Unidos de América, el cuadro muestra que 71.963 personas (el 18% del total) están cubiertas por los planes basados en Ginebra para el personal internacional del cuadro orgánico a un costo de 220,5 millones de dólares (el 30% del costo total), 101.591 personas (el 25% del total) están cubiertas por planes para funcionarios internacionales del cuadro orgánico, a un costo de 209,5 millones de dólares (el 29% del costo total). El cuadro también muestra que 32.794 personas (el 8% del total) están cubiertas por los planes basados en los Estados Unidos a un costo de 238 millones de dólares (el 33% del costo total).

8. En el cuadro 3 del informe figura el número de personas afiliadas a cada uno de los 23 planes de seguro médico que se clasifican en tres categorías generales: planes autoasegurados autoadministrados; planes autoasegurados administrados por terceros; y planes asegurados y administrados por terceros. En respuesta a su solicitud, se proporcionó a la Comisión Consultiva una versión revisada del cuadro 3, en el que figura el costo anual total de las prestaciones para cada uno de los 23 planes (véase el anexo II del presente informe). De conformidad con el cuadro

revisado, el costo anual de la prestación por afiliado es considerablemente mayor para los planes autoasegurados administrados por terceros basados en los Estados Unidos que para los demás planes. En su informe, el Secretario General también indica que en 2014 los gastos administrativos insumieron 48 millones de dólares (incluidos los gastos de personal de los planes autoadministrados y los honorarios de los planes administrados por terceros), y que los gastos administrativos representan el 6,1% del total de gastos en todo el sistema de las Naciones Unidas, lo que se ajusta al promedio del sector, que es de entre el 5% y el 8% en los Estados Unidos.

9. Al examinar las oportunidades relacionadas con la consolidación global de los planes del sistema de las Naciones Unidas en un seguro de salud común, el Grupo de Trabajo observó la existencia de casos concretos de planes consolidados de seguro de salud ofrecidos por organizaciones con perfiles de riesgo similares, en Nueva York, Ginebra y Roma. Sin embargo, el Grupo llegó a la conclusión de que no había pruebas ciertas de que se lograrían ventajas en materia financiera u operacional de la consolidación de todos los planes del sistema de las Naciones Unidas, teniendo en cuenta las diversas complejidades que supondría esa consolidación. En respuesta a sus preguntas, se informó a la Comisión Consultiva de que la viabilidad de la consolidación de algunos de los 23 planes y las posibles economías que derivaría de ella exigirían un análisis exhaustivo que se realizaría en la segunda fase del estudio del Grupo de Trabajo. Un análisis de este tipo abordaría los obstáculos existentes para la consolidación, como las condiciones para la participación, el plan de prestaciones y los factores demográficos, que se examinan con más detalle en los párrafos 10 a 13 *infra*.

10. En lo que respecta a las condiciones para la participación, se informó a la Comisión Consultiva de que algunos planes preveían la cobertura de dependientes secundarios con primas no subvencionadas, mientras que otros planes no permitían la cobertura de esas personas. Algunas organizaciones ofrecían planes complementarios mientras que otras no los ofrecían. Otros planes proporcionaban cobertura subvencionada a los cónyuges únicamente cuando ya estaban recibiendo prestaciones por familiares a cargo. Algunos planes también ofrecían cobertura a los hijos mayores de 21 años o de 25 años con primas subvencionadas, mientras que otros no ofrecían esa opción y limitaban la cobertura hasta una edad determinada.

11. En cuanto al plan de prestaciones, se informó a la Comisión Consultiva de que algunos planes ofrecían prestaciones que obedecían a requisitos nacionales o regionales, por ejemplo, la cobertura de largo plazo no estaba prevista en los planes basados en los Estados Unidos, aunque esta se exigía en algunos países. Toda consolidación que armoniza “a la baja” (es decir, que abarca únicamente las prestaciones que eran comunes a todos los planes) resultaría en una reducción de las prestaciones de algunos jubilados, mientras que una armonización “al alza” (es decir, que abarca las prestaciones que solo ofrecían algunos planes) tendría repercusiones financieras en la forma de primas más elevadas que habrían de prorratearse entre los jubilados afiliados y las organizaciones a las que pertenecían.

12. En lo que respecta a los factores demográficos, se informó a la Comisión Consultiva de que en los casos en que un plan con una alta relación entre jubilados y personal activo se consolidaba en un plan con una relación más favorable entre jubilados y personal activo, el perfil de riesgos cambiaba. Las primas establecidas para el nuevo plan debían fijarse de manera que el plan para jubilados con la

relación más baja experimentara un incremento de las primas, mientras que el plan para jubilados con la relación más alta experimentaría una reducción de las primas, a menos que se estableciera un mecanismo complejo de compensación durante un periodo de transición.

13. También se informó a la Comisión Consultiva de que los obstáculos descritos podían dificultar la transferibilidad interinstitucional del seguro médico de los funcionarios dentro del sistema de las Naciones Unidas en los casos en que los funcionarios que se trasladaran de una organización a otra resultaran elegibles únicamente para un plan o para planes que no les proporcionaban la misma cobertura que su seguro médico anterior. Según el Secretario General, esos casos de planes de seguro médico no transferibles podrían ser un obstáculo para la movilidad del personal.

**14. La Comisión Consultiva reconoce la diversidad de los planes de seguro médico en todo el sistema de las Naciones Unidas, tanto desde el punto de vista de los mercados en que operan como de las categorías de personal al que prestan servicios. Además, la Comisión reconoce las variaciones en el modelo de administración en que operan los diversos planes. A pesar de estos obstáculos, la Comisión es de la opinión de que existen oportunidades para la consolidación con la finalidad de obtener economías y aumentar la eficiencia, manteniendo al mismo tiempo el acceso a atención sanitaria de calidad. En ese sentido, la Comisión recomienda que la Asamblea General haga suyas las recomendaciones 1 a 3 del Grupo de Trabajo y alienta al Grupo a que siga estudiando las oportunidades para la consolidación de los planes de seguro médico en los distintos niveles.**

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

### **Planes nacionales de seguro médico**

15. En su recomendación 4, el Grupo de Trabajo recomendó que las organizaciones evaluaran la idoneidad, la viabilidad y los efectos financieros de incorporar en sus planes de seguro médico el requisito de inscribirse en un plan nacional de seguros y que las contribuciones al plan nacional fueran sufragadas por el plan de la organización. El Grupo propuso que se siguiera alentando a las organizaciones a seguir explorando el valor de los planes nacionales de seguro médico en el contexto de los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas y en un marco en el que los planes actuaran como planes complementarios a fin de homogeneizar las condiciones ofrecidas a los funcionarios en activo y jubilados. El Secretario General indica en el informe que el Grupo de Trabajo realizó investigaciones sobre los planes nacionales de seguro médico de los Estados Unidos, Francia, Italia, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Suiza, los cinco países en los que, según el Secretario General, reside la mayoría de los afiliados al seguro médico después de la separación del servicio. Señala también que el objetivo de la investigación era examinar si la experiencia positiva de las Naciones Unidas de aprovechar Medicare mediante el requisito de que las personas aptas afiliadas al seguro de los Estados Unidos debían inscribirse en la parte B de Medicare, además de afiliarse a uno de los planes de seguro médico de las Naciones Unidas, podía reproducirse en otros lugares de destino.

16. En respuesta a sus preguntas, se informó a la Comisión Consultiva de que había más de 5.800 jubilados afiliados a los dos planes de las Naciones Unidas basados en los Estados Unidos y que más de 3.100 de ellos estaban afiliados a Medicare (ya sea en la parte B únicamente o en las partes A y B)<sup>1</sup>. En respuesta a otras preguntas, se informó además a la Comisión de que las Naciones Unidas no tenían información sobre otros jubilados que podían estar también cubiertos por sus sistemas nacionales de seguro médico ya que no se exigía que los jubilados radicados fuera de los Estados Unidos presentaran información. En respuesta a su solicitud, se proporcionaron a la Comisión estadísticas, sobre la base de las direcciones disponibles, los países de residencia de los 37.568 jubilados (con exclusión de sus familiares a su cargo), que estaban afiliados al seguro médico después de la separación del servicio. La Comisión observa sobre la base de las estadísticas, que el 40% de esos jubilados residen en Europa, el 18% en los Estados Unidos; el 15% en África; el 15% en las regiones de Asia y el Pacífico y Asia occidental; el 9% en América Central y América Latina y el Caribe; y el 2% en el Canadá y México. **La Comisión Consultiva destaca que deberían establecerse los procedimientos necesarios para obtener información precisa sobre los planes nacionales de seguro médico en todas las regiones en que residen los jubilados del sistema de las Naciones Unidas. Teniendo en cuenta la amplia distribución de los jubilados en países fuera de Europa y los Estados Unidos, la Comisión Consultiva confía en que cualquier propuesta de política sobre los planes nacionales de seguro médico prestará la debida consideración a los planes nacionales de los países de esas regiones.**

17. La Comisión Consultiva recuerda que, sobre la base de la evaluación actuarial de 2011 de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, la obligación de los jubilados residentes en los Estados Unidos que se afiliaran a la parte B de Medicare, al 1 de enero de 2011, se tradujo en una reducción estimada del valor actual del pasivo acumulado de unos 258 millones de dólares para la Secretaría de las Naciones Unidas (A/68/353, párr. 48 a)). **La Comisión Consultiva es de la opinión de que podrían lograrse economías similares de los planes nacionales de seguro médico en Europa y otras regiones del mundo donde residen considerables poblaciones de jubilados del sistema de las Naciones Unidas.**

18. **Si bien no está en condiciones de recomendar la aprobación de la recomendación 4 del Grupo de Trabajo, a la espera de recibir más información sobre los planes nacionales de seguro médico, la Comisión Consultiva reconoce la posibilidad de realizar economías, de aplicarse la recomendación, y confía en que se obtendrá la información necesaria en la próxima fase del estudio del Grupo de Trabajo.**

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

19. Como se indica en el párrafo 3 del presente informe, en su resolución [68/244](#) la Asamblea General solicitó al Secretario General que examinase la opción de

---

<sup>1</sup> La parte A de Medicare cubre la hospitalización, mientras que la parte B cubre únicamente los servicios profesionales (por ejemplo, visitas médicas, análisis de laboratorio y radiografías). La parte A se proporciona automáticamente a los jubilados que han contribuido al sistema de seguridad social de los Estados Unidos por un período mínimo de 10 años (40 créditos).

ampliar el mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas a fin de incluir la administración de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio. En los párrafos 45 y 46 de su informe, el Secretario General indica que, en su informe a la Asamblea (A/69/9), el Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas había hecho suyas las recomendaciones del Comité de Supervisión del Activo y el Pasivo sobre la cuestión, acordado que no era aconsejable ampliar el mandato de la Caja Común de Pensiones para incluir la administración de las prestaciones del seguro médico después del servicio y observado que esta opción podía poner en peligro la viabilidad operacional de la Caja y también podía tener un efecto negativo sobre su sostenibilidad a largo plazo, en función del alcance de la medida que se adoptase.

20. Según el Grupo de Trabajo, no había ninguna prueba de que pudiera alcanzarse un aumento de la eficiencia o economías de escala en la administración mediante la ampliación del mandato de la Caja de Pensiones. Además, el Grupo de Trabajo afirmó que la ampliación del mandato de la Caja requeriría una dotación adicional de personal para su secretaría y la División de Gestión de las Inversiones, así como el establecimiento de una contabilidad, una presentación de informes y mecanismos de gobernanza de carácter independiente. A este respecto, el Grupo de Trabajo determinó que la compatibilidad de los datos y sistemas administrativos/informáticos no podía aprovecharse, considerando que los sistemas utilizados por la Caja de Pensiones se habían desarrollado para apoyar sus funciones específicas como fondo de pensiones y su ajuste para fines de gestión del seguro médico sería excesivamente oneroso. Teniendo en cuenta el análisis expuesto, el Grupo de Trabajo recomendó que no se ampliaran las funciones de la Caja, pero indicó que se le podría solicitar que compartiera sus mejores prácticas y métodos para la centralización y administración de un plan complejo y compuesto por múltiples empleadores si las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas optasen por proporcionar en conjunto una cobertura del seguro médico después de la separación del servicio.

21. En respuesta a sus preguntas sobre el grado de superposición entre el número de funcionarios jubilados afiliados al seguro médico después de la separación del servicio y de afiliados a la Caja Común de Pensiones, se informó a la Comisión Consultiva de que era difícil dar cifras precisas en el período de tiempo solicitado puesto que la información de la Caja abarcaba 23 organizaciones afiliadas y más de 70 entidades informantes. **La Comisión Consultiva espera que esa información se presente a la Asamblea General en futuros informes sobre el seguro médico después de la separación del servicio.**

22. También se proporcionó a la Comisión Consultiva un resumen de las principales diferencias entre las estadísticas relativas a los afiliados de la Caja de Pensiones y del seguro médico después de la separación del servicio, a saber: a) la Caja de Pensiones ofrece prestaciones a los exfuncionarios que se separaron del servicio antes de llegar a la edad normal de jubilación o la edad de jubilación anticipada al llegar a la edad de jubilación, mientras que las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio se conceden únicamente a los funcionarios que se separan del servicio a los 55 años de edad o más, o en caso de discapacidad; b) la Caja de Pensiones incluye a todos los jubilados, mientras que el seguro médico después de la separación del servicio únicamente ofrece prestaciones a los jubilados que reúnen los requisitos y optan por la cobertura; c) además de a cónyuges e hijos a cargo, la Caja de Pensiones ofrece prestaciones a los cónyuges

divorciados y a familiares secundarios a cargo cuando no existen un cónyuge o hijos con derecho a percibirlos, mientras que el seguro médico después de la separación del servicio no proporciona cobertura a esas dos categorías de beneficiarios; y d) los exfuncionarios que se jubilan antes de llegar a la edad normal de jubilación pueden aplazar el cobro de una prestación periódica de la Caja a pesar de tener derecho a percibirla y estar afiliados al seguro médico después de la separación del servicio. Además, según los representantes del Secretario General, no hay ninguna caja de pensiones conocida en que el mismo personal se encargue de administrar conjuntamente las pensiones y la atención sanitaria. También se informó a la Comisión de que, si bien los planes de pensiones y de atención sanitaria pueden compartir instalaciones, los activos y la administración se mantienen completamente separados, como sucede en el caso de las cajas de administración autónoma y las compañías de seguros y administradores externos.

23. En respuesta a sus preguntas sobre las respectivas políticas de inversión, se informó a la Comisión Consultiva de que la Caja de Pensiones tenía una estrategia de inversión a largo plazo, basada en la premisa de que el capital de la Caja no se necesitaría para sufragar los pagos de prestaciones durante al menos 30 años; en el caso del seguro médico después de la separación del servicio, en la actualidad las aportaciones se utilizaban principalmente para atender las solicitudes de reembolso y, por tanto, se disponía de escasos activos para la inversión. No obstante, se informó a la Comisión de que, si las organizaciones acumulasen activos suficientes para atender las obligaciones en concepto de seguro médico después la separación del servicio, la capacidad técnica necesaria para la inversión de esos activos podría coordinarse por conducto de la División de Gestión de las Inversiones de la Caja de Pensiones y que podría existir una cierta coordinación al más alto nivel para puestos como un Director General y un Oficial Jefe de Finanzas conjuntos.

**24. Si bien en este momento no está en condiciones de recomendar la aprobación de la recomendación 5 del Grupo de Trabajo, la Comisión Consultiva reconoce las opiniones expresadas por el Comité Mixto y el Grupo de Trabajo. La Comisión sigue opinando que la financiación y administración de las prestaciones del seguro médico después del servicio es una cuestión de interés para todo el sistema que sería mejor resolver mediante un enfoque a nivel de todo el sistema. A este respecto, la Comisión recomienda que el Grupo de Trabajo siga examinando distintas opciones para aplicar un enfoque sistémico a la gestión de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio, sin excluir un posible papel para la Caja de Pensiones, que incluya compartir sus mejores prácticas y métodos operativos (véase también el párrafo 30 del presente informe).**

### **C. Determinación y divulgación del pasivo**

25. En el párrafo 56 de su informe el Secretario General indica que el total de las obligaciones acumuladas del seguro médico después de la separación del servicio del sistema de las Naciones Unidas aumentó de 12.100 millones de dólares en 2012 a 16.100 millones de dólares en 2014. Sin embargo, en el párrafo 58 también indica que existen importantes diferencias entre las diferentes organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en lo que respecta a las hipótesis de valoración de las obligaciones en concepto de seguro médico después de la separación del servicio. El Grupo de Trabajo recomendó la normalización de la metodología de valoración

general de las obligaciones en concepto de seguro médico después de la separación del servicio y el establecimiento y aplicación de los principales factores de valoración de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio. Además, el Secretario General recomienda que el Grupo de Trabajo coordine sus esfuerzos con el Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad para armonizar los principios generales del seguro médico después de la separación del servicio y establecer los factores y las hipótesis actuariales a más tardar a fines de 2017, con el fin de aplicarlos en las valoraciones actuariales de las obligaciones en concepto de seguro médico después de la separación del servicio correspondientes a 2018.

**26. La Comisión Consultiva recomienda que se apruebe la recomendación 6 del Grupo de Trabajo y espera que, en la medida de lo posible, se adopten medidas para normalizar la metodología de valoración general de las obligaciones en concepto de seguro médico después de la separación del servicio en todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.**

#### **D. Alternativas de financiación del pasivo**

##### **Financiación suficiente de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio**

27. El Grupo de Trabajo recomendó que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas dedicasen una financiación suficiente a sus obligaciones en concepto de seguro médico después de la separación del servicio y acumulasen un nivel mínimo de reservas para financiar los gastos adicionales devengados durante el período en curso, representados por el costo de los servicios más los costos en concepto de intereses. En el caso de las organizaciones que todavía aplican el enfoque de financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes en lo que respecta a sus obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, esto significaría adoptar un enfoque de pago por devengo, lo que daría cuenta del verdadero costo de las operaciones actuales. Esta recomendación se basa en la opinión del Grupo de Trabajo de que el actual enfoque de financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes respecto de la financiación de los gastos de seguro médico utilizado por varias organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, incluida la Secretaría de las Naciones Unidas, es insostenible. Esta opinión está en consonancia con la preocupación expresada por la Junta de Auditores en lo que respecta a la ausencia de recursos específicos para cubrir el pasivo correspondiente al seguro médico después de la separación del servicio ([A/67/173](#), párr. 17). En el cuadro 4 del informe del Secretario General se indica que a finales de 2014 los activos acumulados por las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas (algo más de 2.600 millones de dólares) representaban solo el 16% de las futuras obligaciones relativas al seguro médico después de la separación del servicio, por un valor estimado de 16.100 millones de dólares, lo que arrojaba un déficit de financiación de aproximadamente 13.500 millones de dólares. La mayor parte de este déficit de financiación (5.500 millones de dólares) corresponde a la Secretaría de las Naciones Unidas.

**28. La Comisión Consultiva observa que, si bien la Asamblea General ha solicitado al Secretario General que presente propuestas sobre la gestión de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del**

servicio, la Asamblea todavía considera que el actual enfoque de financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes es una opción viable. La Comisión también observa que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas han cumplido la Norma Internacional de Contabilidad del Sector Público 25 que, si bien estipula el reconocimiento en los estados financieros del pasivo relacionado con las prestaciones de los empleados, no prescribe la forma en que debe financiarse ese pasivo y deja a la discreción de las organizaciones la tarea de determinar el enfoque óptimo para lograr que existan recursos suficientes para liquidar en el momento de su vencimiento las obligaciones correspondientes a las prestaciones de los empleados que se hayan reconocido. Además, la Comisión considera que el Secretario General no ha justificado suficientemente el motivo para reservar recursos presupuestarios destinados a actividades en curso con el fin de financiar obligaciones previstas en el futuro. A este respecto, la Comisión reitera su recomendación de que por el momento se mantenga el enfoque de la financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes (A/68/550, párr. 17), recomendación que la Asamblea General hizo suya en su resolución 68/244.

29. En respuesta a sus preguntas sobre la composición del pasivo de 16.100 millones de dólares por fuente de financiación, se informó a la Comisión Consultiva de que el desglose por fuente de financiación del pasivo a nivel de todo el sistema no estaba disponible a partir de los resultados de la encuesta. También se informó a la Comisión de que, en el caso de la Secretaría de las Naciones Unidas, al 31 de diciembre de 2014 el total del pasivo correspondiente al seguro médico después de la separación del servicio ascendía a 5.500 millones de dólares, de los cuales 3.700 millones de dólares (el 68%) se financiarían con cargo al presupuesto ordinario, 1.200 millones de dólares (el 23%) con cargo al presupuesto de mantenimiento de la paz, y 500 millones de dólares (el 9%) con cargo a fuentes de financiación extrapresupuestaria. **La Comisión Consultiva espera que, con la reciente implantación de sistemas informáticos de gestión más avanzados en todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, se vigilará estrechamente el pasivo correspondiente al seguro médico después de la separación del servicio para asegurar una atribución precisa del pasivo acumulado a sus respectivas fuentes de financiación.**

#### **Inversión de las reservas**

30. El Grupo de Trabajo recomendó que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas estudiaran oportunidades a través del Grupo de Trabajo sobre Servicios Comunes de Tesorería para cooperar a fin de aprovechar los acuerdos existentes con los administradores de activos externos con el fin de obtener la máxima rentabilidad posible y reducir al mínimo los honorarios de administración con respecto a la inversión de fondos destinados a la cobertura de las obligaciones en concepto de seguro médico después de la separación del servicio. Según la encuesta realizada por el Grupo de Trabajo, los protocolos existentes en lo que respecta a la gestión de las inversiones de los fondos destinados a la cobertura de las obligaciones en concepto de seguro médico después de la separación del servicio eran variados. En algunos casos la gestión era interna, mientras que otras organizaciones externalizaban la función de gestión de las inversiones. La encuesta también indicó que pocas organizaciones segregaban los activos y, en algunos casos, los fondos se combinaban con otros fondos y reservas. Teniendo en cuenta esta

diversidad, el Grupo de Trabajo consideró que la creación de un servicio interinstitucional para la inversión de las reservas acumuladas con el propósito de sufragar las obligaciones relacionadas con el seguro médico después de la separación del servicio requeriría, entre otras cosas, establecer acuerdos de gobernanza independientes y separados, políticas y directrices de inversión claras, mecanismos separados de contabilidad y de presentación de informes, auditoría independiente y elementos de referencia. **Si bien no descarta la posibilidad de establecer un servicio interinstitucional para la inversión de las reservas acumuladas, la Comisión Consultiva valora positivamente la recomendación del Grupo de Trabajo de aprovechar los acuerdos existentes con los administradores de activos externos en la inversión de las reservas destinadas a sufragar las obligaciones correspondientes al seguro médico después del servicio, para las organizaciones que hayan establecido reservas de ese tipo. Habida cuenta de que la Asamblea General no ha adoptado ninguna decisión en ese sentido, en este momento la Comisión no está en condiciones de recomendar la aprobación de la recomendación 8 del Grupo de Trabajo.**

### **III. Conclusión**

31. Las propuestas del Secretario General sobre las medidas que deberá adoptar la Asamblea General figuran en el párrafo 73 de su informe.

32. **Sin prejuicio de las observaciones y las recomendaciones formuladas en los párrafos anteriores, la Comisión Consultiva recomienda que la Asamblea General:**

a) **Tome nota del informe del Secretario General;**

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

## Anexo I

## Cuadro 2 revisado

## Principales grupos de tipos de plan de seguro

<i>Asegurados y costos de prestaciones</i>	<i>Total de asegurados (en activo y jubilados)</i>	<i>Porcentaje del total</i>	<i>Jubilados y familiares a cargo cubiertos</i>	<i>Porcentaje del total</i>	<i>Jubilados y familiares a cargo cubiertos como porcentaje del total de asegurados</i>	<i>Costo anual total de las prestaciones (en dólares EE.UU.)</i>	<i>Porcentaje del total</i>	<i>Costo anual per cápita (en dólares EE.UU.)</i>	<i>Costo administrativo como porcentaje del costo total</i>
Plan de Seguro Médico y Sistema de Cobertura de Seguro Médico para el personal de contratación local sobre el terreno	194 818	49	14 020	20	7	63 661 068	9	327	12
Planes de Ginebra	71 963	18	17 453	25	24	220 502 363	30	3 064	5
Otros planes para el personal del cuadro orgánico de contratación internacional	101 591	25	27 784	41	27	209 550 082	29	2 063	8
Planes de los Estados Unidos de América	32 794	8	9 421	14	29	238 019 062	32	7 258	5
<b>Total</b>	<b>401 166</b>	<b>100</b>	<b>68 678</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>731 732 575</b>	<b>100</b>	<b>1 824</b>	<b>6</b>

## Anexo II

## Cuadro 3 revisado

## Desglose de los planes de seguro médico por tipo de administración

<i>Autoasegurados</i>			<i>Asegurados por terceros</i>		
<i>Plan (administrador)</i>	<i>Personas aseguradas</i>	<i>Costo anual total de las prestaciones (en dólares EE.UU.)</i>	<i>Plan (asegurador/administrador)</i>	<i>Personas aseguradas</i>	<i>Costo anual total de las prestaciones (en dólares EE.UU.)</i>
Autoasegurados	1. Seguro médico del personal – OMS	36 726	82 509 669		
	2. Mutuality de Seguros del Personal de las Naciones Unidas (Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra)	25 128	98 714 614		
	3. Plan de seguro médico – ACNUR	23 346	5 496 786		
	4. Fondo de Seguros del Personal – OIT	10 109	39 278 080		
<b>Total</b>	<b>95 309</b>	<b>225 999 149</b>			
Asegurados por terceros	1. Plan de Seguro Médico – Naciones Unidas (Cigna)	69 079	28 027 984	1. Plan básico de seguro médico – FAO (Allianz/Allianz)	16 918 50 918 847
	2. Plan universal – Naciones Unidas (Cigna)	55 647	82 887 965	2. Plan de cobertura de seguro médico – PMA (Allianz/Allianz)	15 656 2 178 160
	3. Plan de seguro médico – PNUD (Cigna)	53 523	16 893 357	3. Plan completo de seguro médico – ONUDI (Allianz/Allianz)	5 566 No disponible
	4. Plan de seguro médico – UNICEF (Cigna)	33 214	11 064 781	4. Sistema de seguro médico de Austria + Plan de seguro médico suplementario – ONUDI (Allianz/Allianz)	
	5. Plan dental Cigna PPO “Cigna US Dental”	31 993	19 801 365	5. Plan completo de seguro médico – OIEA (Cigna/Cigna)	3 829 14 073 256
	6. Empire Blue Cross PPO (Empire Blue Cross)	23 839	143 174 053	6. Seguro médico colectivo – OMPI (Cigna/Cigna)	3 677 20 380 437
	7. Aetna PPO/POS (Aetna)	8 955	75 043 644	7. Sistema de seguro médico de Austria + Plan de seguro médico complementario – OIEA (Cigna/Cigna)	2 475 10 257 355
	8. Fondo para prestaciones médicas – UNESCO (Cigna)	7 136	22 432 785	8. Plan de seguro médico colectivo – UIT (Cigna/Cigna)	2 130 No disponible
	9. Fondo para prestaciones médicas – OACI (Cigna)	2 996	5 361 171	9. Plan de la OMI – OMI (Cigna/Cigna)	922 1 938 979

<i>Autoasegurados</i>			<i>Asegurados por terceros</i>		
<i>Plan (administrador)</i>	<i>Personas aseguradas</i>	<i>Costo anual total de las prestaciones (en dólares EE.UU.)</i>	<i>Plan (asegurador/administrador)</i>	<i>Personas aseguradas</i>	<i>Costo anual total de las prestaciones (en dólares EE.UU.)</i>
			10. Contrast Group 910. K21 - OMT (Cigna/Cigna)	295	1 299 287
<b>Total</b>	<b>254 389</b>	<b>404 687 105</b>	<b>Total</b>	<b>51 468</b>	<b>101 046 321</b>

*Abreviaturas:* ACNUR, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; OACI, Organización de Aviación Civil Internacional; OIEA, Organismo Internacional de Energía Atómica; OIT, Organización Internacional del Trabajo; OMI, Organización Marítima Internacional; OMPI, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual; OMS, Organización Mundial de la Salud; OMT, Organización Mundial del Turismo; ONUDI, Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial; PMA, Programa Mundial de Alimentos; PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; UIT, Unión Internacional de Telecomunicaciones; UNESCO, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.