



# Asamblea General

Distr. general  
19 de diciembre de 2016  
Español  
Original: inglés

**Septuagésimo primer 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 del Secretario General**

#### *Resumen*

En su septuagésimo período de sesiones, la Asamblea General examinó el informe del Secretario General (A/70/590) sobre la gestión de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio. En dicho informe, el Secretario General ofreció una sinopsis y un análisis de la cobertura del seguro médico para los funcionarios y exfuncionarios y sus familiares, a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas. El informe se basó en gran medida en la labor del Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Después de la Separación del Servicio, de carácter interinstitucional.

En dicho informe se presentaron recomendaciones respecto de la celebración de negociaciones colectivas con terceros administradores y proveedores de servicios médicos; la realización de exámenes de pólizas y la celebración de negociaciones con los aseguradores; la exigencia, si ello procediera y fuera administrativamente viable y económicamente beneficioso, de que los asegurados se inscribieran, a los efectos de la cobertura primaria, en el plan nacional de seguro médico del país en que residieran habitualmente; la ampliación del mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas; la normalización de la metodología de valoración general de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio y el establecimiento de los principales factores de valoración de esas obligaciones, a los fines de su aplicación a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas; y la búsqueda de oportunidades de cooperación interinstitucional en la inversión de fondos destinados a la cobertura de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio.



Haciendo suya la recomendación de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto formulada en el párrafo 32 b) de su informe A/70/7/Add.42, la Asamblea General, en su resolución 70/248 B, solicitó al Secretario General que mantuviera el Grupo de Trabajo para estudiar en mayor detalle otras posibilidades de aumentar la eficiencia y limitar los costos, y formulara propuestas concretas sobre esas cuestiones a la Asamblea en su septuagésimo primer período de sesiones. El Secretario General presenta este informe, que ha sido preparado por el Grupo de Trabajo en calidad de informe de seguimiento del informe A/70/590, en cumplimiento de la solicitud de la Asamblea. Este informe, que ha hecho suyo 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, presenta, por un lado, información actualizada con respecto al estado de cada una de las recomendaciones formuladas por la Comisión Consultiva a la Asamblea en su septuagésimo período de sesiones y, por el otro, nuevas recomendaciones.

En sus períodos de sesiones sexagésimo octavo a septuagésimo, la Asamblea General expresó el parecer de que el fundamento de reservar recursos presupuestarios destinados a financiar las obligaciones de las Naciones Unidas correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio no se había justificado suficientemente y que “por el momento” se debía continuar aplicando el enfoque de la financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes. El Secretario General sigue preocupado por el nivel de las obligaciones sin financiar correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, que impondrá cargas financieras sobre presupuestos futuros. Por consiguiente, el presente informe incluye una propuesta detallada de financiación parcial, a partir de enero de 2020, con objeto, por un lado, de velar por un control prudencial del incremento de las obligaciones de las Naciones Unidas correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, y, por el otro, de limitar los efectos sobre futuros presupuestos de la obligación de financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes.

La Asamblea General tal vez desee hacer suyas las nuevas recomendaciones que figuran en el presente informe y solicitar al Secretario General que mantenga el Grupo de Trabajo y que suministre nuevamente información actualizada a la Asamblea respecto de la situación en su septuagésimo tercer período de sesiones.

## I. Introducción

1. En su septuagésimo período de sesiones, la Asamblea General examinó el informe del Secretario General sobre la gestión de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio (A/70/590), en que se ofrecieron una sinopsis y un análisis del seguro médico para los funcionarios y exfuncionarios y sus familiares, a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas. Aunque dilucidó la situación en materia de obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio a nivel de todo el sistema, en dicho informe no se presentaron opciones específicas para su financiación.

2. El informe del Secretario General se basó en gran medida en la labor del Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Después de la Separación del Servicio, de carácter interinstitucional. Cabe recordar que este Grupo de Trabajo fue establecido por el Secretario General bajo los auspicios de 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, de conformidad con la resolución 68/244 de la Asamblea General, de 27 de diciembre de 2013, en la que 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.

3. El Grupo de Trabajo está integrado por representantes de 18 organizaciones del sistema de las Naciones Unidas: la Organización para la Alimentación y la Agricultura de las Naciones Unidas (FAO), el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Secretaría de las Naciones Unidas, la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI), la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (CCPPNU), la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) y la Organización Mundial del Turismo. Los representantes del Comité Coordinador de Sindicatos y Asociaciones Internacionales del Personal del Sistema de las Naciones Unidas (CCISUA), la Federación de Asociaciones de Exfuncionarios Públicos Internacionales (FAFICS) y la Federación de Asociaciones de Funcionarios Públicos Internacionales (FICSA) también participan en la labor del Grupo de Trabajo en nombre del cuerpo de funcionarios y exfuncionarios y sus familiares, asegurados por los planes de seguro médico de las organizaciones.

4. En el informe que el Secretario General presentó a la Asamblea General en su septuagésimo período de sesiones se incorporaron ocho recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre los siguientes temas:

- Recomendación 1. Negociaciones colectivas con administradores externos
- Recomendación 2. Negociaciones colectivas con servicios de atención médica
- Recomendación 3. Realización de exámenes de pólizas y celebración de negociaciones con los aseguradores
- Recomendación 4. Planes nacionales de seguro médico
- Recomendación 5. Ampliación del mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
- Recomendación 6. Normalización de la metodología de valoración general y establecimiento y aplicación de los principales factores de valoración de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio
- Recomendación 7. Financiación suficiente de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio
- Recomendación 8. Inversión de las reservas

5. El informe del Secretario General (A/70/590) fue examinado por la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto. La Asamblea General hizo suyas las conclusiones y recomendaciones que figuraban en el informe de la Comisión Consultiva (A/70/7/Add.42) en su resolución 70/248 B, de 1 de abril de 2016, sobre cuestiones especiales relativas al presupuesto por programas para el bienio 2016-2017. En su informe, la Comisión Consultiva recomendó que la Asamblea solicitara al Secretario General que mantuviera el Grupo de Trabajo para estudiar en mayor detalle otras posibilidades de aumentar la eficiencia y limitar los costos, y que formulara propuestas concretas sobre esas cuestiones a la Asamblea en su septuagésimo primer período de sesiones. El presente informe de seguimiento, preparado por el Grupo de Trabajo, ha sido hecho suyo por la Red de Finanzas y Presupuesto y el Comité de Alto Nivel sobre Gestión. El Secretario General presenta este informe a la Asamblea General de conformidad con la recomendación de la Comisión Consultiva, que la Asamblea había hecho suya.

6. Durante el período que siguió al septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, el Grupo de Trabajo dio prioridad a las recomendaciones 1, 3, 4, 6 y 7, por considerar que eran las recomendaciones en relación con las cuales sus trabajos podían producir el mayor efecto sobre las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio en el corto plazo. El cuerpo principal del presente informe de seguimiento, por lo tanto, está destinado a actualizar la información sobre el estado de esas cinco recomendaciones. La estructura de este informe está en consonancia con la del informe A/70/590.

7. En sus períodos de sesiones sexagésimo octavo y septuagésimo, la Asamblea General hizo suya la recomendación de la Comisión Consultiva de que se mantuviera “por el momento” el enfoque de financiar con cargo a ingresos corrientes la obligación de las Naciones Unidas respecto del seguro médico después de la separación del servicio (A/68/550, párr. 17, y A/70/7/Add.42, párr. 28). Sin

embargo, el Secretario General sigue preocupado por el nivel de las obligaciones sin financiar correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, que impondrá cargas financieras sobre presupuestos futuros. Por lo tanto, otro propósito del presente informe de seguimiento es explorar una propuesta para financiar las nuevas obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, al tiempo que se mantiene el enfoque de financiación del pasivo existente con cargo a los ingresos corrientes. Esta propuesta de financiación parcial tiene por objeto asegurar el control prudencial sobre el aumento del pasivo de las Naciones Unidas correspondiente al seguro médico después de la separación del servicio y limitar su efecto sobre los presupuestos futuros.

8. Cabe subrayar que todas las secciones de este informe de seguimiento, salvo la relativa a la recomendación 7, tienen aplicaciones a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas. El contenido de la sección relativa a la recomendación 7 sobre la financiación suficiente de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio se aplica específicamente a la Secretaría de las Naciones Unidas. Al tiempo de examinar el informe A/70/590, la Comisión Consultiva solicitó información adicional sobre el carácter vinculante de las decisiones de la Asamblea General con respecto a los órganos rectores de otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Se explicó a la Comisión Consultiva que esas decisiones de la Asamblea no serían vinculantes para otras organizaciones del sistema y que los puntos correspondientes para una decisión se tendrían que proponer a dichos órganos rectores para su evaluación y aprobación oficiales.

#### **Recomendación 1. Negociaciones colectivas con administradores externos**

9. En consonancia con la recomendación 1 del informe A/70/590, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas han sentado las bases para la negociación colectiva con administradores externos, con miras a optimizar los términos y condiciones, incluida la fijación de precios, en relación con los servicios administrativos y el acceso a las redes de servicios de atención médica. La recomendación 1 se derivó, en parte, de la constatación por el Grupo de Trabajo de que las organizaciones no estaban suficientemente familiarizadas con la mecánica de la administración por terceros, y de que era preciso adoptar medidas con respecto a esos terceros administradores a fin de que las organizaciones pudieran supervisar el rendimiento y la fijación de precios de manera más eficiente y eficaz. El Grupo de Trabajo constató también que las especificaciones que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas presentaban a los terceros administradores se podrían mejorar a fin de lograr una uniformidad en relación con los siguientes factores:

- Los indicadores clave del rendimiento
- La metodología de fijación de precios, la segmentación de la fijación de precios y la base de la fijación de precios por tarea
- La estructura y frecuencia de la presentación de informes y el régimen de divulgación
- El control y la auditoría
- Las especificaciones de las solicitudes de ofertas y los términos y condiciones de los contratos

10. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas han adoptado iniciativas destinadas a armonizar con las mejores prácticas sus requisitos respecto de los terceros administradores. Con miras a brindar un mejor apoyo a la negociación colectiva, esas organizaciones han convenido en establecer y mantener una base de datos común en la que se captarán y compartirán, por un lado, las especificaciones de las solicitudes de ofertas y los términos y condiciones de los contratos en relación con la administración por terceros, y, por el otro, tanto los datos demográficos como los datos relacionados con las solicitudes de reembolso. Se estima que una acción de este orden, concertada a nivel de todo el sistema, fortalecerá la posición negociadora de todas las organizaciones respecto de todos los tipos de seguros.

11. Los dos terceros administradores con mayor presencia en la esfera del seguro médico dentro del sistema de las Naciones Unidas son Cigna y Allianz. Estas dos compañías son, también, las dos aseguradoras más importantes contra riesgos externalizados de seguro médico. Como informó el Secretario General a la Asamblea General, al fin de 2014, de los 369.173 asegurados en los 23 planes de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas a los que se encuestó, 305.857 estaban asegurados por planes administrados por terceros. De esos asegurados, 266.916 (87,3%) estaban cubiertos por planes administrados por Cigna.

12. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que se valen, en diferentes grados, de servicios administrados por terceros han expresado variados niveles de satisfacción con respecto a la calidad de las prestaciones de esos servicios. Dichas organizaciones se reunieron colectivamente con personal directivo superior de Cigna con el fin de poner en su conocimiento la expectativa común de que la entidad ofreciera y aplicara rigurosamente términos y condiciones de servicio óptimos a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas y que las prestaciones se conformaran al nivel más elevado. Se tiene intención de programar una reunión similar con Allianz.

13. La reunión entre las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y Cigna fue anterior a la reunión bienal de septiembre de 2016 de una comunidad de intercambio de prácticas de los oficiales de seguro médico de las organizaciones internacionales. En las reuniones de la comunidad de intercambio de prácticas, que se estableció en 2000, se examina una amplia gama de cuestiones relacionadas con el seguro médico, y los temas van desde los elementos de diseño de los planes y la gestión de los riesgos hasta las opciones administrativas y la financiación de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio. Cincuenta y cinco oficiales de seguro médico, en representación de 32 organizaciones tanto dentro como fuera del sistema de las Naciones Unidas, asistieron a la más reciente reunión de la comunidad de intercambio de prácticas. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas están ampliamente representadas en esta comunidad de intercambio de prácticas, presidida actualmente por la OMS. La disparidad en las evaluaciones señaladas por las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas respecto de la fijación de precios y las prácticas de los terceros administradores encontraron eco mayormente en las exposiciones de los oficiales de seguro médico de la comunidad de intercambio de prácticas.

**14. Recomendación A. Se recomienda que se mantenga el Grupo de Trabajo establecido por el Secretario General bajo los auspicios de 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 a fin de velar por la continuidad en la promoción de términos y condiciones de servicio en consonancia con las mejores prácticas, la limitación de los costos y el control en la esfera de la administración por terceros de los planes de seguro médico.**

**Recomendación 2. Negociaciones colectivas con servicios de atención médica**

15. Se recuerda que, de conformidad con las conclusiones de la Comisión Consultiva, la Asamblea General, en su septuagésimo periodo de sesiones, hizo suya la recomendación 2 del Grupo de Trabajo, que figura en el informe A/70/590, de que, aprovechando su éxito en las negociaciones colectivas con los proveedores de servicios médicos en la zona de Ginebra, los planes autoadministrados de seguro médico de Ginebra (OIT, OMS y Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas) deberían seguir determinando esferas en las que las negociaciones colectivas con los servicios de atención médica pudieran dar lugar a economías y mejoras operacionales. También se recomendó que se elaboraran procedimientos normalizados comunes que apoyaran las negociaciones colectivas, y que se estudiara la posibilidad de establecer una base de datos común como medio de compartir información en relación con las prácticas de los proveedores de atención médica, los términos y condiciones de los contratos y las evaluaciones de calidad.

16. Los planes basados en Ginebra han seguido ampliando su red de proveedores preferidos en Ginebra mediante negociaciones colectivas. En 2015, los descuentos resultantes en relación con los gastos de tratamiento de pacientes hospitalizados registraron un promedio de entre 25,0% y 27,0%. Teniendo en cuenta el lugar de destino en que se produjeron esos gastos, se puede decir que las economías son considerables: para los tres planes, las economías obtenidas en 2015 ascendieron a un total estimado en 18,0 millones de dólares. Economías de esta escala reducen las obligaciones de financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes y los pasivos correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio.

17. Con arreglo a la recomendación 2, los administradores de los tres planes de Ginebra han centrado ahora su atención en desarrollar colectivamente su acceso a las redes de proveedores de servicios médicos en Asia y África y, al mismo tiempo, negociar los mejores precios para servicios médicos de calidad y reducir al mínimo la volatilidad de los precios. El Grupo de Trabajo estudiará las oportunidades de cooperación de los planes autoadministrados de Ginebra con las organizaciones en todos los lugares de destino cuyos planes de seguro médico sean administrados por terceros, con objeto de asegurar que se optimice el acceso a las redes de proveedores de servicios médicos a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas y se logren eficiencias en cuanto a los costos.

**18. Recomendación B. Se recomienda que el Grupo de Trabajo aproveche las oportunidades de cooperación de las organizaciones en todos los lugares de destino en el desarrollo del acceso de sus planes de seguro médico a las redes de proveedores de servicios médicos en todas las regiones, a fin de optimizar la fijación de precios para servicios médicos de calidad y reducir al mínimo la volatilidad de los precios.**

**Recomendación 3. Realización de exámenes de pólizas y celebración de negociaciones con los aseguradores**

19. En el informe A/70/590, el Secretario General recomendó que, a fin de proporcionar una base sólida para discutir los términos y condiciones de los aseguradores, las organizaciones con planes de seguros administrados por terceros deberían realizar exámenes periódicos de las pólizas, cuyos resultados deberían compartirse dentro del sistema de las Naciones Unidas a fin de establecer parámetros de referencia. En relación con esa recomendación, la Comisión Consultiva estuvo de acuerdo en que existían oportunidades de consolidación con la finalidad de obtener economías y aumentar la eficiencia, manteniendo al mismo tiempo el acceso a una atención sanitaria de calidad (A/70/7/Add.42, párr. 14).

20. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que tercerizan los riesgos de seguro médico lo hacen actualmente con una de dos compañías de seguros: Allianz o Cigna. Esas aseguradoras también prestan servicios de terceros administradores. Sin embargo, el Grupo de Trabajo decidió examinar en primer lugar los resultados puros de las pólizas, por separado de los precios y prácticas de los terceros administradores. Si bien estos datos pueden ser vinculados nuevamente sin mayor dificultad a los fines de exponer integralmente los costos y el rendimiento de cada asegurador, el Grupo de Trabajo no estima que el riesgo y la administración por terceros deban necesariamente ser encomendados a una sola entidad, como se hace en la actualidad. A juicio del Grupo de Trabajo, el mercado para la colocación de los riesgos de seguro médico no se debe limitar a aseguradores que puedan también prestar servicios de administración externa.

21. Aunque se centra principalmente, en relación con la recomendación 3, en la colocación de los riesgos del seguro médico, el Grupo de Trabajo consideró que era importante establecer el perfil del sistema de las Naciones Unidas, en términos tanto de primas de seguros como de resultados de las pólizas, como cliente mundial de cada una de las dos aseguradoras principales. Como punto de partida, se pidió a ambas aseguradoras que suministraran parámetros de referencia históricos agregados sobre pólizas en relación con cada uno de los siguientes tipos de seguros personales:

- Seguro médico para el personal (incluido el seguro médico después de la separación del servicio)
- Seguros para el personal contratado por períodos breves
- Seguros para el personal que no es de plantilla
- Seguros de indemnización del personal (indemnización por accidentes de trabajo)
- Seguros colectivos voluntarios sobre la vida (seguro de vida a término y seguro por discapacidad)
- Seguros para pasantes
- Seguros para miembros de órganos rectores o de juntas
- Seguros para participantes en reuniones
- Seguros para visitantes o invitados
- Seguros para Voluntarios de las Naciones Unidas

- Seguros para Embajadores de Buena Voluntad o Mensajeros de la Paz
- Seguros para Funcionarios Subalternos del Cuadro Orgánico

22. Para cada tipo de seguros, se pidió a las dos compañías de seguros que indicaran cuáles eran las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas cuyos resultados técnicos se habían incluido en las cifras agregadas. Se les hizo saber que, más adelante, se les podrían solicitar datos técnicos por organización a los efectos de cotejar los datos. En aras de la transparencia, se les solicitó que revelaran toda información que pudiera incidir en sus propios resultados técnicos, por ejemplo, respecto de los planes de participación en las utilidades o las disposiciones de garantía de ingresos en cesiones de reaseguros (*override arrangements*) o descuentos globales concedidos por los proveedores de servicios médicos.

23. Cabe señalar que, cuando el riesgo de seguro médico se terceriza a una de las dos aseguradoras principales, los requisitos y la periodicidad de la presentación de informes en relación con los resultados de las pólizas varían considerablemente de una organización a otra dentro del sistema de las Naciones Unidas. El Grupo de Trabajo está activamente interesado en propiciar la uniformidad a este respecto, y la estructura de la solicitud a las dos aseguradoras para que presenten datos históricos agregados sobre las pólizas sirve de modelo de presentación de informes. El Grupo de Trabajo recomienda también que, al tiempo de la renovación, las organizaciones se cercioren de que se eliminen las cláusulas de confidencialidad de los contratos con los aseguradores y terceros administradores, que actualmente prohíben el intercambio de información dentro del sistema de las Naciones Unidas.

24. La negociación exitosa con los aseguradores principales depende de comprender en qué forma el perfil de riesgos del sistema de las Naciones Unidas, determinado por el asegurador cuando otorga la póliza de seguro, se ha traducido en un rendimiento financiero real para el asegurador en el curso del tiempo. Para cada tipo de seguro o subconjunto de riesgos, el rendimiento financiero se expresa como una razón combinada. La razón combinada se obtiene relacionando el gasto total con la prima bruta, incluidas las primas de reaseguros y las reservas técnicas asociadas con el riesgo agravado, como el riesgo de exposición a la enfermedad del Ébola durante el despliegue de la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola en África Occidental. Por gastos se entiende las reclamaciones liquidadas y pendientes; las reservas para reclamaciones (por ejemplo, rentas vitalicias realizadas); los siniestros pendientes de declaración; las comisiones de intermediación; los gastos internos y externos de administración de pólizas; y los demás gastos o cargos que el asegurador vincula directamente con el riesgo.

25. Una razón combinada superior al 100,0% es indicativa de una pérdida en la póliza, que puede reducirse mediante las recuperaciones de reaseguros, con las correspondientes consecuencias negativas para las posibles primas de reaseguros. Por el contrario, una razón combinada inferior al 100,0% es indicativa de una utilidad en la póliza, que en ciertos casos puede aumentarse mediante las recuperaciones de reaseguros, pero que se reduce cuando existe un régimen de participación en las utilidades que beneficia a la organización del sistema de las Naciones Unidas.

26. Los exámenes de pólizas son útiles en la medida en que sirven de fundamento de las decisiones vinculadas con los términos y condiciones del seguro o la

colocación del riesgo. El Grupo de Trabajo considera que el conocimiento sobre el patrón de riesgos en el sistema de las Naciones Unidas en su conjunto es un primer paso hacia el fortalecimiento de la influencia combinada de las organizaciones cuando negocian con compañías de seguros. Se prevé que este conocimiento inicial orientará el análisis más específico del Grupo de Trabajo encaminado a determinar cómo se puede mejorar la eficiencia en función de los costos en el corto plazo, en particular mediante la participación en las utilidades o la mancomunación de los riesgos, cuando los resultados técnicos lo justifiquen.

27. En el período 2006-2015, el total de las primas en cifras brutas cobradas por todos los tipos de seguros de los dos aseguradores ascendió a 1.235,5 millones de dólares, de los cuales el 91,1%, o sea, 1.125,8 millones de dólares, correspondió a la categoría del seguro médico del personal, incluido el seguro médico después de la separación del servicio. En el mismo decenio, la razón combinada agregada fue de 93,7% y el resultado técnico, deducida la participación en las utilidades, de 39,1 millones de dólares, o sea, el 3,2% de las primas en cifras brutas. En la categoría de seguro médico para el personal, la razón combinada fue del 94,4% y el resultado técnico, deducida la participación en las utilidades, de 35,9 millones de dólares, o sea, el 3,2% de las primas en cifras brutas.

28. En 2010, Cigna adquirió a Vanbreda International NV, un agente de seguros y tercero administrador de seguro médico con una importante presencia en la comunidad de organizaciones internacionales y no gubernamentales. De resultados de esa adquisición, la cartera de seguro médico que Vanbreda, como intermediario, había colocado en Allianz, se transfirió parcialmente a Cigna a partir de 2012. A fin de salvaguardar su cartera de seguro médico internacional, Allianz desarrolló su propia capacidad de administración externa de seguros médicos y entró en competencia con Vanbreda, que pasó a denominarse Cigna IGO Health Benefits en 2015.

29. El Grupo de Trabajo ha tomado nota de la intensidad de la competencia que se refleja en los datos técnicos recibidos de ambos aseguradores. En el quinquenio anterior al ejercicio de seguros de 2011, la categoría del seguro médico para el personal produjo una razón combinada del 90,2% y una razón de utilidad neta del 7,2%. En cambio, durante el período 2011-2015, la razón combinada correspondiente al seguro médico para el personal fue del 97,3% y la razón de utilidad neta del 0,4%. El Grupo de Trabajo observó también que los aumentos significativos de las primas en cifras brutas, que parecen ser correlativos con la adquisición de nuevos clientes, coinciden igualmente con aumentos significativos en las razones de pérdidas en cifras brutas, que reflejan la relación binaria entre gastos por reclamaciones antes de las recuperaciones por reaseguros y primas en cifras brutas. Esto ha impartido un carácter errático a los resultados técnicos agregados en varios ejercicios de seguros. En el período 2011-2015, el resultado técnico neto consolidado del ramo de seguro médico para el personal registró una amplitud de una utilidad de 6,2 millones de dólares a una pérdida de 2,7 millones de dólares. El Grupo de Trabajo observa que es preciso obrar con prudencia en cuanto a la exposición de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas frente a los aumentos onerosos de las primas destinados a reabsorber pérdidas atribuibles a la fijación de primas inferiores a los costos al tiempo de otorgarse la póliza.

30. Se recuerda que el seguro médico en todo el sistema de las Naciones Unidas se ofrece a los funcionarios y exfuncionarios conforme a los principios de seguros

mutuos, con arreglo a los cuales el total de las contribuciones de los funcionarios son superiores a las prestaciones que reciben durante el servicio y el excedente de las contribuciones se asigna a equilibrar el déficit global respecto de los exfuncionarios. La aplicación de este principio de solidaridad intergeneracional se traduce en el mantenimiento de una elevada tasa de participación en los planes de seguro médico después de la jubilación.

31. Además, aunque exhiben una frecuencia elevada, las solicitudes de reembolso de gastos cubiertos por el seguro médico rara vez son de naturaleza catastrófica. Esta circunstancia, conjugada con la elevada participación de exfuncionarios en los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas, hace que los resultados técnicos relacionados con esos planes sean generalmente previsibles, a diferencia de los resultados técnicos relacionados con ramos de seguros más inestables, a saber, el seguro sobre la propiedad y el seguro contra accidentes, el seguro de responsabilidad civil o el seguro contra accidentes del trabajo. Si bien la determinación de las primas en relación con estos ramos de seguros más inestables se basa en valores, los riesgos del seguro médico dentro del sistema de las Naciones Unidas pueden ser cubiertos en régimen de margen sobre el costo. De ahí se sigue que existe un fuerte argumento en favor del autoseguro del riesgo de salud, a condición de que se pueda lograr una escala crítica suficiente y haya tanto diligencia debida como controles en vigor para vigilar la calidad de la liquidación de las solicitudes de reembolso, en particular en los casos en que la liquidación de las reclamaciones se confía a un tercero administrador. Ese argumento se ve reforzado por las conclusiones que se pueden extraer de los datos técnicos recibidos de Cigna y Allianz y por el riesgo moderado de que un asegurador se retire del ramo del seguro médico para el personal de contratación internacional en el caso de que los resultados técnicos sean crónicamente inferiores a los previstos.

32. La escala crítica se puede alcanzar mediante la mancomunación de los riesgos de seguro médico de las organizaciones en entidades de seguros cautivas, como las establecidas en la Secretaría de las Naciones Unidas, tanto en Nueva York como en la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, en función de criterios geográficos u organizativos. Sin embargo, como los gastos de atención médica son una función de la demografía, que puede acusar marcadas diferencias de una organización a otra, algunas organizaciones podrían enfrentar costos más elevados de resultados de la mancomunación de riesgos. Por consiguiente, es preciso elaborar mecanismos de nivelación con miras a impartir solvencia a los planes.

**33. Recomendación C. Se recomienda que el Grupo de Trabajo inste a las organizaciones, por un lado, a ajustar las cláusulas de confidencialidad en las pólizas de seguros y los contratos con terceros administradores que actualmente prohíben el intercambio de información dentro del sistema de las Naciones Unidas, y, por el otro, a instituir exámenes periódicos de las pólizas con el objeto de que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas puedan aprovechar la escala y la experiencia técnica en sus negociaciones sobre los términos y condiciones de los seguros con las compañías de seguro médico. Se recomienda además que el Grupo de Trabajo fomente la mancomunación de riesgos, cuando sea viable, en particular en entidades de seguros cautivas, cuando proceda.**

**Recomendación 4. Planes nacionales de seguro médico**

34. Cabe recordar que, en su resolución 70/248 B, sobre cuestiones especiales relativas al presupuesto por programas para el bienio 2016-2017, la Asamblea General hizo suya la conclusión de la Comisión Consultiva de que se debía obtener la información necesaria sobre la conveniencia, la viabilidad y los efectos financieros de incorporar en las normas y los reglamentos de los planes de seguro médico de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas el requisito de que los asegurados se inscribieran, a los efectos de la cobertura primaria, en el plan nacional de seguro médico del país en el que residieran habitualmente. En esa hipótesis, las cotizaciones al plan nacional serían sufragadas por el plan de seguro médico de la organización, que también proporcionaría una cobertura complementaria a fin de garantizar que los niveles generales de cobertura siguieran siendo equivalentes a los que se ofrecían con arreglo a los términos y condiciones vigentes del seguro. Se supone que los gastos de atención de salud para el plan de la organización se reducirían, con una disminución correlativa en las obligaciones de la organización correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, y ello sin menoscabo del alcance o la asequibilidad de la cobertura de los asegurados, incluso cuando reciban tratamiento fuera de su país de residencia.

35. Se recuerda también que las consecuencias administrativas, el costo y los efectos sobre las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio de incorporar en las normas y reglamentos del plan el requisito de que los asegurados se inscriban en un plan nacional de seguro médico pueden variar, muchas veces de manera considerable, de un país a otro, así como de un plan a otro. Si bien reconoció que podrían lograrse economías en los países en los que resida un gran número de funcionarios y exfuncionarios jubilados del sistema de las Naciones Unidas, la Comisión Consultiva confiaba en que el Grupo de Trabajo tendría debidamente en cuenta las características de los planes nacionales de seguro médico.

36. De conformidad con su recomendación, el Grupo de Trabajo se comunicó con los Estados Miembros en relación con las condiciones de elegibilidad para la cobertura primaria en sus planes nacionales de seguro médico de los asegurados al amparo de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, así como los términos y condiciones del seguro. Se ha aplicado un enfoque de dos etapas para reunir la información que pueda servir para que el Grupo de Trabajo se centre en los planes nacionales de seguro médico con más probabilidades de ser vinculados, con beneficio, con los planes de las organizaciones, teniendo en cuenta, como criterio, los intereses tanto de las organizaciones como de los asegurados.

37. Se elaboró un cuestionario de encuesta inicial, compuesto de cinco preguntas, que se distribuyó a todos los representantes permanentes y observadores permanentes ante las Naciones Unidas. La encuesta tuvo por objeto allegar conocimientos sobre la disposición de los Estados Miembros para que los funcionarios y exfuncionarios pudieran afiliarse a sus planes nacionales de seguro médico y obtener información de referencia sobre el alcance y los costos de la cobertura. La encuesta inicial fue diseñada con el fin de que el Grupo de Trabajo pudiera determinar:

a) Si los funcionarios y exfuncionarios y sus familiares, residentes en el Estado Miembro, en el supuesto de que nunca hubieran cotizado al plan nacional de

seguro médico, si bien harían cotizaciones desde la fecha de su inscripción, podían ahora o podrían en un futuro inscribirse para obtener la cobertura de dicho plan;

b) Cuál sería la prima mensual por persona por la cobertura del plan nacional de seguro médico (cabe señalar que en la encuesta se previó que las primas se expresaran en porcentaje de los ingresos), en la hipótesis de habitaciones semiprivadas en el momento del tratamiento médico en hospitales y de libre elección del proveedor de servicios médicos (médico, establecimiento médico, etc.);

c) Cuál sería la tasa básica de reembolso de los gastos médicos en el plan nacional de seguro médico, en el supuesto de una habitación semiprivada en el momento del tratamiento médico en hospitales y de libre elección del proveedor de servicios médicos (por ejemplo, médico, establecimiento médico, etc.);

d) Si un afiliado al plan nacional de seguro médico residiera en una localidad cercana a la frontera de otro Estado Miembro, ¿prevé el plan nacional de seguro médico la cobertura de tratamiento médico en un hospital público en ese Estado Miembro vecino?;

e) Si el mismo plan de aranceles aplicado al paciente afiliado al plan nacional de seguro médico se aplicaría a un paciente afiliado al plan nacional de seguro médico de otro Estado Miembro cuando el tratamiento médico se administrara en un hospital público.

38. La encuesta se podía cumplimentar como documento impreso o en un sitio web. Se dieron seguridades a los encuestados de que los datos y el análisis de las respuestas se incorporarían en el presente informe de seguimiento en forma sinóptica. Ninguna información específica de un Estado Miembro se incorporaría en el informe de seguimiento ni tampoco en las deliberaciones de los órganos legislativos sobre el tema central del informe de seguimiento en cuanto a dicha información. Se dieron seguridades de absoluta confidencialidad respecto de la información comunicada.

39. El Grupo de Trabajo enviará un segundo cuestionario a los representantes permanentes de los Estados Miembros cuyos planes nacionales de seguro médico puedan ahora o tal vez en el futuro acoger a los funcionarios y/o exfuncionarios de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, así como a sus familiares a cargo, que residan en esos Estados Miembros. Este segundo cuestionario tendrá por objeto reunir una información más detallada sobre los términos y condiciones de los planes nacionales de seguro médico que ponga al Grupo de Trabajo en condiciones de hacer un análisis de costo-beneficio integral, país por país, y determinar el efecto sobre las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio.

40. El Grupo de Trabajo ha puesto de relieve la complejidad de ese análisis de costo-beneficio. Si bien en algunos Estados Miembros, la cotización al plan nacional de seguro médico se expresa como tasa fija por persona, en otros la cotización se hace en función de la comprobación de los medios de vida y se expresa en un porcentaje de los ingresos. En otros Estados Miembros, además, los sistemas de atención médica se financian principalmente con cargo a los impuestos generales y todas las personas que residen habitualmente en el país pueden acogerse a ellos; con todo, la libertad de elección del proveedor de servicios médicos

(médico, establecimiento médico, etc.) puede ser limitada. En varios Estados Miembros, los planes nacionales de seguro médico y los sistemas de atención de salud están experimentando cambios que podrían afectar la validez a más largo plazo del análisis del Grupo de Trabajo en determinados casos.

41. El Grupo de Trabajo continúa sus trabajos en relación con la recomendación 4 del informe A/70/590. En el momento de concluir la preparación del presente informe de seguimiento, un 5,0% de las misiones permanentes había respondido a la encuesta. El Grupo de Trabajo, si bien se siente alentado por la exhaustividad de la información recibida, estima que el número de respuestas es insuficiente para extraer conclusiones. Se instará a responder a las misiones permanentes que han experimentado demoras en responder a la encuesta.

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

42. Se recuerda que el Grupo de Trabajo, como se señala en el informe A/70/590, tras estudiar la opción de ampliar el mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, llegó a la conclusión de que no era aconsejable. También se recuerda que la Comisión Consultiva, en sus conclusiones en relación con ese informe, si bien reconoció las opiniones expresadas por el Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas y del Grupo de Trabajo, señaló que no estaba en condiciones de recomendar la aprobación de la recomendación 5, y mantuvo su opinión de que la financiación y administración de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio era una cuestión de interés para todo el sistema, que sería mejor resolver mediante un enfoque a nivel de todo el sistema. La Comisión Consultiva recomendó que el Grupo de Trabajo siguiera examinando distintas opciones para aplicar ese enfoque sistémico, sin excluir un posible papel para la Caja de Pensiones.

43. En relación con su aprobación de las recomendaciones 1 a 3 que figuraban en el informe A/70/590, la Comisión Consultiva reconoció 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 operaban como de las categorías de personal a los que prestaban servicios. La Comisión Consultiva reconoció asimismo las variaciones en los modelos de administración que empleaban los diversos planes. A pesar de esos obstáculos, la Comisión Consultiva fue de la opinión de que existían oportunidades de consolidación, con la finalidad de obtener economías y aumentar la eficiencia, manteniendo al mismo tiempo el acceso a una atención de salud de calidad.

44. Al considerar la opción de consolidar todos los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas en un mecanismo común de seguro médico administrado bajo los auspicios de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, el Grupo de Trabajo siguió sin encontrar ninguna indicación sustantiva de que se pudieran obtener eficiencias financieras, operacionales o administrativas. Esa opinión fue compartida tanto por la administración como por el Comité Mixto de la Caja. Tanto la administración como el Comité Mixto expresaron también su preocupación por el hecho de que ello pudiera distraer la atención de la Caja de su cometido fundamental, o de que acrecentara su complejidad operacional, en desmedro de su cometido básico de gestión de las pensiones.

45. Sin embargo, el Grupo de Trabajo reconoce la necesidad de que todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas puedan aprovechar las ventajas financieras y eficiencias administrativas que se derivarían de lograr una escala crítica. Existen oportunidades para que los planes de seguro médico más pequeños se fusionen o se incorporen en planes más grandes, en función de criterios geográficos u organizativos, como se ha podido hacer en la Secretaría de las Naciones Unidas, tanto en Nueva York como en Ginebra. Ello implica que no haya discrepancias sustantivas en la estructura de la cobertura o de las prestaciones, y que se pueda llegar a un acuerdo entre las organizaciones en lo que respecta a la elegibilidad, los niveles de servicio, la participación en la financiación de la administración, la representación en la gobernanza del plan y el establecimiento de mecanismos de nivelación de solvencia.

**46. Recomendación D. Se recomienda que se deje de analizar la cuestión relativa a la ampliación del mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, y que el Grupo de Trabajo concentre sus esfuerzos en promover la uniformidad en el diseño de los planes de seguro médico y la consolidación de los planes en función de criterios geográficos y organizativos con objeto de alcanzar la escala crítica.**

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

47. La valoración anual de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio ofrece una sinopsis de la forma en que los derechos de los funcionarios y exfuncionarios a la cobertura del seguro médico después de la separación del servicio se traducen en la participación proyectada de una organización del sistema de las Naciones Unidas en el costo de esa cobertura en el largo plazo. Habida cuenta de que la valoración de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio es una estimación, en un momento discreto, de los costos futuros sobre la base del perfil del personal y de los jubilados, así como de las hipótesis actuariales en la fecha de la valoración, las variaciones de año en año en la valoración pueden ser significativas, pues esas obligaciones son sumamente sensibles a los valores determinados para los principales factores actuariales. Cabe señalar asimismo que la metodología aplicada para determinar esos valores puede variar de una organización a otra.

48. Organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Las valoraciones de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas corren de cuenta de actuarios independientes de conformidad con los requisitos de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público. Debido a la diversidad de los perfiles demográficos y las políticas contractuales, algunos factores actuariales no pueden aplicarse universalmente a las valoraciones de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas. Tampoco puede siempre una organización que ha tercerizado su seguro médico a un asegurador privado aplicar todos los factores que intervienen en la valoración de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio de una organización cuyo

riesgo o bien está autoasegurado o ha sido colocado en una entidad de seguros cautiva dentro del sistema de las Naciones Unidas.

49. No obstante, hay margen para que las organizaciones convengan en una metodología armonizada para determinar los valores de diversos factores principales de valoración de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio. De esa manera sería posible hacer una valoración más homogénea del pasivo total del sistema de las Naciones Unidas y también se podría refinar la comparación de esos pasivos entre organizaciones a nivel de todo el sistema.

50. Cabe recordar que, en las conclusiones de su informe en relación con el informe A/70/590, la Comisión Consultiva expresó su esperanza de que, en la medida de lo posible, se adoptaran medidas para diciembre de 2017 a fin de 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 (A/70/7/Add.42, párr. 26). En el marco de la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión, se encomendó el cumplimiento de esta expectativa al Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad.

51. El método de valoración comúnmente utilizado en todo el sistema de las Naciones Unidas es el método de la unidad de crédito proyectada con prorrateo de servicios. Con la sustitución de las disposiciones de la norma 25 de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público por las de la norma 39, se ha eliminado la opción con arreglo a la cual una organización podía aplazar el reconocimiento de los cambios en su pasivo neto por prestaciones definidas (el llamado enfoque de la banda de fluctuación). El Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad convino en que las organizaciones que actualmente utilizaban el método de la banda de fluctuación para reconocer las pérdidas y ganancias actuariales habrían adoptado el método de reserva para 2018. La armonización del método de valoración y la transición al método de reserva mejorarían la comparabilidad de manera significativa.

52. El Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad llegó a un amplio acuerdo en que sería posible armonizar una serie de factores principales de valoración de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio. El supuesto financiero que más incide en la valoración de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio es la tasa de descuento o actualización. Incluso una fluctuación modesta de la tasa de actualización puede ejercer un efecto considerable sobre esas valoraciones. La tasa de actualización se deriva del rendimiento de los tipos de interés corrientes y refleja el “valor tiempo o valor temporal del dinero”. Es un factor determinante en la valoración de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, pues las prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio se pagan durante un período prolongado. El Grupo de Trabajo convino, en principio, en que se determinaría anualmente una curva de rendimiento de 30 años para las obligaciones de alta calidad de las sociedades comerciales para cada una de las tres monedas en las que más comúnmente se pagaban las prestaciones del seguro médico: el dólar de los Estados Unidos, el euro y el franco suizo. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas emplearían esas curvas de rendimiento en las valoraciones de sus obligaciones correspondientes

al seguro médico después de la separación del servicio, teniendo en cuenta la duración estimada de los flujos de efectivo futuros. Las organizaciones exigirían que sus actuarios independientes, en sus informes de valoración, documentaran la forma en que hubieran aplicado los flujos de efectivo y las curvas de rendimiento para calcular una tasa media ponderada de actualización basada en los desembolsos en concepto de prestaciones del seguro médico por moneda.

53. El Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad convino en que todas las organizaciones utilizarían el tipo de cambio operacional de las Naciones Unidas especial del fin del año a los efectos de las conversiones monetarias. Se convino asimismo en que, salvo cuando no fuera apropiado, en las valoraciones de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio de la organización del sistema de las Naciones Unidas también se aplicarían varias hipótesis actuariales empleadas en las proyecciones de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas. Esas hipótesis, que son examinadas por la Comisión de Actuarios de la Caja de Pensiones, incluyen las tasas de mortalidad, discapacidad, jubilación y ajuste de las pensiones. Se deberían usar las hipótesis globales de la Caja de Pensiones respecto de los aumentos de sueldos, excepto en las organizaciones cuyas obligaciones estuvieran concentradas en un solo lugar de destino. Las organizaciones con un sesgo geográfico importante aplicarían las hipótesis específicas de ese lugar de destino.

54. Se acordó, además, que se podría tener en cuenta un enfoque armonizado de la inflación general mediante el establecimiento de tasas para los principales lugares de destino de las Naciones Unidas, a saber, Nueva York, Ginebra, Roma y Viena. Otros lugares de destino podrían utilizar sus propios parámetros indicativos para establecer las tasas de inflación general. La tasa de inflación general no incorpora la tasa tendencial de los gastos médicos, que es una diferencia porcentual que representa la inflación de precios proyectada, los avances tecnológicos, los patrones de utilización y el traslado de costos de o a los programas sociales. Es preciso realizar un mayor análisis en relación con las tasas tendenciales de los gastos médicos para determinar si se pueden formular hipótesis geográficas armonizadas, o si esas hipótesis deberían ser específicas para cada plan de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas. Ese análisis podría demostrar que sería apropiado emplear una combinación de hipótesis geográficas y de hipótesis específicas de los planes.

55. Es preciso estudiar con más detenimiento la posibilidad de armonizar el enfoque con otros factores de valoración, como la cobertura conyugal, la participación en los planes y la rotación del personal. En el período hasta el cumplimiento de su plazo de diciembre de 2017, además de formalizar sus acuerdos en relación con la metodología de valoración de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio y los principales factores de valoración, el Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad centrará su atención en la metodología utilizada en la evaluación de los costos anuales de administración de los planes de seguro médico y tratará de formular un dictamen común sobre los activos que deberían considerarse elegibles para compensar las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio.

**56. Recomendación E. Se recomienda que el Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad siga ocupándose activamente de la armonización de los principios rectores de la valoración de los pasivos.**

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

57. De conformidad con las disposiciones de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, las obligaciones relacionadas con las prestaciones de los empleados se deben reconocer en los estados financieros de las organizaciones. Sin embargo, por cuanto las disposiciones de las Normas de Contabilidad no establecen cómo se deben financiar esas obligaciones, incumbe a las organizaciones determinar el método más aconsejable para asegurar que se disponga de recursos suficientes para atender sus obligaciones reconocidas al tiempo de su exigibilidad. Se recuerda que la Comisión Consultiva opinó, opinión que hizo suya la Asamblea General, que el fundamento para reservar recursos presupuestarios afectados a ese fin no había sido suficientemente justificado por el Secretario General.

58. El Secretario General sigue preocupado por el nivel de las obligaciones sin financiar correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, que impondrá cargas financieras sobre presupuestos futuros. Es razonable prever que la proporción de desembolsos bienales del empleador en concepto de seguro médico después de la separación del servicio vaya en aumento, de 218,1 millones de dólares en 2016-2017 a 352,8 millones de dólares en 2024-2025 y 719,4 millones de dólares en 2040-2041 para las entidades comprendidas directamente en el ámbito de aplicación de las decisiones de la Asamblea General en relación con el seguro médico después de la separación del servicio. En el entorno más amplio de las Naciones Unidas, se prevé que los desembolsos en concepto de gastos del seguro médico después de la separación del servicio registrarán un aumento de 350,3 millones de dólares en 2016-2017 a 610,0 millones de dólares en 2024-2025 y a 1.399,3 millones de dólares en 2040-2041. En consecuencia, se propone la financiación parcial de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, con el fin de asegurar el control prudencial de su incremento y limitar su efecto sobre presupuestos futuros.

59. Como se señaló en la introducción del presente informe, la propuesta anterior se refiere específicamente a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas comprendidas por las decisiones de la Asamblea General. Los jefes ejecutivos de las organizaciones que no están regidas por la Asamblea tendrían que presentar propuestas de financiación por separado para su examen por sus propios órganos rectores, o tal vez ya lo han hecho. Cabe observar que varios órganos rectores aguardan con interés, antes de adoptar sus propias decisiones, los resultados de las deliberaciones de la Asamblea. Las organizaciones cuyos órganos rectores ya han aprobado la financiación de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio han concretado dicha financiación con arreglo a metodologías diversas. Si bien reconoce que la financiación de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio es una cuestión sistémica, el Grupo de Trabajo estima que un único enfoque sistémico para abordarla tal vez no sea ni necesario ni viable.

60. Se propone financiar en su totalidad las nuevas obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio y mantener la financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes para las obligaciones existentes. En este contexto, por “nuevas obligaciones” se entiende las obligaciones adquiridas en

relación con los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2020 únicamente. Las obligaciones correspondientes a los funcionarios ya contratados, pero que todavía no tienen derecho al seguro médico después de la separación del servicio, se incluirían en la evaluación de las obligaciones existentes, esto es, las adquiridas en relación con el personal contratado antes del 1 de enero de 2020. Las nuevas obligaciones se financiarían en régimen anual de costo del servicio más costo de intereses, en tanto las obligaciones existentes seguirían sin financiación y, tras un período inicial de crecimiento continuo, comenzarían a declinar por atrición.

61. En sustento de esta propuesta, se pidió al actuario independiente de las Naciones Unidas, Ernst & Young, que preparara proyecciones de los flujos de efectivo previstos a largo plazo en relación con la evolución de esas obligaciones. La proyección en valores de caja y no en valores devengados permite hacer un seguimiento más preciso de la realización efectiva de los gastos y la contabilización de los ingresos. Las valoraciones de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio al 31 de diciembre de 2015 fueron el punto de partida de la elaboración de las proyecciones y, en aras de la precisión, el presente informe de seguimiento muestra las consecuencias presupuestarias durante un período de 87 años (véase el gráfico I *infra*) y un período de unos 50 años (véanse los gráficos II y III *infra*), proyectadas a partir del 1 de enero de 2016, con un aplazamiento de dos años en la aplicación de la financiación. Esto no tiene ningún efecto sustantivo en la representación de la forma en que han de evolucionar las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio. Se preparará una proyección enteramente detallada en el supuesto de una fecha de aplicación del 1 de enero de 2020 con sujeción a la orientación dimanante de la Asamblea General en relación con la presente propuesta de financiación parcial de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio.

62. El perímetro de las proyecciones representadas en los gráficos que figuran a continuación se compone de las entidades comprendidas directamente en el ámbito de aplicación de las decisiones de la Asamblea General en relación con el seguro médico después de la separación del servicio, con exclusión de las operaciones de mantenimiento de la paz: el 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, el 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, el Centro de Comercio Internacional, el Acuerdo de Financiación Conjunta, el Mecanismo Residual Internacional de los Tribunales Penales, las Naciones Unidas, la Comisión de Indemnización de las Naciones Unidas, la secretaría de la Convención de las Naciones Unidas de Lucha contra la Desertificación en los Países Afectados por Sequía Grave o Desertificación, en Particular en África, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), la secretaría de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, el Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat), el Instituto de las Naciones Unidas para Formación

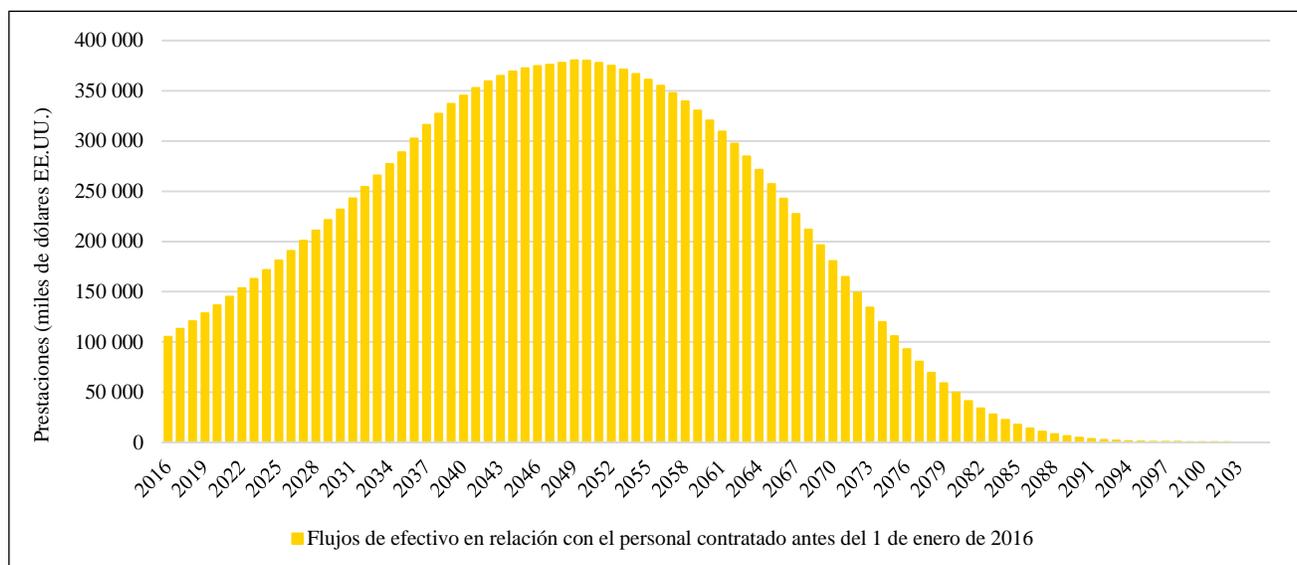
Profesional e Investigaciones (UNITAR), la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Se han excluido del perímetro las operaciones de mantenimiento de la paz dado el carácter fluido de su fuerza de trabajo y la consiguiente posibilidad de sobrevalorar o subvalorar las necesidades de financiación. Por la misma razón, la base de prorrateo de las obligaciones estimadas para fines de la proyección es la masa de sueldos en cifras brutas (excluido el ajuste por lugar de destino), y no el total de gastos de personal. Si bien se han preparado proyecciones para el PNUD, el UNFPA, la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos, la Universidad de las Naciones Unidas y ONU-Mujeres, no se las ha incluido en el perímetro de las que se presentan *infra*. También se han preparado proyecciones separadas para las operaciones de mantenimiento de la paz.

63. Las tasas de actualización utilizadas por el actuario independiente en la preparación del flujo de efectivo previsible a largo plazo son las empleadas en las valoraciones más recientes de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio. Sin embargo, si bien las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público imponen restricciones en cuanto a la naturaleza de las inversiones que pueden tenerse en cuenta para calcular la tasa de actualización usada en la valoración de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, las decisiones sobre financiación se pueden basar en oportunidades de inversión más realistas. Las proyecciones preparadas por el actuario independiente se basan en una tasa hipotética de rentabilidad de las transacciones de inversión del 3,50%. La tasa de rentabilidad de las inversiones es menos prudente que las tasas de actualización que se emplearon en las valoraciones de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio. Se expresa como una tasa de rentabilidad real, es decir, como una tasa de rentabilidad de la que se ha deducido la inflación, y es congruente con el objetivo de la tasa real de rentabilidad a largo plazo de la Caja de Pensiones.

64. En el gráfico I se muestra la evolución, en un período de alrededor de 87 años, del pasivo existente en relación con el personal contratado antes del 1 de enero de 2016, hasta su expiración por atrición en 2103. En el gráfico I, como en los gráficos II y III *infra*, el pasivo está representado por flujos de efectivo que corresponden a la contribución del empleador en los pagos de las prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio. El total al 31 de diciembre de 2015 de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, calculado por el actuario independiente para las entidades incluidas en el perímetro de las proyecciones representadas en los gráficos que figuran *infra*, ascendía a 4.300 millones de dólares.

Gráfico I

**Evolución hasta su expiración de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio en relación con el personal contratado antes del 1 de enero de 2016**

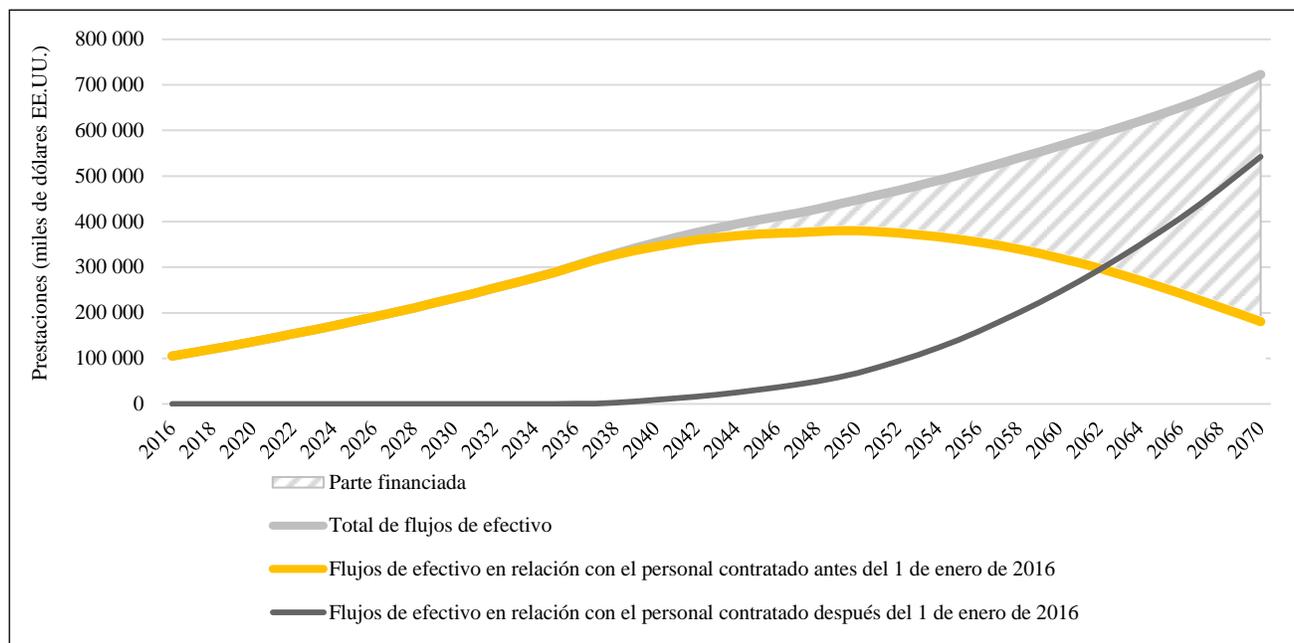


65. En el gráfico II se muestra la evolución de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio durante un lapso de unos 50 años en ausencia de financiación. La curva inferior muestra la evolución de las obligaciones existentes en concepto de seguro médico después de la separación del servicio en relación con los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2016, sin la financiación propuesta del costo del servicio y el costo de intereses. La curva central representa la evolución del pasivo existente en relación con el personal contratado antes del 1 de enero de 2016. La curva superior muestra la adición de los dos segmentos del pasivo, es decir, la evolución del total de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio sin financiación. Como se indica, en ausencia de financiación, la contribución del empleador en los desembolsos anuales correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio aumentaría en alrededor de 100,0 millones de dólares cada 10 años.

66. La parte sombreada en el gráfico II limitada por las curvas central y superior representa la parte del pasivo de las Naciones Unidas que se financiaría mediante la acumulación de una reserva financiera suficiente, en el curso del tiempo, para sufragar enteramente las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio en régimen de financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes respecto de los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2018. Los efectos positivos en los presupuestos futuros se logran mediante la transferencia a la reserva de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio de la misma manera que los pasivos por pensiones se transfieren a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas.

Gráfico II

**Evolución del total de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio en ausencia de financiación (en régimen de grupo abierto hasta el fin de 2070)**



67. Como se observa en el gráfico II, con el paso del tiempo, la participación del empleador en las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio pagadas a los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2018 es superior a la de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio pagadas a los funcionarios contratados antes de esa fecha. En última instancia, con la expiración del pasivo constituido en relación con el personal contratado antes del 1 de enero de 2018 y el vencimiento de la financiación propuesta, la participación del empleador en las prestaciones de seguro médico después de la terminación del servicio —y, por consiguiente, de las obligaciones de las entidades correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio— estará totalmente financiada por las reservas acumuladas.

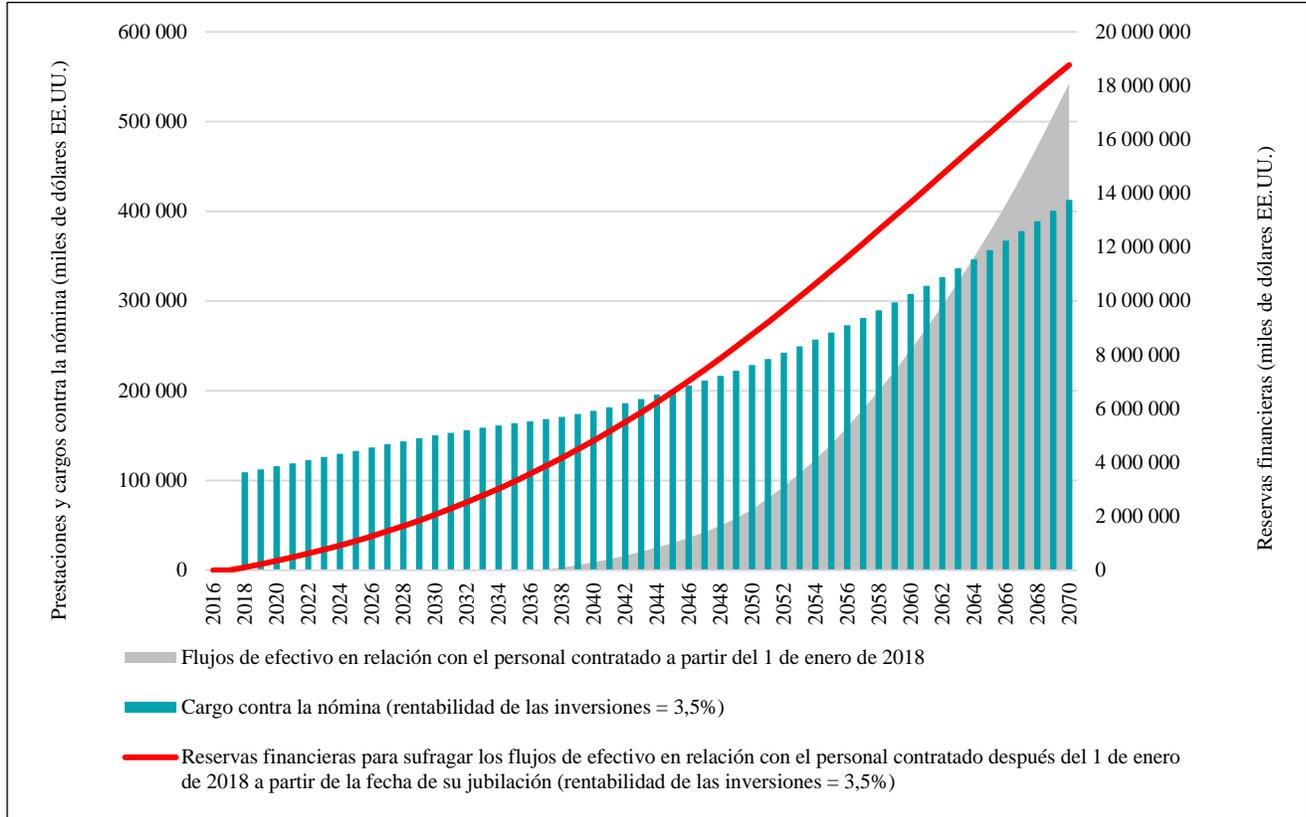
68. También se pidió al actuario independiente que determinara el cargo imputable a la nómina que sería necesario para alcanzar la financiación total del pasivo correspondiente al seguro médico después de la separación del servicio constituido a partir del 1 de enero de 2020 (costo del servicio), así como su crecimiento proyectado (costo de intereses). Por “financiación total” se entiende la acumulación de una reserva financiera suficiente para reducir inicialmente y, en última instancia, extinguir enteramente las obligaciones proyectadas correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio de las Naciones Unidas en régimen de financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes para los funcionarios que pasen a jubilarse y a partir de la fecha de su jubilación. Aunque el cargo imputable a la nómina corresponde a la financiación de las nuevas obligaciones

correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, se lo expresa en porcentaje de la masa total de sueldos en cifras brutas (excluido el ajuste por lugar de destino), independientemente de la fecha de contratación.

69. En el gráfico III se muestra el efecto de la financiación propuesta del costo del servicio y el costo de intereses, basado en una proyección de grupo abierto, que se elabora con arreglo a la hipótesis de que el número de nuevos funcionarios elegibles para el seguro médico después de la separación del servicio será igual al número de funcionarios que se jubilen que sean elegibles para el seguro médico después de la separación del servicio. La participación del empleador en los pagos por prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio a los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2018 está representada junto con el nivel del cargo imputable a la nómina —esto es, el 6,17% de la masa de sueldos basada en una tasa de rentabilidad de las inversiones del 3,5%— correspondiente a la financiación propuesta del costo del servicio y el costo de intereses. La línea curva representa la acumulación de reservas correspondiente a la financiación propuesta. La acumulación de reservas representada, que llega a 18.800 millones de dólares en 2070, excluye la participación del empleador en los pagos de prestaciones por seguro médico después de la separación del servicio a los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2018, y se consigna como pasivo compensado en las valoraciones de las obligaciones de las organizaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio. La reserva se acumularía de igual forma con una fecha de aplicación del 1 de enero de 2020 para la financiación propuesta.

## Gráfico III

**Financiación de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio relacionadas con los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2018**



70. En el cuadro *infra* se muestran los efectos presupuestarios bienales: a) del cumplimiento por las Naciones Unidas de su continua obligación neta de financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes respecto del seguro médico después de la separación del servicio; y b) del cargo contra la nómina del 6,17% aplicado para financiar el pasivo respecto de los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2020. Después de un pico en 2050-2051, el pasivo respecto del personal contratado antes del 1 de enero de 2020 comienza a declinar, en tanto la parte financiada del pasivo global sigue aumentando. En consecuencia, a partir del bienio 2070-2071, las consecuencias presupuestarias relacionadas con el seguro médico después de la separación del servicio comienzan a reducirse y, a su debido tiempo, quedan limitadas únicamente al cargo contra la nómina. En ausencia de financiación, el efecto presupuestario en 2068-2069 sería de 1.400 millones de dólares. Las consecuencias presupuestarias sucesivas continuarían en ascenso, pues ninguna parte de la obligación correspondiente a la financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes quedaría cubierta por las reservas acumuladas.

**Efectos presupuestarios bienales de la obligación correspondiente a la financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes y el cargo imputable a la nómina**

(En miles de dólares de los Estados Unidos)

<i>Bienio</i>	<i>Obligación correspondiente a la financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes</i>	<i>Cargo contra la nómina</i>	<b>Total</b>
2020-2021	281 754	234 966	<b>516 720</b>
2048-2049	757 793	438 920	<b>1 196 713</b>
2068-2069	408 248	789 727	<b>1 197 975</b>

71. Aunque la aplicación del cargo contra la nómina tendría un efecto positivo inmediato en el pasivo del seguro médico después de la terminación del servicio, pues limitaría su crecimiento, las Naciones Unidas tendrían que continuar la financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes del seguro médico después de la separación del servicio en relación con el pasivo constituido hasta el 31 de diciembre de 2019. La reducción del pasivo calculado en régimen de grupo cerrado se reflejaría en las valoraciones de las obligaciones de las organizaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio únicamente cuando el pasivo no financiado al 31 de diciembre de 2019 comenzara a disminuir en 2052, principalmente como consecuencia de la atrición, tras un pico en los pagos de prestaciones estimado en 380,0 millones de dólares.

**72. Recomendación F. Se recomienda que la Asamblea General apruebe el principio de la financiación de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio respecto de los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2020, a fin de financiar enteramente la obligación de las Naciones Unidas correspondiente a la financiación de los costos con cargo a los ingresos corrientes con esos funcionarios, a partir de la fecha de su jubilación. También se recomienda que la Asamblea confirme la financiación propuesta en su septuagésimo segundo período de sesiones sobre la base de una proyección totalmente detallada que refleje la fecha de aplicación del 1 de enero de 2020.**

**Recomendación 8. Inversión de las reservas**

73. Cabe recordar que, como se indica en el informe del Secretario General (A/70/590), el Grupo de Trabajo, al examinar las vías para la inversión de los fondos destinados a la cobertura de las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio, recomendó que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas estudiaran oportunidades a través del Grupo de Trabajo sobre Servicios Comunes de Tesorería, establecido por la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión, 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.

74. El Grupo de Trabajo advirtió que la consolidación de las reservas del seguro médico después de la separación del servicio por parte de múltiples organizaciones con fines de inversión presentaría problemas particulares, debido tanto a las

diferentes necesidades y niveles de financiación del pasivo como a cuestiones relacionadas con la propiedad y la gobernanza. Sobre la base de la conclusión de que un régimen conjunto de seguro médico sería desaconsejable, las inversiones mancomunadas también podrían tener una aplicabilidad limitada. No obstante, el intercambio de estrategias de inversión y los pedidos conjuntos de ofertas a los administradores de carteras de inversión son cuestiones que el Grupo de Trabajo estaba comprometido a estudiar más a fondo.

75. Por cuanto la Asamblea General no había adoptado ninguna decisión sobre la financiación de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio cuando el Grupo de Trabajo formuló su recomendación, la Comisión Consultiva no estuvo en condiciones de recomendar su aprobación. Sin embargo, aunque no descartó la posibilidad de establecer un fondo interinstitucional para la inversión de las reservas acumuladas, la Comisión Consultiva consideró interesante la recomendación del Grupo de Trabajo.

76. El PNUD, en nombre del Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Capitalización (FNUDC), el PNUD, el UNFPA, el UNICEF y ONU-Mujeres, organizaciones todas ellas con sede en Nueva York, hizo un pedido de ofertas que llevó a la selección de dos compañías externas de gestión de inversiones para encomendarles la inversión de las reservas relacionadas con el seguro médico después de la separación del servicio por un valor total de más de 1.100 millones de dólares. Esos activos se invierten de conformidad con las instrucciones recibidas de un comité común de gestión de inversiones, integrado por representantes de las cinco organizaciones. Los activos se mancomunan con fines de inversión, pero están sujetos a un régimen jurídico diferencial en cuentas separadas para cada organización independiente en un banco común. Este enfoque de cooperación tiene por objeto reducir las comisiones de gestión y obtener mejores rendimientos de inversión que los experimentados con anterioridad, en el contexto de una armonización más apropiada entre las inversiones de los activos relacionados con el seguro médico después de la separación del servicio, por un lado, y los pasivos subyacentes, por el otro.

77. En apoyo de varias organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que han establecido reservas destinadas a la cobertura de sus obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio, el Grupo de Trabajo sobre Servicios Comunes de Tesorería está estudiando las oportunidades de colaboración en consonancia con la iniciativa del FNUDC, el PNUD, el UNFPA, el UNICEF y ONU-Mujeres. Ello constituirá un sólido fundamento hasta tanto la Asamblea General y otros órganos rectores del sistema de las Naciones Unidas adopten decisiones respecto de la financiación de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio.

**78. Recomendación G. Se recomienda que el Grupo de Trabajo sobre Servicios Comunes de Tesorería de la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión, continúe promoviendo la colaboración interinstitucional en lo que respecta a la gestión de las inversiones de los fondos destinados a la cobertura de las obligaciones correspondientes al seguro médico después de la separación del servicio.**

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

- a) **Acoger con beneplácito el presente informe y tomar nota de él;**
  - b) **Hacer suyas las recomendaciones A a G que figuran en el informe;**
  - c) **Solicitar al Secretario General que mantenga el Grupo de Trabajo y presente información actualizada sobre estas cuestiones a la Asamblea General en su septuagésimo tercer período de sesiones, en particular en relación con las conclusiones del Grupo de Trabajo relativas a la inscripción de asegurados, a los fines de la cobertura primaria, en los planes nacionales de seguro médico de los Estados Miembros.**
-