



Asamblea General

Distr. general
19 de diciembre de 2018
Español
Original: inglés

Septuagésimo tercer período de sesiones

Tema 136 del programa

Presupuesto por programas para el bienio 2018-2019

Gestión del seguro médico después de la separación del servicio

Informe del Secretario General

Resumen

En el presente informe se recogen el análisis, las conclusiones y las recomendaciones del Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre el seguro médico después de la separación del servicio (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, de conformidad con la resolución 68/244.

El Grupo de Trabajo está integrado por representantes de 18 entidades del sistema de las Naciones Unidas. También participan en la labor del Grupo de Trabajo, en nombre de los funcionarios en servicio y los exfuncionarios, representantes del Comité Coordinador de Sindicatos y Asociaciones de Funcionarios Públicos Internacionales, la Federación de Asociaciones de ex Funcionarios Públicos Internacionales y la Federación de Asociaciones de Funcionarios Públicos Internacionales. El Grupo de Trabajo de los Directores de Servicios Médicos de las Naciones Unidas se asegura de que la postura del Grupo de Trabajo en relación con el seguro de salud sea compatible con la obligación de proteger.

El Grupo de Trabajo considera que, en su forma actual, ha cumplido su cometido y la mayoría de los miembros creen que en el futuro cabría considerar la posibilidad de establecer un órgano especializado que proporcionara a las entidades del sistema de las Naciones Unidas un foro para la cooperación con respecto a las complejas cuestiones relacionadas con el seguro.

Todas las secciones del informe, con excepción de la sección VII, relativa a la financiación de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio, son pertinentes para muchos organismos del sistema de las Naciones Unidas. La sección relativa a la financiación de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio es aplicable específicamente a la Secretaría de las Naciones Unidas. El Comité de Alto Nivel sobre



Gestión ha aprobado el informe. Sin embargo, cabe señalar que, en razón de la índole delicada de algunos temas, no siempre se ha llegado a un consenso en el Grupo de Trabajo. En el informe se indican en las cuestiones sobre las que no hay consenso.

El Grupo de Trabajo recomienda que:

a) El Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad examine qué activo debería considerarse apto para compensar el pasivo por concepto de seguro médico después de la separación del servicio;

b) Los organismos del sistema de las Naciones Unidas consideren la posibilidad de alinear con las mejores prácticas los requisitos impuestos a los terceros administradores;

c) En el contexto de las reuniones entre organismos bajo los auspicios del Comité de Alto Nivel sobre Gestión se sigan considerando todas las vías para contener el costo del seguro médico de salud;

d) Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas sigan considerando todas las posibilidades de armonización en relación con el seguro que sirviera de apoyo para la movilidad entre organismos;

e) Se mantenga el sistema de financiación con cargo a ingresos corrientes de las obligaciones de las Naciones Unidas por concepto de seguro médico después de la separación del servicio en el caso de los funcionarios contratados antes del 1 de enero de 2022;

f) La obligación en el caso de los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2022 se financie mediante la aplicación de un cargo imputable a la nómina correspondiente a un 5,35 % uniforme de la masa salarial y el establecimiento de una reserva financiera especial; y

g) El cargo imputable a la nómina sea revisado cada tres años y ajustado de manera de dar cabida a diferencias con respecto a la acumulación proyectada de la reserva especial.

Se solicita a la Asamblea General que tome nota de las recomendaciones formuladas en el presente informe y apruebe que las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio se financien, con respecto a los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2022, mediante la aplicación del mecanismo de acumulación de derechos.

I. Introducción

1. La Asamblea General, en su septuagésimo período de sesiones, examinó el informe del Secretario General sobre la gestión de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio ([A/70/590](#)), en que se daba una visión general del seguro médico para los funcionarios en servicio y los exfuncionarios y sus familiares a cargo, así como información acerca de la situación de esas obligaciones.

2. En un informe ulterior del Secretario General ([A/71/698](#) y [A/71/698/Corr.1](#)) se hacía referencia a los siguientes temas: a) negociaciones colectivas con los terceros administradores de planes de seguro médico de organismos del sistema de las Naciones Unidas; b) realización de exámenes de pólizas y celebración de negociaciones con los aseguradores; c) incorporación en los planes de seguro médico de los organismos de disposiciones relativas a la cobertura primaria con cargo a planes nacionales de seguro médico; d) normalización de la metodología de valoración general de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio y de los factores más importantes de valoración en todo el sistema y e) financiación de las obligaciones de las Naciones Unidas por concepto de seguro médico después de la separación del servicio.

3. Los dos informes tomaron como base la labor del Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico después de la Separación del Servicio, 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](#), en que la Asamblea General solicitó al Secretario General que realizara una encuesta de los planes de seguro de salud vigentes en todo el sistema de las Naciones Unidas y estudiara todas las opciones que permitieran aumentar la eficiencia y moderar los gastos.

4. El Grupo de Trabajo está integrado por representantes de 18 entidades del sistema de las Naciones Unidas: la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), 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, el Fondo 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. También participan en la labor del Grupo de Trabajo, en nombre de los funcionarios en servicio y los exfuncionarios, representantes del Comité Coordinador de Sindicatos y Asociaciones de Funcionarios Públicos Internacionales (CCISUA), la Federación de Asociaciones de ex Funcionarios Públicos Internacionales (FAFICS) y la Federación de Asociaciones de Funcionarios Públicos Internacionales (FICSA). El Grupo de Trabajo de los Directores de Servicios Médicos de las Naciones Unidas se asegura de que la postura del Grupo de Trabajo en relación con el seguro de salud sea compatible con la obligación de proteger.

5. En la Sección IV de su resolución [71/272](#) B, la Asamblea General hizo suyas las recomendaciones contenidas en el informe de la Comisión Consultiva en Asuntos

Administrativos y de Presupuesto (A/71/815) sobre el informe del Secretario General (A/71/698 y A/71/698/Corr.1). La Comisión Consultiva había recomendado, entre otras cosas, que la Asamblea General hiciera suya la recomendación del Secretario General de que se mantuviera el Grupo de Trabajo. El presente informe contiene información actualizada sobre los principales temas a que se refiere el informe del Secretario General (A/71/698 y A/71/698/Corr.1) y se basa una vez más en la labor del Grupo de Trabajo. En el presente informe, el Secretario General también se refiere en mayor detalle a la contención de los gastos y a las opciones de financiación de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio y a la cuestión de la transferibilidad de las prestaciones y los derechos de seguro médico. El Secretario General no tiene más información que dar en relación con la revisión de pólizas y las negociaciones con los aseguradores; la ampliación del mandato de la Caja Común de Pensiones y la inversión de las reservas, cuestiones que, por lo tanto, ya no se tratan en el presente informe.

6. Todas las secciones del presente informe, con excepción de la sección VII, relativa a la financiación de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio, son pertinentes para muchos organismos del sistema de las Naciones Unidas. La sección VII es aplicable específicamente a la Secretaría de las Naciones Unidas. El informe fue aprobado por el Comité de Alto Nivel sobre Gestión en diciembre de 2018. Sin embargo, cabe señalar que, en razón de la índole delicada de algunos temas, no siempre se ha llegado a un consenso en el Grupo de Trabajo. En el informe se indican las cuestiones respecto de las cuales el Grupo de Trabajo no llegó a un consenso.

7. La Asamblea General ha hecho suyas en el pasado las recomendaciones de la Comisión Consultiva de que se mantenga el método de pago con cargo a los ingresos corrientes para financiar las obligaciones de las Naciones Unidas por concepto de seguro médico después de la separación del servicio (A/68/550, párr. 17, y A/70/7/Add.42, párr. 28). El Secretario General no comparte la opinión de la Comisión Consultiva de que la propuesta relativa a la financiación de esas obligaciones que figuraba en su informe a la Asamblea General en su septuagésimo primer período de sesiones (A/71/698 y A/71/698/Corr.1) no estaba formulada de manera integral. La presión financiera que las obligaciones sin financiación prevista ejercerán sobre los presupuestos futuros suscita cada vez mayor preocupación al Secretario General y en el presente informe se vuelve a proponer una financiación prudencial de ellas.

8. El Grupo de Trabajo considera que ha dado impulso a una labor continua y coordinada para contener el costo del seguro médico y controlar las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio y ha cumplido así su cometido. La mayoría de sus miembros creen que en el futuro cabría examinar la posibilidad de establecer un órgano especializado que proporcionara a las entidades del sistema de las Naciones Unidas un foro para la cooperación con respecto a las complejas cuestiones relacionadas con el seguro.

II. Normalización de la metodología de valoración de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio y de las hipótesis actuariales

9. En sus conclusiones relativas al informe del Secretario General (A/70/590), la Comisión Consultiva expresó la esperanza de que se adoptaran todas las medidas posibles para diciembre de 2017 a fin de normalizar la metodología de evaluación de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio

en todo el sistema de las Naciones Unidas. El Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad está encargado de esa labor.

10. La normalización de la metodología de valoración y de las hipótesis actuariales hace más comparables las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio en todo el sistema de las Naciones Unidas y facilita la evaluación precisa del pasivo total del sistema, pero no tiene repercusiones importantes en las obligaciones subyacentes. La valoración es una estimación en un momento determinado de la parte que corresponde a un organismo del costo a largo plazo del seguro médico después de la separación del servicio, sobre la base del perfil del grupo asegurado, de los derechos de los asegurados y de hipótesis actuariales a la fecha de la valoración. Los resultados de la valoración pueden variar significativamente de un año a otro, ya que las obligaciones son sensibles a actualizaciones de los datos del censo y a ajustes de las principales hipótesis actuariales.

11. En razón de la diversidad de perfiles demográficos y políticas contractuales, algunas hipótesis actuariales no serán universalmente aplicables en la preparación de todas las valoraciones de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio en todo el sistema; las hipótesis actuariales comunes tampoco afectarán por igual a los resultados de las valoraciones de los organismos cuyo seguro médico se ha subcontratado a una compañía aseguradora privada o de los organismos cuyo riesgo relacionado con la atención de la salud está autoasegurado o forma parte de una entidad de seguro cautiva dentro del sistema de las Naciones Unidas.

12. El Grupo de Trabajo llegó a un acuerdo sobre la armonización de varias hipótesis de valoración de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio. Habida cuenta de que las prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio se pagan en un período prolongado, la hipótesis financiera que más repercute en la valoración es la tasa de descuento (derivada de la rentabilidad corriente de los intereses), que refleja el “valor temporal del dinero”. El Grupo de Trabajo convino en que cada año se determinaría una curva de rentabilidad a 30 años para los bonos de empresas de alta calidad en cada una de las cuatro monedas en que se pagan más comúnmente las prestaciones del seguro médico: el dólar de los Estados Unidos, el euro, la libra esterlina y el franco suizo. Estas curvas de rentabilidad servirán para preparar todas las valoraciones de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio en todo el sistema de las Naciones Unidas.

13. El Grupo de Trabajo decidió que, a partir de la preparación de la valoración de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio al 31 de diciembre de 2017, todos los organismos utilizaran los tipos de cambio operacionales especiales de las Naciones Unidas al final del año para la conversión de monedas relacionada con la valoración.

14. Todos los organismos utilizarán en la preparación de sus valoraciones algunos de los supuestos aplicados en las proyecciones de la Caja Común de Pensiones y examinados por la Comisión de Actuarios de la Caja: las tasas de mortalidad y discapacidad, de jubilación, de cese en el servicio y de ajuste de las pensiones. Se utilizarán las hipótesis globales de la Caja relativas a los aumentos de sueldos, salvo en el caso de los organismos con un sesgo geográfico significativo, que aplicarán supuestos propios de su ubicación.

15. Se propondrán tasas de inflación general comunes para los Estados Unidos de América, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Suiza y la zona del euro a los efectos de la preparación de la valoración de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio de los organismos. Se utilizarán parámetros indicativos a fin de determinar las tasas generales de inflación para otros lugares. La tasa de inflación general no incorpora la tasa de tendencia médica, que es

una variación porcentual que representa la inflación de precios proyectada, los avances tecnológicos, los patrones de utilización y la transferencia de gastos entre programas sociales. A los efectos de la valoración, se propondrán tasas definitivas de la tendencia médica separadas para los Estados Unidos, Suiza y la zona del euro.

16. Las tasas de cobertura del cónyuge, las tasas de participación en el plan y las tasas de rotación del personal seguirán siendo específicas para cada plan de seguro médico.

17. Tras haber finalizado la normalización de la metodología de valoración y las hipótesis actuariales, el Grupo de Trabajo procedió a reunir información de los organismos del sistema de las Naciones Unidas que sirviera de base para las deliberaciones sobre el activo que debe considerarse apto para ser utilizado como compensación del pasivo por concepto de seguro médico después de la separación del servicio. El Grupo establecerá asimismo una metodología común para evaluar de manera comparable los gastos de administración de los planes de seguro médico.

18. Se recomienda que el Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad lleve a cabo deliberaciones para determinar qué activo debe considerarse apto para su utilización como compensación del pasivo por concepto de seguro médico después de la separación del servicio.

III. Planes nacionales de seguro médico

19. En su resolución 70/248 B, sobre temas especiales relativos al presupuesto por programas para el bienio 2016-2017, la Asamblea General hizo suya la conclusión de la Comisión Consultiva de que se obtuviera información sobre la viabilidad y los efectos financieros de incorporar en los planes de seguro médico de los organismos el requisito de que los asegurados en la categoría de “jubilados” se afiliaran al plan nacional de seguro médico del país en que residen a título de seguro primario. Las cotizaciones al plan nacional serían sufragadas por el plan del organismo, que serviría también de plan complementario a fin de que la cobertura total se mantuviera constante. Se partía del supuesto de que los cargos al plan del organismo por concepto de atención médica disminuirían y lo mismo ocurriría con las obligaciones del organismo por concepto de seguro médico después de la separación del servicio sin que ello significara que la cobertura de los asegurados fuera menos completa o menos asequible.

20. Las consecuencias administrativas, el costo y los efectos en las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio que entraña ese requisito pueden variar considerablemente de un país a otro y de un plan a otro. En cuanto al carácter completo o asequible, la Comisión Consultiva confiaba en que se tendrían debidamente en cuenta las características de los planes nacionales de seguro médico y no solo las posibles economías.

21. Cabe recordar que el Grupo de Trabajo hizo una encuesta en septiembre de 2016 con el fin de recabar de los Estados Miembros información sobre las condiciones de elegibilidad para que los asegurados bajo los auspicios de organismos del sistema de las Naciones Unidas quedaran cubiertos por sus planes nacionales en calidad de seguro primario, así como sobre el alcance de la cobertura y el costo. Como el número de respuestas a la encuesta no fue suficiente para extraer conclusiones, el Grupo de Trabajo optó por una metodología alternativa para determinar si sería ventajoso que los asegurados se afiliaran a los planes nacionales a título de seguro primario. El Grupo de Trabajo llevó a cabo análisis de la relación costo-beneficio con respecto a los nueve países en que reside más de la mitad (53,2 %) de los 73.322 beneficiarios de la Caja Común de Pensiones: los Estados Unidos (15,6 %); Francia (10,4 %); Suiza

(7,1 %); Italia (5,2 %); Austria (4,7 %); el Reino Unido (3,2 %); Canadá (2,8 %); la India (2,3 %) y Tailandia (1,9 %).

22. Estos análisis de costo-beneficio resultaron complejos. Mientras que en algunos Estados Miembros la cotización al sistema nacional de seguro médico se expresa como una suma alzada por persona, en otros depende de los recursos económicos del asegurado y se expresa como porcentaje de los ingresos. Además, en ciertos Estados Miembros, los planes de seguro médico se financian principalmente con cargo a impuestos generales y pueden optar a ellos todos los que residan ordinariamente en el país, si bien con limitaciones para elegir al proveedor de atención médica.

23. Cabe señalar que los cambios en las prestaciones y la cobertura de los planes nacionales de seguro médico pueden incidir en el costo de los planes de seguro médico de los organismos en carácter de seguro complementario y, por lo tanto, en la validez a más largo plazo de los análisis de la relación costo-beneficio con respecto a ciertos Estados Miembros. Las alzas de las cotizaciones a un plan nacional pueden repercutir en la hipótesis financiera que sirve de base para el análisis de la relación costo-beneficio. En general, los cambios en las condiciones que rigen los planes nacionales de seguro médico pueden trastornar en gran medida los modelos financieros de los planes de seguro médico de los organismos. La imposición imprevista de límites en el derecho a acogerse a esos planes también puede trastornar considerablemente los modelos financieros.

24. Los jubilados asegurados por los planes de seguro médico de las Naciones Unidas que residen en los Estados Unidos deben afiliarse a Medicare Part B como seguro primario siempre y cuando reúnan los requisitos necesarios. El Grupo de Trabajo ha llegado a la conclusión de que en otros países no se puede obtener una prestación financiera equivalente a la que se obtiene con la afiliación de los jubilados a Medicare Part B, ya que las condiciones que favorecen el requisito de afiliarse en los Estados Unidos no se dan en ninguna otra parte. Los jubilados que hayan residido en el país durante por lo menos cinco años pueden obtener fácilmente el seguro de Medicare Part B a un costo asequible. Además, no hay mayor desplazamiento entre los Estados Unidos y sus dos países vecinos a los efectos de recibir atención médica, lo cual contrasta, por ejemplo, con el desplazamiento de Francia a Suiza de los funcionarios jubilados de organismos con sede en Ginebra que residen en el lado francés de la frontera.

25. Para hacer esa determinación específicamente en el caso de Austria, Francia, Italia y Suiza, cinco organismos representados en el Grupo de Trabajo (el OIEA, la OIT, la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, el PMA y la OMS) compararon la suma de las cotizaciones al plan nacional de seguro médico reembolsables a los asegurados en la categoría de "jubilados" y el importe proyectado de las prestaciones suplementarias pagaderas a esos asegurados con el importe de las prestaciones pagaderas en virtud del plan nacional. En Francia, el seguro primario en el plan nacional (*Sécurité sociale*) reduciría el costo medio del plan del organismo por concepto de seguro médico después de la separación del servicio en 1.782 dólares de los Estados Unidos por persona y por año, de 5.416 dólares a 3.634 dólares. Sin embargo, al añadir la prima de la *Sécurité sociale* de 6.624 dólares de los Estados Unidos, el costo para el plan de seguro médico del organismo subiría a 8.406 dólares y el plan sufriría una pérdida de 2.990 dólares (cabe señalar que este cálculo se basa en una prestación media de la Caja Común de Pensiones; dado que la prima de la *Sécurité sociale* se fija sobre la base de los ingresos totales de la familia, que pueden superar por sí solos la prestación de la Caja, es probable que en este cálculo se haya subvalorado la prima media de la *Sécurité sociale*).

26. El Grupo de Trabajo determinó que el resultado también sería desfavorable en Suiza, ya que el gasto medio por concepto de seguro médico después de la separación

del servicio en el marco del plan de los organismos, que actualmente asciende a 9.310 dólares de los Estados Unidos por asegurado y por año, subiría un 7,9 % para quedar en 10.042 dólares. En Austria, el costo medio actual del seguro médico después de la separación del servicio subiría más del 80,0 % con el seguro obligatorio de la *Wiener Gebietskrankenkasse*, de 4.553 dólares de los Estados Unidos por asegurado y por año a 8.337 dólares. Cabe señalar también que los funcionarios que no participaron en la *Wiener Gebietskrankenkasse* mientras trabajaban en un organismo con sede en Viena o los jubilados de organismos que no tienen sede en Viena no tienen automáticamente derecho a ese seguro.

27. La determinación de la relación costo-beneficio en el caso de Italia es difícil. Aunque el *Servizio Sanitario Nazionale* ofrece un seguro de salud universal, está organizado a nivel regional y no hay una lista general definida de copagos por cada intervención médica. Únicamente está cubierto el tratamiento dental básico y los aparatos ópticos no están cubiertos. El número excesivo de usuarios en las instituciones públicas de atención médica puede tener como resultado prolongados periodos de espera y causan la afiliación a costosos planes privados de seguro médico. Debido a estos inconvenientes, el Grupo de Trabajo considera poco probable que el reembolso de las primas, estimado en una media de 3.207 euros por persona por año, repercuta favorablemente en el costo medio de los planes de seguro médico de los organismos, que asciende a 3.357 euros.

28. Todos los asegurados que residen en el Reino Unido (2.369 beneficiarios de la Caja Común de Pensiones) tienen acceso al Servicio Nacional de Salud, ampliamente financiado con fondos públicos, y solo se pagan las prestaciones de los planes de seguro médico de los organismos respecto de la atención recibida fuera de ese Servicio.

29. En razón de la forma en que están distribuidos en el sistema de las Naciones Unidas los beneficiarios de la Caja Común de Pensiones residentes en el Canadá y los residentes en la India (1.680) y Tailandia (1.406) y teniendo en cuenta el costo de los procesos administrativos adicionales, el Grupo de Trabajo ha determinado que ningún organismo obtendría un beneficio material en caso de hacer obligatoria la afiliación a los planes nacionales de seguro médico de esos países a los efectos del seguro médico después de la separación del servicio. También suscita preocupación para el Grupo de Trabajo la cuantía del seguro complementario que sería necesario en la India y en Tailandia.

30. No se consideró la cuestión de la elegibilidad de los asegurados para acogerse a planes nacionales de seguro médico ya que en ninguno de los casos el Grupo de Trabajo determinó que se obtendría un beneficio desde el punto de vista del costo si se exigiera que los asegurados en planes de seguro médico de los organismos se afiliaran a un plan nacional en carácter de seguro primario después de la separación del servicio.

IV. Negociaciones con terceros administradores

31. En su informe a la Asamblea General en el septuagésimo primer período de sesiones ([A/71/698](#) y [A/71/698/Corr.1](#)), el Secretario General indicó que los organismos del sistema de las Naciones Unidas habían sentado las bases para la negociación colectiva con terceros administradores. El Grupo de Trabajo había determinado la necesidad de tomar medidas para que los organismos pudieran supervisar en forma más eficiente y efectiva el desempeño y los precios de los terceros administradores. El Grupo de Trabajo había determinado también que sería provechoso para los organismos hacer más estrictas las condiciones de sus contratos con terceros proveedores de servicios administrativos en cuestiones críticas como los indicadores clave de rendimiento; el establecimiento de redes de proveedores de

servicios de salud; la metodología de fijación de precios; la estructura y frecuencia de los informes y el control y la auditoría.

32. Los organismos del sistema de las Naciones Unidas habían expresado variados niveles de satisfacción con respecto al desempeño de los terceros administradores. A los efectos de promover que las disposiciones de los contratos que regían los servicios y las obligaciones de terceros administradores fuesen completas y uniformes, el Grupo de Trabajo preparó un modelo de Acuerdo con terceros administradores para que se utilizara en todo el sistema. Las disposiciones del Acuerdo recogen las mejores prácticas en el sector y se ha suprimido la cláusula de confidencialidad incluida en los contratos vigentes que impide intercambiar en el sistema de las Naciones Unidas información acerca de los terceros intermediarios. La normalización de las disposiciones contractuales, junto con la libre circulación de la información, permitirá que los organismos actúen de consuno para aprovechar la mayor escala y asegurarse de que se ofrezcan y apliquen rigurosamente en todo el sistema condiciones de servicio óptimas y los servicios que se presten sean de la más alta calidad.

33. Se recomienda que los organismos del sistema de las Naciones Unidas estudien la posibilidad de alinear con las mejores prácticas los requisitos impuestos a terceros administradores.

V. Contención de costos

Atención dentro de la red

34. En su septuagésimo primer período de sesiones, el Secretario General informó a la Asamblea General sobre la labor realizada conjuntamente por la OIT, la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y la OMS a fin de seguir estableciendo redes de proveedores de atención de la salud preferentes que ofrecieran descuentos que, en relación con el tratamiento hospitalario, tuviesen el efecto de reducir considerablemente el costo de los planes de seguro médico de los organismos y sus obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio. Los tres organismos con sede en Ginebra que tienen planes autoadministrados siguen ampliando conjuntamente el acceso a redes de proveedores de atención de salud en la zona de Ginebra y en otros lugares. Se está ejerciendo presión sobre los terceros administradores de planes de seguro médico en todo el sistema de las Naciones Unidas a fin de que amplíen sus redes de proveedores de manera de controlar los costos y reducir al mínimo la volatilidad de los precios.

35. El desarrollo de redes de proveedores preferentes va de la mano con la promoción de la atención médica dentro de la red. Ha mejorado la comunicación con respecto a la utilización de proveedores dentro de la red y, a través de los sitios web del plan de seguro de salud y los terceros administradores, es fácil obtener detalles acerca de la forma de ponerse en contacto con profesionales incluidos en la red. Se ha reducido el reembolso de los gastos efectuados por concepto de atención fuera de la red. En varios lugares, entre ellos los Estados Unidos, se ha hecho obligatoria la autorización del tercero administrador para el tratamiento hospitalario de pacientes que no sea de urgencia y los terceros administradores promueven la atención dentro de la red. Además, la posibilidad en los Estados Unidos de hacer consultas médicas en línea está resultando eficaz para reducir las visitas a la oficina de proveedores de servicios de salud, de costo más alto, y para promover la atención dentro de la red cuando es necesario efectuar una consulta en persona). En el caso de un plan con sede en los Estados Unidos, se proyecta que, con estas medidas, se podrá economizar aproximadamente el 2,6 % de los gastos. Cabe señalar, sin embargo, que los efectos financieros de estas medidas no serán de igual magnitud en todos los planes, ni se

mantendrán constantes a medida que cambie el comportamiento de los usuarios respecto del uso de proveedores dentro de la red.

36. Los planes de seguro médico ofrecidos bajo los auspicios de las Naciones Unidas en Nueva York son supervisados por el Comité de Estudio sobre los Seguros de Salud y de Vida, integrado por representantes de la administración y el personal. El Comité está encargado de proponer medidas para asegurar el equilibrio financiero de los planes y de recomendar al Contralor ajustes de los precios, la configuración y las prestaciones de los planes. El Comité recibe también informes periódicos de los terceros administradores del plan en apoyo del cumplimiento de sus obligaciones. En la actualidad, el Comité discute la viabilidad y los efectos financieros de ofrecer un plan en los Estados Unidos que abarque únicamente el tratamiento médico dentro de la red.

Prevención

37. En algunos casos, se ha seguido reforzando la promoción de la atención médica preventiva en todo el sistema de las Naciones Unidas y se han reembolsado íntegramente los gastos relacionados con los exámenes y pruebas de detección más eficaces. Los terceros administradores están en cada vez mejores condiciones para ofrecer programas de salud y bienestar que promuevan cambios en el estilo de vida dirigidos a evitar trastornos médicos crónicos.

Prorrateo de la prima del seguro médico después de la separación del servicio

38. El Secretario General no comparte la opinión expresada por la Comisión Consultiva “de que se podrían estudiar hipótesis de una menor proporción de las primas prorrateadas a las organizaciones”. El objetivo a que obedece esa opinión consiste en traspasar a funcionarios en servicio y funcionarios jubilados las obligaciones de las Naciones Unidas por concepto de seguro médico después de la separación del servicio (A/71/815, párr. 33). El Secretario General considera que esas obligaciones se pueden controlar mejor financiándolas y mediante otras medidas de contención de los gastos que traspasándolas, como tácitamente recomienda la Comisión Consultiva.

39. Cabe recordar que, en 1966, la Asamblea General estableció una política que ampliaba el seguro médico bajo los auspicios de las Naciones Unidas a los funcionarios que dejaban de prestar servicios (por jubilación o por discapacidad) y que en el momento de su separación del servicio habían cotizado a un plan de seguro médico de las Naciones Unidas durante un período determinado (véase A/6491 y A/6491/Corr.1). La Asamblea General, con el acuerdo de la Comisión Consultiva (véase A/6521) y la aprobación de la Quinta Comisión (véase A/6605 y A/6605/Corr.1), reconoció así las dificultades a que se enfrentaban los funcionarios que se jubilaban y cuya cobertura con arreglo a los planes nacionales de seguro médico de sus respectivos países era insuficiente, o no tenían derecho a ella, y, en consecuencia, tendrían que recurrir a un seguro médico comercial con primas elevadas en un momento en que sus ingresos se reducían sustancialmente. Posteriormente, en su resolución 61/264, la Asamblea General aprobó cambios en las disposiciones sobre el seguro médico después de la separación del servicio aplicables a los funcionarios que se incorporaran a las Naciones Unidas el 1 de julio de 2007 o después de esa fecha¹. En la instrucción administrativa ST/AI/2007/3 se establecen

¹ Las modificaciones eran las siguientes: a) La adaptación de los requisitos para tener derecho al seguro médico y a la subvención a una afiliación mínima de diez años a los planes de seguro médico de las Naciones Unidas, suprimiendo la opción de adquisición de derechos después de cinco años de afiliación; b) la aplicación de una pensión teórica correspondiente a un mínimo de 25 años de servicio como base para evaluar las aportaciones de los jubilados, en lugar de utilizar el número real de años de servicio cuando ese número sea menor de 25 años y c) la introducción

las obligaciones actuales de las Naciones Unidas con respecto al seguro médico después de la separación del servicio.

40. La Asamblea General se refirió en su resolución [69/251](#), de 2014, a la cuestión del prorrateo de los gastos entre las Naciones Unidas como organización y los exfuncionarios que se beneficiaban del seguro médico después de la separación del servicio. En esa resolución, la Asamblea aprobó la recomendación de la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI) de que se mantuvieran en las proporciones existentes las primas de seguro médico prorrateadas entre la Organización y el personal, incluidos los jubilados, acogido a planes de seguro médico de las Naciones Unidas.

41. La resolución [69/251](#) de la Asamblea General constituye la base jurídica para el prorrateo actual de las cotizaciones al seguro médico entre el empleador y el empleado. La modificación del prorrateo actual con el objetivo de reducir las obligaciones de las Naciones Unidas por concepto de seguro médico después de la separación del servicio representa una transferencia improcedente de esas obligaciones a los funcionarios.

Condiciones del seguro

42. El derecho al seguro médico después de la separación del servicio es un componente esencial de las condiciones de servicio de los funcionarios de las Naciones Unidas. La prestación se adquiere mediante el servicio y comprende normas de elegibilidad inalteradas, prestaciones de seguro y el prorrateo de las primas, tanto para los funcionarios en servicio activo como para los jubilados. Cualquier cambio importante en las disposiciones del plan de seguro médico a que esté acogido el funcionario puede afectar a un elemento básico de sus condiciones de servicio. Dado el gran número de funcionarios que dependen del seguro médico después de la separación del servicio, cabe suponer que un cambio importante en las disposiciones de su seguro médico dará lugar a un gran número de impugnaciones ante el sistema de administración de justicia.

43. La situación de los funcionarios que aún no han sido contratados es diferente, ya que todavía no han adquirido derechos, lo que significa que las modificaciones pueden aplicarse de manera prospectiva al personal nuevo, como ocurrió con los cambios en las disposiciones relativas al seguro médico después de la separación del servicio aprobadas por la Asamblea General en su resolución [61/264](#), que se aplicaban a ese personal. La aplicación prospectiva de los cambios es coherente con los principios de no retroactividad y respeto de los derechos adquiridos.

Mecanismo de acumulación de derechos

44. En la actualidad, los funcionarios que se jubilan y que han estado en servicio en el sistema de las Naciones Unidas durante al menos diez años tienen derecho en general a que sus organismos paguen una parte de sus primas del seguro médico después de la separación del servicio equivalente a la totalidad de la parte recomendada por la CAPI. El Secretario General, si bien no ve razón alguna para modificar el prorrateo de las primas convalidado por la CAPI en 2014, es partidario de que se aplique un mecanismo que vincule mejor la parte pagada por el organismo de la prima del seguro médico después de la separación del servicio con el período de

de un requisito de afiliación mínima para que las personas a cargo tengan derecho al seguro médico después de la separación del funcionario, consistente en un período mínimo de cinco años de afiliación en el momento de la jubilación del funcionario de las Naciones Unidas, o de dos años si el cónyuge tiene un seguro de otro empleador o de un gobierno nacional, excepto en los casos en que las personas a cargo hayan adquirido esta condición en ese período y se hayan afiliado dentro del plazo de treinta días a partir de la fecha efectiva de adquisición de la condición de persona a cargo.

servicio del funcionario en el sistema, lo que reduciría las obligaciones de los organismos por concepto de seguro médico después de la separación del servicio. En todo caso, el Secretario General pone de relieve que: a) de aplicarse ese mecanismo, la organización debe financiar las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio, como se recomienda más adelante, y b) el mecanismo propuesto solo puede aplicarse al personal nuevo, ya que su aplicación al personal en servicio activo o jubilado puede vulnerar derechos adquiridos.

45. El Grupo de Trabajo ha examinado un “mecanismo de acumulación de derechos” en el que la parte de las primas del seguro médico después de la separación del servicio pagadas por el organismo en nombre de un funcionario jubilado aumentaría a la par de la duración de su servicio en el sistema de las Naciones Unidas. Después de diez años de servicio, la parte de la prima pagada por la organización correspondería a un tercio de la prima total. Cada mes se acumularía el derecho a que el organismo pagara una parte adicional de la prima hasta un máximo de dos tercios de la prima total, de conformidad con la resolución 69/251 de la Asamblea General. El derecho máximo se acumularía después de 20 o 25 años de servicio.

46. Se pidió al actuario independiente, Ernst & Young, que evaluara las consecuencias de la aplicación del mecanismo en las obligaciones de la Secretaría de las Naciones Unidas por concepto de seguro médico después de la separación del servicio. Sobre la base de los datos del censo de personal en servicio activo al final del año 2018, se estima que la obligación se habría reducido entre un 8,8 % y un 12,8 % (238,3 millones a 247,0 millones de dólares de los Estados Unidos), de 1.920 a entre 1.750 y 1.680 millones de dólares. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que ello refleja el impacto estimado del mecanismo al momento de la madurez y no un efecto inmediato en las obligaciones. Dado que el mecanismo solo puede aplicarse al personal nuevo, sus efectos se logran con el tiempo y siempre que la composición demográfica actual del personal en servicio activo no cambie sustancialmente.

47. También se pidió al actuario independiente que estimara las consecuencias, en promedio, respecto de las primas del seguro médico después de la separación del servicio para el personal nuevo. En promedio, la parte de las primas del seguro médico después de la separación del servicio pagadas por los funcionarios desde la fecha de su jubilación aumentaría entre un 7,0 % y un 13,0 %. Ello no disminuiría con el tiempo, ya que tanto la parte que pagan los jubilados de las primas del seguro médico después de la separación del servicio, como la que pagan los organismos, expresadas como porcentaje de la prima total, seguirían siendo las mismas.

48. Cabe subrayar que no se ha llegado a un consenso en el Grupo de Trabajo sobre la conveniencia del mecanismo de acumulación de derechos. El CCISUA y la FICSA (que representan a funcionarios en servicio), así como la FAFICS (que representa a exfuncionarios), han manifestado su oposición y expresado la opinión de que el mecanismo traspasa la carga financiera del seguro médico después de la separación del servicio de los organismos a los futuros jubilados. Sin embargo, algunos de los organismos representados en el Grupo de Trabajo han manifestado su interés en seguir estudiando el mecanismo, subrayando que la aplicación de cualquier recomendación de un organismo participante estaría sujeta a consultas internas en él y a la aprobación de los órganos rectores de las respectivas entidades. También hay que subrayar que la aplicabilidad del mecanismo de acumulación de derechos puede variar de un organismo a otro en función de la política contractual, el nivel de las obligaciones por concepto del seguro médico después de la separación del servicio y la política de financiación, entre otros factores.

49. **Se recomienda que se sigan explorando todas las vías para contener el costo del seguro médico en el contexto de deliberaciones entre organismos bajo los auspicios del Comité de Alto Nivel sobre Gestión.**

VI. Transferibilidad de las prestaciones y los derechos de seguro médico

50. El Grupo de Trabajo examinó la cuestión de la transferibilidad, en apoyo de la movilidad entre organismos, de determinadas prestaciones y derechos entre los planes de seguro médico de los organismos. El Grupo de Trabajo examinó específicamente si se podía llegar a un acuerdo interinstitucional para mitigar los efectos que tenía la movilidad en las prestaciones y los derechos acumulados de los funcionarios en materia de seguro médico. El Grupo de Trabajo también consideró si el traspaso de un organismo a otro, relacionado con la movilidad entre organismos, de la obligación por concepto de seguro médico después de la separación del servicio justificaba el traspaso de la financiación correspondiente de una parte de esa obligación por el organismo del que se iba el funcionario y, de ser así, si se podía elaborar una fórmula común para determinar qué parte debía financiarse.

51. A juicio del Grupo de Trabajo, los organismos del sistema de las Naciones Unidas deberían aceptar el traspaso de ciertas prestaciones y derechos acumulados en materia de seguro médico, así como de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio, sin una transferencia de fondos administrativamente onerosa. Esta opinión se ve corroborada por las estadísticas sobre movilidad interinstitucional correspondientes a 38 organismos y proporcionadas por la secretaría de la Junta de los Jefes Ejecutivos para el período 2013-2016. Estas estadísticas indican que cualquier diferencia entre el número de funcionarios que se reciben y el de funcionarios que se van no es importante en comparación con el total de la fuerza de trabajo de los organismos.

52. Para facilitar la movilidad entre organismos, el Grupo de Trabajo ha tratado inicialmente de determinar las cuestiones que se prestan a una armonización: a) la duración del servicio en el sistema de las Naciones Unidas necesaria para que un funcionario tenga derecho al seguro médico después de la separación del servicio y otros criterios de elegibilidad; b) las normas que rigen los años de servicio que se acumulan a los efectos del período necesario para que un funcionario tenga derecho al seguro médico después de la separación del servicio; y c) las disposiciones relativas a la inclusión de los familiares secundarios a cargo en los planes de seguro médico del organismo. Sin embargo, el Grupo de Trabajo no ha terminado su labor a este respecto, ni se han estudiado exhaustivamente las posibilidades de armonización relacionadas con el seguro médico en apoyo de la movilidad entre organismos.

53. El Grupo de Trabajo opina que un órgano interinstitucional de seguros, como se señaló anteriormente, sería el mejor situado para llevar adelante la labor que ha realizado sobre el seguro médico después de la separación del servicio. Sin embargo, hay que recalcar que la aplicación de las recomendaciones de cualquiera de esos órganos por un organismo participante estaría sujeta a consultas internas en su seno.

54. Se recomienda que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas sigan examinando todas las posibilidades de armonización relacionadas con los seguros en apoyo de la movilidad interinstitucional.

VII. Financiación de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio²

55. En su informe sobre la gestión del seguro médico después de la separación del servicio, examinado por la Asamblea General en su septuagésimo primer período de

² La presente sección se refiere únicamente a la Secretaría de las Naciones Unidas.

sesiones (A/71/698), el Secretario General expresó su preocupación por el nivel de las obligaciones relativas a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio de la Secretaría de las Naciones Unidas que no estaban financiadas y representaban un pasivo reconocido y consignado en los estados financieros de conformidad con las disposiciones de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS). Esas obligaciones, si se siguen financiando con cargo a los ingresos corrientes, como recomendó la Comisión Consultiva (A/71/815, párr. 36), ejercerán una presión financiera cada vez mayor sobre los presupuestos en el futuro y obstarán a la capacidad de la Organización para actuar en ámbitos críticos de su Carta. El Secretario General considera que el modelo de la financiación con cargo a ingresos corrientes no es prudente y cree firmemente que las obligaciones por concepto del seguro médico después de la separación del servicio deben financiarse según el método del pago por devengo.

56. La Junta de Auditores tiene la misma preocupación. En los párrafos 57 a 59 de su informe sobre los estados financieros de las Naciones Unidas para el bienio finalizado el 31 de diciembre de 2013 (A/69/5 (Vol.I)), y relativos a las obligaciones por terminación del servicio, la Junta advirtió a la Asamblea General de que el modelo de financiación con cargo a los ingresos corrientes exponía a la Asamblea General al riesgo de un aumento de los gastos de efectivo, lo que reduciría los fondos de que dispone la Organización para cumplir su mandato. La Junta volvió a formular esa advertencia a la Asamblea en sus informes correspondientes a los bienios finalizados el 31 de diciembre de 2015 y 31 de diciembre de 2016 (A/71/5 (Vol.I) y A/72/5 (Vol.I) y A/72/5 (Vol.1/Corr.1, respectivamente).

57. Las IPSAS no son prescriptivas en lo que atañe al método que aplique una organización a fin de asegurarse de tener recursos suficientes para cumplir sus obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio. Sin embargo, hay que señalar a este respecto que las Naciones Unidas han quedado a la zaga. La Junta de Auditores ha señalado que otros organismos del sistema de las Naciones Unidas que hacen frente a un aumento similar de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio han aplicado proactivamente estrategias encaminadas a financiar íntegramente esas obligaciones con una base en el activo que está alineada con las fluctuaciones de esas obligaciones a fin de reducir los efectos de los aumentos.

58. El Secretario General propuso en su informe (A/71/698 y A/71/698/Corr.1), que se financiaran en parte las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio, lo que se propone nuevamente en el presente informe con miras a que haya un control prudencial de las obligaciones; y, por consiguiente, evitar que se desplace a futuros períodos de sesiones de la Asamblea General la carga de abordar las cuestiones presupuestarias relacionadas con el cumplimiento de esas obligaciones. Sin embargo, la Comisión Consultiva expresó en el informe conexo (A/71/815) la opinión de que la propuesta de financiación no se había presentaba de forma integral y no se habían tenido en cuenta elementos que podían repercutir en las obligaciones como: a) la incorporación en los planes de seguro médico de las Naciones Unidas de disposiciones relativas a la afiliación a planes nacionales de seguro médico con el carácter de seguro primario; b) la armonización en todo el sistema de las Naciones Unidas de la metodología de valoración de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio y de ciertos factores de la valoración y c) la inclusión de proyecciones para las operaciones de mantenimiento de la paz.

59. El Secretario General considera que la propuesta era suficientemente completa como para que la Asamblea General pudiera adoptar una decisión informada sobre la financiación; habida cuenta de que la estrategia de financiación es a largo plazo, no había motivos para asociar su aprobación a los resultados de los análisis de la relación

costo-beneficio efectuados por el Grupo de Trabajo con respecto a la incorporación en los planes de seguro médico de disposiciones relativas a la afiliación a planes nacionales a título de seguro primario; la armonización de la metodología de valoración de las obligaciones y de los factores de valoración no tiene ninguna repercusión importante en las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio y únicamente tiene por objeto normalizar la presentación de informes sobre esas obligaciones en todo el sistema de las Naciones Unidas y, como se explica en el párrafo 62 del informe del Secretario General ([A/71/698](#) y [A/71/698/Corr.1](#)), las operaciones de mantenimiento de la paz fueron excluidas intencionalmente del perímetro de la propuesta para no subestimar o sobreestimar las necesidades de financiación.

60. Cabe razonablemente prever que la migración de ciertas funciones actualmente localizadas en Nueva York en el contexto del modelo global de prestación de servicios para las Naciones Unidas (véase [A/71/417](#)) pueda afectar a las obligaciones de las Naciones Unidas por concepto de seguro médico después de la separación del servicio. Sin embargo, actualmente se desconocen los efectos de la migración y el Secretario General considera que, como la estrategia de financiación de esas obligaciones es a largo plazo, ese y otros imponderables no deberían obstar para que la Asamblea General adoptase una decisión acerca de la financiación.

Perímetro

61. La propuesta del Secretario General incluye las siguientes 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, pero excluye a las operaciones de mantenimiento de la paz únicamente a este respecto: el Tribunal Penal Internacional para Rwanda, el Tribunal Internacional para la ex-Yugoslavia, 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, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDC) y la Escuela Superior del Personal de las Naciones Unidas.

62. Hay que poner de relieve que la propuesta sería aplicable a las entidades que quedan directamente comprendidas en el ámbito de las resoluciones de la Asamblea General en materia de financiación. Las decisiones de la Asamblea General no son vinculantes para otros organismos del sistema, ya que las propuestas correspondientes tendrían que ser presentadas a sus órganos rectores para su decisión. Hay que insistir además en que se ha excluido del perímetro a las operaciones de mantenimiento de la paz en vista del carácter fluido de su composición y la consiguiente posibilidad de sobrevalorar o subvalorar las necesidades de financiación.

63. 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, pero no han sido incluidas en el alcance de las proyecciones que se presentan más adelante. También se han preparado proyecciones separadas para las operaciones de mantenimiento de la paz.

Metodología

64. El total de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio al 31 de diciembre de 2017, calculado para las entidades incluidas en el perímetro de la propuesta, ascendía a 5.500 millones de dólares. Se prevé que la parte total que corresponde a esas mismas entidades en los desembolsos bienales por concepto de seguro médico después de la separación del servicio subirá de 257,7 millones de dólares en 2018-2019 a 417,9 millones en 2026-27 y a 607,7 millones en 2036-2037 (el total de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio al 31 de diciembre de 2017, calculado para las entidades del entorno más amplio de las Naciones Unidas, es decir, el PNUD, el UNFPA, la UNOPS, la ONU, ONU-Mujeres y las operaciones de mantenimiento de la paz, ascendía a 8.800 millones de dólares). Se prevé que la parte total que corresponde a esas entidades en los desembolsos bienales por concepto de seguro médico después de la separación del servicio subirá de 337,2 millones de dólares de los Estados Unidos en 2018-2019 a 590,2 millones en 2026-2027 y a 949,0 millones en 2036-2037).

65. Se pidió al actuario independiente de las Naciones Unidas, Ernst & Young, que preparara proyecciones de los flujos de efectivo a largo plazo en relación con la evolución de esas obligaciones. Se tomaron como punto de partida para la preparación de las proyecciones las valoraciones de las obligaciones por concepto del seguro médico después de la separación del servicio al 31 de diciembre de 2017. Las consecuencias presupuestarias se proyectan para el período de 90 años correspondiente al período de extinción de las obligaciones relativas al seguro médico después de la separación del servicio respecto de los funcionarios contratados antes del 1 de enero de 2022.

66. Para la Secretaría de las Naciones Unidas, se propone que las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio correspondientes al personal nuevo, esto es, el contratado a partir del 1 de enero de 2022 estén plenamente financiadas, manteniendo al mismo tiempo el sistema de cargo a los ingresos corrientes para las obligaciones existentes (incluidas las correspondientes al personal ya contratado pero que aún no tiene derecho al seguro médico después de la separación del servicio). Las nuevas obligaciones se financiarían sobre la base del costo anual de los servicios más el costo de los intereses. El pasivo constituido seguiría sin financiación y, tras un período inicial de crecimiento continuado, comenzaría a disminuir a causa de la eliminación natural de puestos.

67. También se pidió al actuario independiente que determinara el cargo imputable a la nómina que sería necesario para financiar íntegramente las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio a partir del 1 de enero de 2022 (costo del servicio), así como su crecimiento proyectado (costo de intereses). En aras de la exactitud, la base de evaluación utilizada para determinar el cargo imputable a la nómina es la masa salarial bruta (con exclusión del ajuste por lugar de destino) y no el costo total por concepto de personal. La carga imputable a la nómina se expresa como porcentaje de la masa salarial bruta total cualquiera que sea la fecha de la contratación. Se solicitaron resultados con y sin la aplicación del mecanismo de acumulación de derechos que se presenta en los párrafos 45 a 49.

68. Mientras que las IPSAS imponen limitaciones en cuanto a la naturaleza de las inversiones que pueden tenerse en cuenta al calcular la tasa de descuento incorporada en las valoraciones de la obligación por concepto de seguro médico después de la separación del servicio, las proyecciones de financiación de ese seguro pueden basarse en inversiones que tengan una rentabilidad más realista. Las hipótesis de financiación se han preparado sobre la base de una tasa de rentabilidad de la inversión del 3,50 %, que constituye una tasa de rentabilidad real (vale decir, una vez deducida la inflación) y es compatible con el objetivo a largo plazo de la Caja Común de Pensiones.

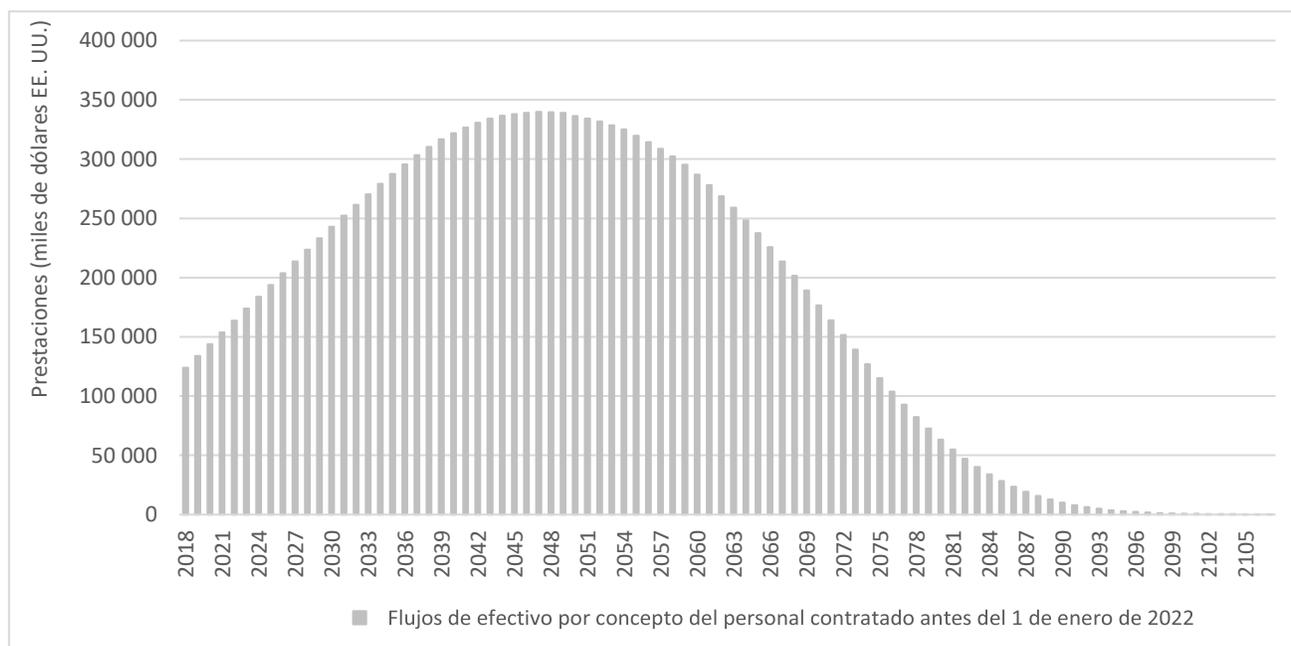
69. Todas las proyecciones que se presentan a continuación se basan en datos censales y supuestos actuariales totalmente actualizados (tablas de mortalidad, tasas de descuento, tasas de inflación médica y gastos de atención médica). El período de la proyección se ha ampliado para reflejar la situación de la financiación al final del año de extinción del pasivo ya constituido al 31 de diciembre de 2021.

Pasivo constituido

70. Las proyecciones de las figuras I, II y III son comparables a las del informe anterior del Secretario General (A/71/698 y A/71/698/Corr.1). En la figura I se muestra la evolución, en un período de más de 90 años, del pasivo constituido en relación con el personal contratado antes del 1 de enero de 2022, hasta su extinción a causa de la eliminación natural de puestos en 2107. En la figura I, al igual que en las que la siguen, las obligaciones están representadas por flujos de efectivo que corresponden a la contribución del empleador a los pagos de las prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio.

Figura I

Evolución hasta la extinción de las prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio en el caso del personal contratado antes del 1 de enero de 2022



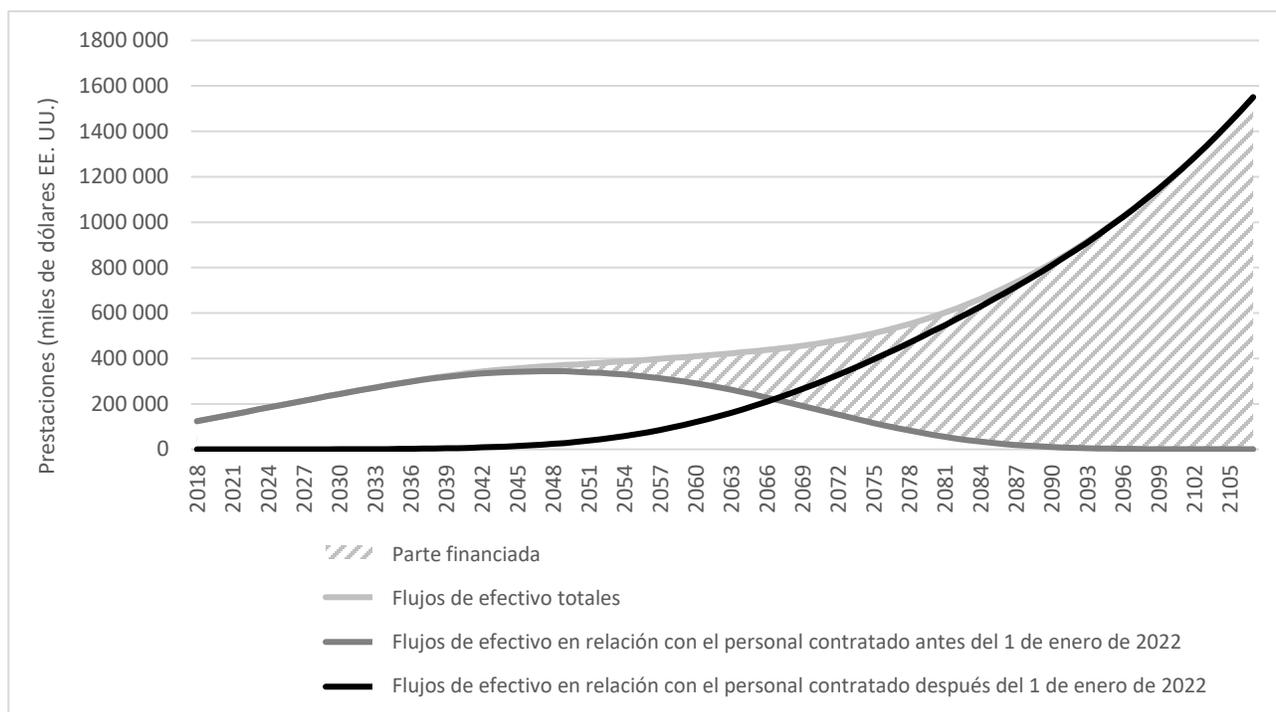
Financiación si no se aplica el mecanismo de acumulación de derechos

71. En la figura II se ilustra la evolución de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio en ausencia de financiación; la parte correspondiente al empleador en los desembolsos anuales aumenta en unos 87,0 millones de dólares cada 10 años. La curva inferior muestra la evolución de las obligaciones existentes por concepto de seguro médico después de la separación del servicio en relación con los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2022, sin la financiación propuesta del costo del servicio y el costo de intereses. La curva central representa la evolución de las obligaciones existentes en relación con el personal contratado antes del 1 de enero de 2022. La curva superior muestra la suma de los dos segmentos de obligaciones sin financiamiento.

72. La parte sombreada en la figura II, limitada por las curvas central y superior, representa la parte de las obligaciones que se financiaría mediante la acumulación de una reserva financiera suficiente, en el curso del tiempo, para sufragar íntegramente las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio en el régimen de financiación con cargo a los ingresos corrientes respecto de los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2022. Los efectos positivos en los presupuestos futuros se logran mediante el traspaso a la reserva de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio de la misma manera que las obligaciones por concepto de pensiones se traspasan a la Caja Común de Pensiones.

Figura II

Evolución de las prestaciones totales por concepto de seguro médico después de la separación del servicio sin financiación (sobre la base de un grupo abierto hasta el final de 2107)



73. Con el tiempo, la parte que corresponde al empleador de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio para el personal contratado a partir del 1 de enero de 2022 es superior a la de las prestaciones pagadas al personal contratado antes de esa fecha. Con la acumulación de una reserva financiera suficiente para cubrir íntegramente las obligaciones proyectadas por concepto de seguro médico después de la separación del servicio con cargo a ingresos corrientes respecto de los funcionarios nuevos a partir de la fecha de su jubilación y la expiración de las obligaciones contraídas en relación con el personal contratado antes del 1º de enero de 2022, la parte de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio que corresponde al empleador (y, por lo tanto, las obligaciones de las entidades por concepto de seguro médico después de la separación del servicio) queda íntegramente financiada.

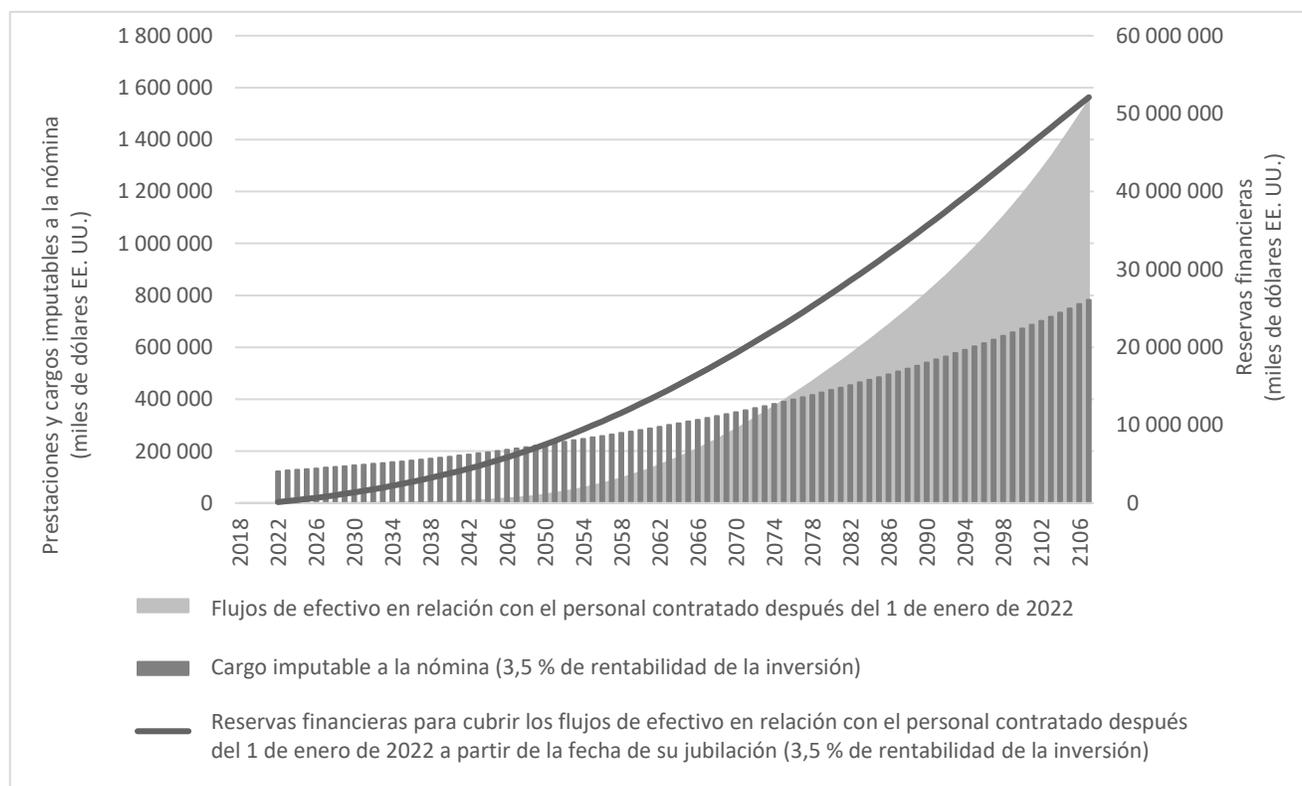
74. En la figura III se ilustra el efecto de la financiación del costo de los servicios y de los intereses, sobre la base de una proyección de grupo abierto, en la que el número de funcionarios nuevos que pueden acogerse al seguro médico después de la separación del servicio es igual al número de funcionarios que pueden hacerlo, pero

dejan la Organización. La aplicación del mecanismo de acumulación de derechos no se tiene en cuenta en esta proyección. La edad de ingreso en el servicio de los funcionarios nuevos corresponde a la realidad actual.

75. La participación del empleador en los pagos por concepto de prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio a los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2022 está representada junto con el nivel uniforme del cargo imputable a la nómina (6,45 % de la masa salarial sobre la base de 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 que corresponde a la financiación, una vez deducida la parte del empleador en los pagos por concepto de prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio al personal contratado a partir del 1° de enero de 2022. Esta cifra asciende a 52.100 millones de dólares en 2107, tras la extinción del pasivo constituido por concepto del personal contratado antes del 1 de enero de 2022, y se contabiliza en los estados financieros como compensación del pasivo.

Figura III

Financiación de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio correspondientes al personal contratado después del 1 de enero de 2022 sin aplicar el mecanismo de acumulación de derechos



Financiación si se aplica el mecanismo de acumulación de derechos

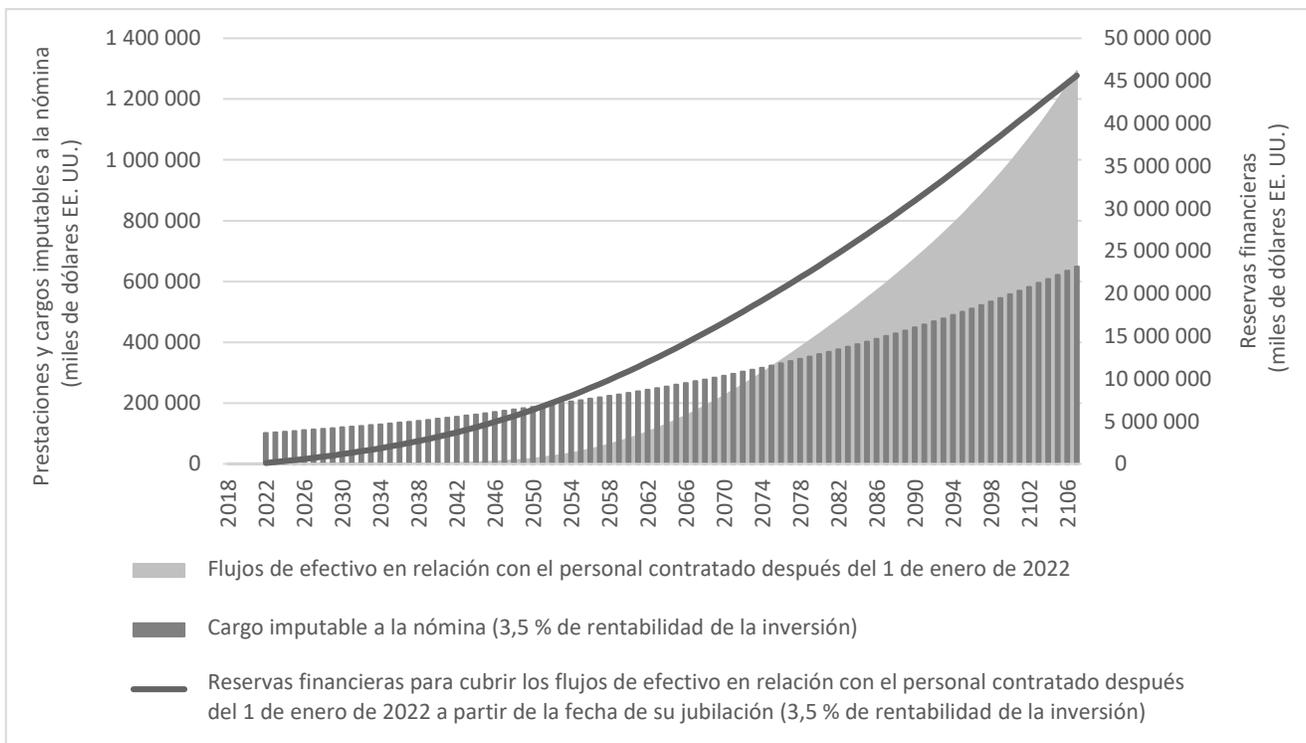
76. La proyección de la figura IV incorpora la aplicación del mecanismo de acumulación de derechos con un período de acumulación de 15 años. Después de diez años de servicio, la parte de la prima pagada por la organización por concepto de seguro médico después de la separación del servicio correspondería a una tercera parte de la prima total. El derecho máximo de dos tercios se acumula después de 25

años de servicio. Todos los demás supuestos aplicados en la evolución de la proyección de la Figura IIIA son los mismos que en la Figura IV.

77. El efecto de la financiación del costo del servicio y del costo de los intereses, teniendo en cuenta la aplicación del mecanismo de acumulación de derechos, queda de manifiesto en la diferencia entre los resultados de las proyecciones de las figuras III y IV. La parte del empleador en los pagos por concepto de prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio a los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2022, representada junto con el cargo uniforme imputable a la nómina (5,35 % de la masa salarial sobre la base de una tasa de rentabilidad de la inversión del 3,5 %), corresponde a la recomendación relativa a la financiación que se hace más adelante. La línea curva representa la acumulación de reservas correspondiente a la financiación propuesta. La reserva acumulada, una vez deducida la parte que corresponde al empleador en el pago de las prestaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio al personal contratado a partir del 1 de enero de 2022, asciende a 45.600 millones de dólares en 2107.

Figura IV

Financiación de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio correspondientes al personal contratado después del 1 de enero de 2022 si se aplica el mecanismo de acumulación de derechos



78. Los Anexos I y II indican las consecuencias presupuestarias bienales, si se aplica y si no se aplica el mecanismo de acumulación de derechos, de: a) el cumplimiento por las Naciones Unidas de su obligación de seguir pagando con cargo a los ingresos corrientes el seguro médico después de la separación del servicio; y b) el cargo imputable a la nómina aplicado para financiar las obligaciones correspondientes a los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2022. La acumulación gradual de una reserva financiera, junto con su inversión, neutraliza el efecto en los presupuestos futuros del aumento de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio calculadas sobre la base de un grupo abierto. En razón de que

las obligaciones aumentan con mayor rapidez que la progresión de los recursos presupuestarios, sube la proporción de los recursos que debe asignarse para cumplirlas. La financiación garantiza el mantenimiento del equilibrio entre la obligación y los recursos presupuestarios.

79. Después de que en 2048-2049 los pagos por concepto de prestaciones lleguen a su valor máximo, estimado en 687,4 millones de dólares de los Estados Unidos, las obligaciones con respecto al personal contratado antes del 1 de enero de 2022 comienzan a disminuir como resultado de la eliminación natural de puestos, mientras que la parte financiada de esas obligaciones comienza a aumentar. A partir del bienio 2076-2077, 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 imputable a la nómina. De no haber financiación, las consecuencias presupuestarias sucesivas siguen aumentando porque no hay reservas acumuladas que cubran la obligación de pagar con cargo a los ingresos corrientes.

80. El cargo imputable a la nómina tiene un efecto positivo inmediato en las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio calculadas sobre la base de un grupo cerrado, en primer lugar al reducir su crecimiento y, a continuación, al reducir su cuantía una vez que el pasivo constituido no financiado al 31 de diciembre de 2021 comience a disminuir. Las Naciones Unidas seguirían financiando el pago con cargo a los ingresos corrientes de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio existentes antes del 1 de enero de 2022. La disminución de esas obligaciones calculada sobre la base de un grupo cerrado se reflejaría en las valoraciones una vez que el pasivo constituido no financiado al 31 de diciembre de 2021 comience a disminuir en 2048.

81. Como se indica en los anexos, la financiación de la obligación de pagar con cargo a ingresos corrientes el seguro médico después de la separación del servicio con respecto al personal contratado a partir del 1 de enero de 2022 es igual al total de esa obligación. A partir del bienio 2076-2077, las consecuencias presupuestarias netas son inferiores al total de la obligación de pagar con cargo a ingresos corrientes. El efecto positivo de la financiación en los presupuestos se acelera en los bienios siguientes, a medida que la obligación con respecto al personal contratado a partir del 1 de enero de 2022 supera el cargo imputable a la nómina y aumenta a un ritmo más rápido.

Recomendaciones

82. Las recomendaciones relativas a la financiación de las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio que incumben únicamente a la Secretaría de las Naciones Unidas son las siguientes:

a) Que se mantenga la financiación con cargo a ingresos corrientes de las obligaciones de las Naciones Unidas por concepto de seguro médico después de la separación del servicio con respecto a los funcionarios contratados antes del 1 de enero de 2022;

b) Que la obligación se financie con respecto a los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2022 mediante la aplicación de un cargo imputable a la nómina que corresponda a un 5,35 % uniforme de la masa salarial y se establezca una reserva financiera especial;

c) Que el cargo imputable a la nómina sea revisado cada tres años y ajustado para tener en cuenta las diferencias respecto de la acumulación prevista de la reserva especial.

VIII. Medidas que ha de adoptar la Asamblea General

83. Se solicita a la Asamblea General que tome nota de las recomendaciones formuladas en el presente informe y apruebe que las obligaciones por concepto de seguro médico después de la separación del servicio se financien, con respecto a los funcionarios contratados a partir del 1 de enero de 2022, mediante la aplicación del mecanismo de acumulación de derechos.

Anexo I

Consecuencias presupuestarias si no se aplica el mecanismo de acumulación de derechos

(En miles de dólares de los Estados Unidos)

<i>Bienio</i>	<i>Obligación de pagar con cargo a ingresos corrientes - Personal contratado antes del 1 de enero de 2022</i>	<i>Obligación de pagar con cargo a ingresos corrientes - Personal contratado a partir del 1 de enero de 2022</i>	<i>Obligación total de pago con cargo a ingresos corrientes</i>	<i>Cargo imputable a la nómina</i>	<i>Consecuencias presupuestarias en cifras brutas</i>	<i>Obligación de pago con cargo a ingresos corrientes financiada</i>	<i>Consecuencias presupuestarias netas</i>
2020-2021	297 581	–	297 581	–	297 581	–	297 581
2022-2023	337 647	–	337 647	247 418	585 065	–	585 065
2024-2025	377 747	–	377 747	258 027	635 774	–	635 774
2026-2027	417 879	–	417 879	269 141	687 020	–	687 020
2028-2029	458 096	–	458 096	280 608	738 704	–	738 704
2030-2031	496 974	544	497 518	292 279	789 797	544	789 253
2032-2033	534 272	1 383	535 655	304 356	840 011	1 383	838 628
2034-2035	569 810	2 636	572 446	316 971	889 416	2 636	886 781
2036-2037	602 783	4 922	607 705	330 540	938 245	4 922	933 324
2038-2039	631 839	7 651	639 490	345 284	984 775	7 651	977 124
2040-2041	654 295	12 408	666 702	360 965	1 027 667	12 408	1 015 259
2042-2043	671 491	18 568	690 059	377 950	1 068 009	18 568	1 049 441
2044-2045	681 978	26 578	708 556	396 357	1 104 914	26 578	1 078 336
2046-2047	687 056	38 291	725 346	415 457	1 140 804	38 291	1 102 513
2048-2049	687 377	51 977	739 354	435 857	1 175 211	51 977	1 123 234
2050-2051	679 858	71 446	751 305	456 814	1 208 119	71 446	1 136 673
2052-2053	669 564	95 143	764 708	477 868	1 242 575	95 143	1 147 432
2054-2055	654 020	123 726	777 746	499 945	1 277 690	123 726	1 153 965
2056-2057	631 882	160 493	792 374	522 107	1 314 481	160 493	1 153 988
2058-2059	605 791	202 244	808 035	545 248	1 353 283	202 244	1 151 040
2060-2061	572 715	251 318	824 033	569 255	1 393 288	251 318	1 141 970
2062-2063	534 472	306 778	841 249	594 337	1 435 586	306 778	1 128 809
2064-2065	491 565	368 564	860 129	620 590	1 480 719	368 564	1 112 155
2066-2067	444 095	436 635	880 730	648 095	1 528 825	436 635	1 092 190
2068-2069	394 375	510 719	905 095	676 914	1 582 009	510 719	1 071 290
2070-2071	343 403	590 937	934 339	707 043	1 641 382	590 937	1 050 445
2072-2073	292 794	676 413	969 206	738 630	1 707 837	676 413	1 031 424
2074-2075	243 662	767 248	1 010 910	771 593	1 782 504	767 248	1 015 255
2076-2077	197 470	862 691	1 060 161	806 063	1 866 225	862 691	1 003 534
2078-2079	155 496	962 245	1 117 741	842 078	1 959 819	962 245	997 574
2080-2081	118 702	1 066 092	1 184 794	879 593	2 064 387	1 066 092	998 295
2082-2083	87 605	1 173 630	1 261 235	918 804	2 180 039	1 173 630	1 006 409
2084-2085	62 474	1 285 440	1 347 915	959 664	2 307 578	1 285 440	1 022 138
2086-2087	42 956	1 401 798	1 444 754	1 002 314	2 447 068	1 401 798	1 045 271
2088-2089	28 416	1 523 331	1 551 746	1 046 863	2 598 609	1 523 331	1 075 278
2090-2091	18 120	1 651 131	1 669 251	1 093 352	2 762 603	1 651 131	1 111 472

<i>Bienio</i>	<i>Obligación de pagar con cargo a ingresos corrientes - Personal contratado antes del 1 de enero de 2022</i>	<i>Obligación de pagar con cargo a ingresos corrientes - Personal contratado a partir del 1 de enero de 2022</i>	<i>Obligación total de pago con cargo a ingresos corrientes</i>	<i>Cargo imputable a la nómina</i>	<i>Consecuencias presupuestarias en cifras brutas</i>	<i>Obligación de pago con cargo a ingresos corrientes financiada</i>	<i>Consecuencias presupuestarias netas</i>
2092-2093	11 183	1 786 188	1 797 370	1 141 930	2 939 300	1 786 188	1 153 113
2094-2095	6 735	1 929 784	1 936 519	1 192 680	3 129 199	1 929 784	1 199 415
2096-2097	4 016	2 083 203	2 087 220	1 245 707	3 332 927	2 083 203	1 249 724
2098-2099	2 417	2 247 832	2 250 249	1 301 107	3 551 356	2 247 832	1 303 524
2100-2101	1 500	2 424 873	2 426 373	1 358 995	3 785 368	2 424 873	1 360 495
2102-2103	973	2 615 660	2 616 632	1 419 462	4 036 095	2 615 660	1 420 435
2104-2105	656	2 821 371	2 822 027	1 482 629	4 304 656	2 821 371	1 483 285
2106-2107	447	3 043 195	3 043 641	1 548 611	4 592 252	3 043 195	1 549 058
Total	15 404 187	33 605 084	49 009 271	30 699 503	79 708 774	33 605 084	46 103 690

Anexo II

Consecuencias presupuestarias si se aplica el mecanismo de acumulación de derechos

(En miles de dólares de los Estados Unidos)

<i>Bienio</i>	<i>Obligación de pago con cargo a ingresos corrientes - Personal contratado antes del 1 de enero de 2022</i>	<i>Obligación de pago con cargo a ingresos corrientes - Personal contratado a partir del 1 de enero de 2022</i>	<i>Obligación total de pago con cargo a los ingresos corrientes</i>	<i>Cargo imputable a la nómina</i>	<i>Consecuencias presupuestarias en cifras brutas</i>	<i>Obligación de pago con cargo a los ingresos corrientes financiada</i>	<i>Consecuencias presupuestarias netas</i>
2020-2021	297 581	–	297 581	–	297 581	–	297 581
2022-2023	337 647	–	337 647	205 203	542 850	–	542 850
2024-2025	377 747	–	377 747	214 002	591 749	–	591 749
2026-2027	417 403	–	417 403	223 220	640 623	–	640 623
2028-2029	456 842	–	456 842	232 730	689 573	–	689 573
2030-2031	495 250	–	495 250	242 410	737 660	–	737 660
2032-2033	531 888	–	531 888	252 426	784 314	–	784 314
2034-2035	566 758	139	566 897	262 889	829 786	139	829 647
2036-2037	598 956	746	599 703	274 143	873 846	746	873 099
2038-2039	626 986	1 471	628 458	286 371	914 829	1 471	913 358
2040-2041	648 629	3 443	652 072	299 376	951 448	3 443	948 005
2042-2043	664 882	6 185	671 066	313 464	984 530	6 185	978 345
2044-2045	674 450	10 120	684 569	328 731	1 013 300	10 120	1 003 180
2046-2047	678 852	16 885	695 736	344 572	1 040 308	16 885	1 023 423
2048-2049	678 624	24 910	703 534	361 490	1 065 024	24 910	1 040 114
2050-2051	670 739	37 968	708 707	378 872	1 087 579	37 968	1 049 611
2052-2053	660 281	54 578	714 859	396 334	1 111 192	54 578	1 056 615
2054-2055	644 800	75 396	720 196	414 644	1 134 840	75 396	1 059 444
2056-2057	622 956	103 813	726 769	433 024	1 159 793	103 813	1 055 980
2058-2059	597 395	136 703	734 098	452 217	1 186 315	136 703	1 049 612
2060-2061	565 061	176 427	741 488	472 128	1 213 616	176 427	1 037 189
2062-2063	527 717	222 198	749 915	492 931	1 242 846	222 198	1 020 648
2064-2065	485 810	273 956	759 766	514 705	1 274 470	273 956	1 000 514
2066-2067	439 363	331 720	771 083	537 516	1 308 599	331 720	976 879
2068-2069	390 625	395 225	785 850	561 418	1 347 268	395 225	952 043
2070-2071	340 543	464 515	805 059	586 406	1 391 465	464 515	926 950
2072-2073	290 706	538 679	829 385	612 604	1 441 989	538 679	903 311
2074-2075	242 213	617 697	859 910	639 943	1 499 854	617 697	882 156
2076-2077	196 523	700 715	897 238	668 532	1 565 770	700 715	865 055
2078-2079	154 919	787 113	942 033	698 402	1 640 435	787 113	853 321
2080-2081	118 380	876 948	995 328	729 516	1 724 844	876 948	847 896
2082-2083	87 442	969 483	1 056 925	762 037	1 818 962	969 483	849 479
2084-2085	62 401	1 065 176	1 127 577	795 925	1 923 502	1 065 176	858 326
2086-2087	42 929	1 164 182	1 207 111	831 299	2 038 409	1 164 182	874 227
2088-2089	28 407	1 267 006	1 295 413	868 246	2 163 658	1 267 006	896 653
2090-2091	18 118	1 374 636	1 392 754	906 803	2 299 557	1 374 636	924 921

<i>Bienio</i>	<i>Obligación de pago con cargo a ingresos corrientes - Personal contratado antes del 1 de enero de 2022</i>	<i>Obligación de pago con cargo a ingresos corrientes - Personal contratado a partir del 1 de enero de 2022</i>	<i>Obligación total de pago con cargo a los ingresos corrientes</i>	<i>Cargo imputable a la nómina</i>	<i>Consecuencias presupuestarias en cifras brutas</i>	<i>Obligación de pago con cargo a los ingresos corrientes financiada</i>	<i>Consecuencias presupuestarias netas</i>
2092-2093	11 183	1 487 937	1 499 120	947 093	2 446 213	1 487 937	958 275
2094-2095	6 735	1 608 079	1 614 814	989 184	2 603 998	1 608 079	995 919
2096-2097	4 016	1 736 220	1 740 236	1 033 163	2 773 400	1 736 220	1 037 180
2098-2099	2 417	1 873 596	1 876 013	1 079 111	2 955 123	1 873 596	1 081 527
2100-2101	1 500	2 021 265	2 022 765	1 127 122	3 149 887	2 021 265	1 128 622
2102-2103	973	2 180 386	2 181 359	1 177 272	3 358 631	2 180 386	1 178 245
2104-2105	656	2 351 957	2 352 613	1 229 661	3 582 274	2 351 957	1 230 317
2106-2107	447	2 536 967	2 537 413	1 284 386	3 821 799	2 536 967	1 284 832
Total	15 267 748	27 494 441	42 762 189	25 461 522	68 223 711	27 494 441	40 729 270