



Asamblea General

Distr. general
14 de enero de 2008
Español
Original: inglés

Sexagésimo segundo período de sesiones

Temas 126, 128 y 134 del programa

Examen de la eficiencia del funcionamiento administrativo y financiero de las Naciones Unidas

Presupuesto por programas para el bienio 2008-2009

Dependencia Común de Inspección

Cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de someter a la consideración 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 “Cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas” (véase A/62/541).



Resumen

En el informe de la Dependencia Común de Inspección titulado “Cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas” (véase A/62/541) se examinan cuestiones relativas a la cobertura médica proporcionada a los funcionarios y se observa que el costo para las organizaciones de proporcionar cobertura médica ha aumentado de manera acelerada. Mediante una serie de recomendaciones dirigidas a los jefes ejecutivos, los órganos legislativos y la Asamblea General, la Dependencia Común de Inspección propone una mayor armonización en todo el sistema para reducir los costos de los planes de seguro médico y abordar cuestiones relativas a la financiación del seguro médico después de la separación del servicio.

En la presente nota figuran las opiniones de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas sobre las recomendaciones que se presentan en el informe de la Dependencia Común de Inspección. Las opiniones del sistema se han consolidado sobre la base de las aportaciones proporcionadas por las organizaciones miembros de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación. Aunque los miembros de la Junta aprecian los cuestionarios detallados sobre los planes de seguro médico en vigor en todo el sistema, muchos consideran que el tema requiere un análisis actuarial y financiero más riguroso para determinar los efectos de un modelo de sistema común, como se propone en el informe. Muchas organizaciones afirman que ya informan acerca del pasivo resultante de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio y han comenzado a aplicar medidas para financiarlo, y cuestionan el valor de un fondo común. También están de acuerdo en que son necesarias medidas para contener los costos, y muchas señalaron que ya hacen exámenes de los planes de seguro médico.

I. Introducción

1. El informe de la Dependencia Común de Inspección titulado “Cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas” (véase A/62/541) se centra en cuestiones relativas a la cobertura del seguro médico proporcionado a los funcionarios, y observa que se han evidenciado dos pautas en los 30 últimos años: a) el costo de proporcionar cobertura médica a los funcionarios ha aumentado de manera acelerada; y b) continúan existiendo diversos planes de seguro médico en todo el sistema. En el informe se examina la historia del seguro médico proporcionado a los funcionarios y, en el contexto de diversas recomendaciones, se pide más uniformidad en todo el sistema. También se exploran cuestiones relativas a la financiación y el pasivo inherente al seguro médico después de la separación del servicio y se hacen recomendaciones a los organismos para que adopten medidas de contención de los costos de los planes de seguro médico.

II. Observaciones generales

2. Las organizaciones acogen con beneplácito el informe y aprecian su amplitud, ya que incluye una reseña detallada de los diversos planes de seguro médico existentes en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, incluidos análisis comparativos de los costos anuales, la repartición porcentual del costo de las primas, la cobertura y las prestaciones. En general, las organizaciones consideran que el informe contiene algunas ideas y sugerencias interesantes que podrían explorarse más, aunque algunas de las propuestas no contaron con un apoyo unánime.

3. Sin embargo, también indican que el informe se quedó corto en varios aspectos de su análisis. En primer lugar, las organizaciones señalan que el informe sugiere que se debe pasar a un plan común de seguro médico y consideraron que la importancia del tema requiere proyecciones actuariales y financieras completas, estructuradas organización por organización (con cada uno de los planes que se incluyen en el encabezamiento único “Naciones Unidas” tratado por separado), a fin de determinar con exactitud los efectos de un modelo de sistema común en cada organización

4. En segundo lugar, muchas organizaciones no estuvieron de acuerdo con la afirmación que figura en el resumen acerca del “enorme aumento de los costos médicos” seguida de estadísticas en las que se afirma que:

Entre 1975 y 2004 se registró un incremento del 122% en el número de afiliados contribuyentes a los planes de seguro médico del personal. Durante el mismo período, el costo del seguro médico aumentó en un 1.387% y el costo por persona se elevó de 540 a 3.620 dólares de los EE.UU.

5. En respuesta a esta afirmación, varias organizaciones señalan que un examen de los datos indica que el crecimiento nominal de los costos médicos en el período de 30 años que abarca el examen (1975 a 2004) fue de aproximadamente el 6,5% anual, y por tanto, no difirió mucho de la tasa media de inflación de los gastos médicos para la población general en los principales lugares de destino en que hay sedes en un período similar. En dólares constantes, utilizando el índice de precios de consumo como coeficiente de deflación, el aumento medio de los costos sería sólo del 2,1% anual. Aunque no es deseable ningún aumento de los costos, las

organizaciones creen que la Dependencia Común de Inspección debería evitar expresiones como “enorme aumento”, ya que no se corresponden con el aumento de los costos observado durante el período cuando se calcula en términos reales neto de inflación. Además, observan que el aumento del costo de la cobertura del seguro médico, si se analiza fuera del contexto del costo de la vida o el costo de los cuidados de salud, es un fenómeno del sistema de las Naciones Unidas, y no una realidad más amplia que afecta a muchos planes nacionales de seguridad social. Si bien es innegable que ha aumentado el costo de la cobertura del seguro médico, el establecimiento de criterios de referencia externos mejoraría la capacidad del sistema para evaluar objetivamente la situación dentro del sistema de las Naciones Unidas.

6. Los miembros de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación también observaron que en el resumen se mencionan “varios factores principales que siguen determinando el aumento de los costos de los planes de seguro médico: el costo creciente de las prestaciones médicas en todo el mundo [...]; el envejecimiento de los beneficiarios de las organizaciones internacionales que requieren los servicios que les corresponden [...]; la mayor frecuencia sistemática con que se hace uso de los cuidados médicos; y las fluctuaciones monetarias”. Sin embargo, las organizaciones se preguntaron cómo un sistema común podría contribuir a reducir los efectos de esos factores principales en el aumento de los costos de salud y señalan que sería necesario un estudio actuarial y financiero amplio para determinar la manera en que un sistema común podría mejorar la capacidad de cualquier organización individual para mitigar los efectos financieros de la composición demográfica de la fuerza de trabajo, el envejecimiento, los cambios en la morbilidad y la mortalidad, la situación geográfica, la evolución de la tecnología médica y otros.

III. Observaciones concretas sobre las recomendaciones

Recomendación 1

Los órganos legislativos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían reconocer oficialmente que el seguro médico del personal es parte integrante e importante del régimen común. Deberían pedir a la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI) que efectuara exámenes periódicos a fin de presentar recomendaciones a la Asamblea General.

Recomendación 2

A este respecto, la Asamblea General debería establecer inicialmente un órgano consultivo especial que ayudara a la CAPI a formular principios, políticas y criterios más amplios para los planes de seguro médico del personal. Este órgano consultivo debería estar integrado por representantes de los Estados Miembros, funcionarios de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, representantes elegidos del personal y representantes elegidos de los jubilados, y contar con la asistencia de expertos en cuestiones de salud y seguros del sector privado.

Recomendación 3

Los órganos legislativos de cada una de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían pedir a sus respectivos jefes ejecutivos que armonizaran los actuales planes de seguro médico, inicialmente en cada lugar de destino y más adelante en todo el régimen común, en lo que respecta a cobertura, contribuciones y prestaciones, y que decidieran la presentación de informes periódicos sobre el seguro médico a los órganos legislativos.

7. Dado que en el informe las tres recomendaciones figuran bajo un solo encabezamiento, muchas organizaciones presentaron una respuesta conjunta. Si bien las organizaciones apoyan en general la consistencia de las políticas en el sistema de las Naciones Unidas, incluido un sistema común para las prestaciones del personal, y existe un amplio apoyo en todo el sistema a esas recomendaciones, muchas organizaciones afirmaron que los datos que figuran en el informe no permiten adoptar una posición plenamente informada sobre el nivel de apoyo a esas recomendaciones.

8. En lo que respecta a la recomendación 1, las organizaciones convienen en que el seguro médico del personal debería formar “parte integrante e importante del régimen común”, pero no hubo una aceptación universal de que la CAPI debería hacer “exámenes periódicos” sobre el tema. Muchas organizaciones señalan que las organizaciones individuales ya están examinando esta cuestión en el contexto de la aplicación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público y en el contexto de la red de recursos humanos y servicios médicos.

9. Por muchos de esos mismos motivos, muchas organizaciones no consideraron necesario que la CAPI estableciera otro órgano consultivo para hacer exámenes periódicos o explorar cuestiones relativas al seguro médico. Las organizaciones están de acuerdo en general con el sentido de la recomendación 2 de que esas políticas deben examinarse, aunque expresaron su preocupación acerca de si la creación propuesta de otro órgano consultivo especial de la CAPI a esos efectos sería la mejor manera de proceder, especialmente habida cuenta de que sus repercusiones sobre la gobernanza de las Naciones Unidas no están claras.

10. La recomendación 3, en la que se pide a los jefes ejecutivos de las organizaciones que comiencen a armonizar los planes de seguro médico, suscitó diversas respuestas de las organizaciones, y muchas de ellas señalaron los desafíos que suponía lograrlo, incluso a un nivel modesto. Algunas, en especial las organizaciones con sede en Roma, afirmaron que ya se había conseguido una armonización limitada. Muchas otras dijeron que sería muy difícil de lograr incluso a largo plazo, teniendo en cuenta que los planes de seguro médico de cada organización dependían de diversos factores, como la historia de la organización, las diferentes necesidades médicas basadas en la naturaleza del mandato y la función de la organización, la eficacia en función de los costos del plan individual, y las prácticas médicas y requerimientos médico-legales del país en el que estuviera situado el lugar de destino.

11. En particular, muchas organizaciones no consideraron que el establecimiento de un fondo común fuera la única opción para lograr la equidad del seguro médico en todo el sistema, por ejemplo, la igualdad de acceso a un conjunto definido de bienes y servicios médicos incluidos en el seguro para todos los funcionarios en activo y jubilados. Esa igualdad de acceso puede lograrse bien en el marco de un

fondo común o mediante fondos separados que funcionen sobre la base de un conjunto mínimo de reglas comunes. Además, esas organizaciones consideran que en el informe no se examinan las diversas opciones existentes para armonizar los planes de seguro, que oscilan desde una “cesta” común (mínima) de bienes y servicios con un plan común de reembolso de los gastos, a una opción tipo “cafetería” con una política de financiación común. En el informe tampoco se abordan algunos aspectos determinantes del seguro médico, como el nivel de servicios, la proximidad, la gobernanza y los costos operativos.

Recomendación 4

Los órganos legislativos de cada una de las organizaciones de las Naciones Unidas deberían pedir a sus respectivos jefes ejecutivos que llevaran a cabo estudios actuariales periódicos basados en una metodología uniforme para todo el sistema a fin de determinar el monto del pasivo acumulado por las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio y consignar este pasivo en los estados financieros.

12. Los miembros de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación aceptan en general el concepto de estudios actuariales periódicos, y muchos indican que ya los realizan con regularidad. Señalan que con el desarrollo y aplicación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público, el sistema empezará a calcular y presentar el pasivo de manera más uniforme.

Recomendación 5

Los órganos legislativos de cada organización deberían:

a) Pedir a sus respectivos jefes ejecutivos que presentaran propuestas para financiar el pasivo resultante de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio;

b) Prever una financiación suficiente para dicho pasivo y establecer una reserva a tal efecto.

13. Las organizaciones de todo el sistema reconocen la necesidad de financiar el pasivo resultante de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio, y muchas indican que ya tienen programas establecidos para hacerlo. Algunas organizaciones señalan que su pasivo resultante de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio está plenamente financiado, mientras que otras han puesto en marcha mecanismos, establecidos a lo largo de los últimos años, para calcular y financiar ese pasivo. La mayoría indicó que acogería con beneplácito propuestas de sus órganos legislativos o de la Asamblea General sobre maneras creativas de financiar el pasivo.

Recomendación 6

La Asamblea General de las Naciones Unidas debería establecer un fondo común para integrar las reservas (actuales y futuras), que deberían invertirse de manera similar a los activos de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas.

14. Aunque algunos miembros de la Junta de los jefes ejecutivos estuvieron de acuerdo en principio con esta recomendación, muchos instaron a la Asamblea General, a quien está dirigida esta recomendación, a que considerase varios factores importantes antes de establecer un fondo de reserva común, incluida la composición demográfica de la base de funcionarios y jubilados, el estado de financiación actual y la política de contribuciones anuales en los organismos. Es muy probable que todos esos factores sigan siendo muy diferentes según los organismos a mediano plazo, y por tanto, agrupar las inversiones en un fondo común quizá no proporcione el cociente más óptimo entre el activo y el pasivo para cada organismo. Además, las organizaciones señalan que tendrían que examinar sus estrategias de inversiones actuales y su rendimiento y compararlas con la alternativa propuesta antes de decidir participar. Por tanto, si bien las organizaciones en general acogen favorablemente iniciativas para todo el sistema, no pueden pronunciarse sobre los méritos de esta recomendación hasta que se hayan aclarado las normas para una inversión común.

Recomendación 7

Los jefes ejecutivos deberían adoptar medidas preventivas de contención de costos en sus respectivas organizaciones y procurar que estas medidas sean adoptadas de forma coordinada por las diversas organizaciones de un mismo lugar de destino.

15. Las organizaciones del sistema observan que la contención de costos ya se realiza de manera constante o periódica, y se hacen regularmente exámenes de los planes de seguro médico existentes para garantizar que son eficaces en función de los costos. Sin embargo, las organizaciones manifestaron que tenían dificultades con algunas de las medidas que se mencionan en el informe. Por ejemplo, la sugerencia de que las organizaciones proporcionen un “servicio de remisión” a sus funcionarios requiere más aclaración, ya que, dependiendo de la intención del informe, la sugerencia o bien no proporciona ninguna economía de escala si su intención es proporcionar un servicio de remisión opcional o contraviene los reglamentos del personal relativos a la libertad de elección si la intención es servir de “guardián” y remitir al personal a facultativos concretos. Otra medida que las organizaciones consideraron que precisaba aclaraciones ulteriores es la sugerencia de establecer farmacias internas, ya que el costo de contratar a farmacéuticos y los riesgos asociados con el mantenimiento de existencias de fármacos, incluidas las posibles responsabilidades derivadas del manejo de drogas, no parecen justificados. En general, las organizaciones afirmaron que una mayor organización en la prestación de servicios médicos reduciría necesariamente el costo de las primas del seguro médico, cuestión a la que se presta una especial atención en el informe.