



Asamblea General

Distr. general
13 de diciembre de 2024
Español
Original: inglés

Septuagésimo noveno período de sesiones

Tema 146 del programa

Dependencia Común de Inspección

Examen de la calidad, eficacia, eficiencia y sostenibilidad de los planes de seguro médico en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a los miembros de la Asamblea General sus observaciones y las de la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación sobre el informe de la Dependencia Común de Inspección titulado “Examen de la calidad, eficacia, eficiencia y sostenibilidad de los planes de seguro médico en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas” ([JIU/REP/2023/9](#)).



I. Introducción

1. El informe de la Dependencia Común de Inspección (DCI) titulado “Examen de la calidad, eficacia, eficiencia y sostenibilidad de los planes de seguro médico en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas” (JIU/REP/2023/9) tiene por objetivo general determinar los ámbitos susceptibles de mejora y las buenas prácticas en relación con la transparencia, la calidad del servicio, la coordinación, la armonización, la eficacia, la eficiencia y la sostenibilidad financiera a largo plazo de los planes de seguro médico de las organizaciones participantes en la DCI para sus funcionarios en activo y jubilados.

II. Observaciones generales

2. Las organizaciones saludan el informe y señalan que el análisis comparativo de los planes de seguro médico de todo el sistema de las Naciones Unidas aporta información muy valiosa. Al poner de manifiesto las disparidades en las estructuras y el pago de las primas, en particular incoherencias en los niveles de cobertura y las prestaciones, el informe traza el camino para mejorar la eficacia y la equidad de la cobertura del seguro médico del personal de las Naciones Unidas.

3. Aunque, en general, respaldan las conclusiones del informe de la DCI, las organizaciones apuntan que, aparte de las diferencias en el costo y la disponibilidad de atención de salud, armonizar las disposiciones y las políticas de seguro médico en todo el mundo, y en particular entre los planes basados en los Estados Unidos de América y los planes basados fuera de ese país, plantea varias dificultades relacionadas, entre otras cosas, con las disparidades en las normas de cobertura locales, la singular coordinación de las oportunidades de prestación disponibles en los Estados Unidos y, en su caso, los distintos reglamentos que rigen la cobertura sanitaria obligatoria, especialmente para los afiliados al seguro médico posterior a la separación del servicio.

4. El objetivo general es ofrecer una cobertura sanitaria completa y comparable a todas las categorías de personal en activo y jubilado. Sin embargo, la manera de lograrlo depende en última instancia de varios factores, entre ellos el costo y la disponibilidad de la atención de salud en las distintas regiones geográficas, el alcance de las redes de proveedores disponibles, y el número y la demografía del personal en activo y jubilado de cada organización del sistema de las Naciones Unidas, pues influyen en las decisiones sobre las opciones de autoseguro o seguro externo y en otras cuestiones relacionadas con el seguro médico.

5. Las organizaciones observan que, aunque sería deseable, mejorar las prestaciones acarrearía consecuencias financieras considerables y que, en la actual coyuntura geopolítica y financiera, no parece realista esperar un aumento en las prestaciones del seguro.

6. En general, muchas organizaciones observan que, dada la heterogeneidad de los contextos institucionales, la dispersión geográfica, el tamaño y las necesidades de la población asegurada en todo el sistema, parece poco práctico prescribir un enfoque único para todos los planes de seguro médico, más allá de intercambiar las mejores prácticas y establecer normas mínimas que deberían cumplirse en todos los casos.

7. Algunas organizaciones señalan la necesidad de que sus órganos rectores den su visto bueno antes de estudiar las recomendaciones propuestas.

8. Las organizaciones apoyan parcialmente las recomendaciones propuestas.

III. Observaciones sobre recomendaciones específicas

Recomendación 1

Las jefaturas ejecutivas de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que administran un plan de seguro médico deberían velar por que, antes de finales de 2026, se aprueben disposiciones para que todos los grupos de afiliados, con inclusión del personal de contratación local sobre el terreno y los jubilados, estén representados en su comité asesor, de administración o de supervisión del plan de seguro médico.

9. Las organizaciones apoyan esta recomendación y están de acuerdo en que la representación de los afiliados al plan en un comité asesor, de administración o de supervisión del seguro médico es un factor importante.

Recomendación 2

Las jefaturas ejecutivas de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que aún no lo hayan hecho deberían estudiar, antes de finales de 2026, la posibilidad de abandonar la práctica de subvencionar las primas de los familiares secundarios a cargo, los familiares que no están a cargo y los miembros del hogar sin parentesco, así como la práctica de mutualizar sus riesgos con los de los afiliados primarios.

10. No todas las organizaciones apoyan esta recomendación, con la indicación de que la forma de proceder recomendada puede dar lugar a una reducción del deber de diligencia de las organizaciones respecto de las familias, riesgo que podría llegar a superar los beneficios financieros que destaca la DCI. Además, dependiendo del tamaño de la población asegurada y del diseño del plan, no todas las organizaciones pueden estar en condiciones de crear y mantener un plan separado para distintos grupos de beneficiarios, como los familiares secundarios a cargo.

11. Algunas organizaciones consideran que la recomendación no aclara si se dirige a las subvenciones institucionales a las primas de los familiares que no están a cargo o a su afiliación. Aun comprendiendo el principio, cada organización debe seguir siendo libre de subvencionar las primas de los familiares afiliados en sus planes de seguro colectivos en función de las características del plan, del tamaño de la población asegurada y de las necesidades institucionales.

12. Algunas organizaciones consideran que dejar de subvencionar las primas de los familiares que no están a cargo, como los cónyuges y los hijos que viven en el hogar pero por los que el funcionario no percibe una prestación familiar, podría generar dificultades económicas importantes. Tal es, sobre todo, el caso del personal afiliado a planes basados en los Estados Unidos, donde el costo de los seguros es elevado, y al Plan de Seguro Médico, cuyos niveles de subvención son superiores a los de otros planes para hacer asequible el seguro y fomentar la cobertura de los familiares calificados.

Recomendación 3

Las jefaturas ejecutivas de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que aún no lo hayan hecho deberían velar por que, antes de finales de 2026, el derecho de los familiares de los funcionarios a acceder al seguro médico posterior a la separación del servicio esté condicionado a un período mínimo de cinco años de afiliación a un plan de seguro médico contributivo de las Naciones Unidas, sin perjuicio de excepciones debidamente justificadas basadas en acontecimientos vitales.

13. No todas las organizaciones apoyan esta recomendación.

14. Aunque algunas organizaciones podrían estudiar esta opción condicional en el futuro, otras señalan que implantarla escapa a la prerrogativa exclusiva de su administración y requeriría que las cajas del seguro hicieran cambios.

15. El acceso al seguro médico posterior a la separación del servicio está vinculado y condicionado al número de años acumulados de afiliación contributiva al Plan de Seguro Médico o a un plan de seguro médico reconocido por las Naciones Unidas. Por ejemplo, cuando un familiar deja de estar cubierto mientras que el funcionario está en servicio activo, el Plan de Seguro Médico del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo limita la posibilidad de volver a afiliarse a un familiar calificado al período de la campaña anual de afiliación y a que se hayan cumplido al menos dos años desde que dejó de estar cubierto por el Plan. Se considera que esa estrategia de gestión de riesgos es adecuada para evitar que el personal se afilie y se retire del Plan de Seguro Médico de manera frecuente.

Recomendación 4

La Asamblea General debería pedir a la Comisión de Administración Pública Internacional que proponga directrices para aumentar la coherencia en la aplicación de los principios de solidaridad intergeneracional, capacidad de pago y protección de la familia en los planes de seguro médico copatrocinados por las organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas.

16. Las organizaciones señalan que esta recomendación está dirigida a la Asamblea General y se refiere a las medidas que se propone adoptar a la Comisión de Administración Pública Internacional.

17. A pesar de la relevancia de que todo el régimen común de las Naciones Unidas aplique un enfoque coherente, algunas organizaciones subrayan la importancia de que el objetivo de dichas directrices siga siendo establecer principios de alto nivel y no prescribir detalles operacionales.

Recomendación 5

Para finales de 2026, las jefaturas ejecutivas de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que aún no lo hayan hecho deberían velar por que se otorgue el máximo nivel de protección a todos los datos relacionados con el seguro médico de los beneficiarios, incluidos los informes médicos, las recetas, las pruebas y las cantidades reembolsadas, y que la divulgación, la transmisión, el tratamiento y el almacenamiento de los datos personales relacionados con el seguro médico estén sujetos al consentimiento por escrito de la persona interesada y que toda posible excepción se indique de forma inequívoca en las políticas pertinentes.

18. Las organizaciones apoyan esta recomendación y están de acuerdo en la importancia de brindar un nivel de protección adecuado de acuerdo con las normas y reglamentos de protección de datos de las organizaciones y con los Principios sobre Protección y Privacidad de los Datos Personales¹.

19. Además, las organizaciones esperan que las partes interesadas y los administradores externos de los planes de seguro médico también se atengan al más alto nivel de protección de datos.

¹ Disponibles en <https://unsceb.org/privacy-principles>.

Recomendación 6

A partir de 2026, las jefaturas ejecutivas de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que aún no lo hayan hecho deberían asegurar que las contribuciones voluntarias cubran el futuro pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio correspondiente al personal que trabaje en programas o proyectos financiados con cargo a esas contribuciones a medida que se vaya devengando.

20. No todas las organizaciones apoyan esta recomendación.

21. La Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) no recibe contribuciones voluntarias a su seguro médico posterior a la separación del servicio porque, como organización reguladora internacional, debe velar por que su deber de diligencia no se perciba como una solicitud de fondos para obligaciones de seguridad social. En vez de eso, y después de realizar minuciosas evaluaciones actuariales, la OACI puede presentar su caso por conducto de sus órganos rectores para solicitar a determinados Estados miembros asignaciones puntuales de fondos para su reserva del seguro médico posterior a la separación del servicio, de forma que se eviten conflictos de intereses potenciales o aparentes.

22. La Unión Internacional de Telecomunicaciones incluirá en el presupuesto de las actividades financiadas mediante contribuciones voluntarias el futuro pasivo del seguro médico posterior a la separación del servicio del personal contratado, mientras que la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial señala que los proyectos de cooperación técnica financiados con contribuciones voluntarias suelen tener una duración definida y carecen de disposiciones sobre el pasivo del seguro médico posterior a la separación del servicio una vez que concluye el proyecto, pues podrían dar lugar a financiación cruzada y requieren el apoyo explícito de los donantes.

Recomendación 7

Los órganos legislativos o rectores de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que aún no hayan aprobado un plan para financiar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio a medida que se devengue para los puestos financiados con cargo a las cuotas deberían establecer una estrategia a largo plazo con ese fin, al menos para cubrir el futuro pasivo por ese concepto de todo el personal recién contratado.

23. Las organizaciones observan que esta recomendación está dirigida a los órganos legislativos o rectores de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

24. Algunas organizaciones observan que las actuales limitaciones financieras para equilibrar los presupuestos pueden dificultar la aplicación de esta recomendación; no obstante, se están estudiando formas innovadoras de financiar el fondo del seguro médico posterior a la separación del servicio con el fin de mitigar y gestionar los riesgos e incertidumbres financieros derivados de la acumulación de pasivo no financiado.