JIU/REP/2007/2

COBERTURA MÉDICA DEL PERSONAL DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS

Informe preparado por

Victor Vislykh
M. Deborah Wynes

Dependencia Común de Inspección

Ginebra 2007

Naciones Unidas

JIU/REP/2007/2

ESPAÑOL
Original: INGLÉS

COBERTURA MÉDICA DEL PERSONAL DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS

Informe preparado por

Victor Vislykh
M. Deborah Wynes

Dependencia Común de Inspección

Naciones Unidas
Ginebra, 2007

RESUMEN

Cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas
JIU/REP/2007/2

Objetivo

Ofrecer a los Estados Miembros un amplio panorama de la cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas y sugerir algunas opciones para abordar los nuevos problemas que se plantean en los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas de resultas del enorme aumento de los costos médicos y de la necesidad de garantizar una cobertura médica adecuada al personal en activo, a los jubilados y a sus familiares a cargo, en el contexto del régimen de crecimiento presupuestario nulo adoptado en el sistema de las Naciones Unidas.

Resultados y conclusiones principales

- Desde la publicación en 1977 de la nota original de la Dependencia Común de Inspección (DCI) sobre este tema, el costo de proporcionar cobertura médica a los funcionarios, los jubilados y sus familiares a cargo con derecho a ella ha aumentado de manera acelerada. 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.

- Hay 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, en particular los gastos hospitalarios; el envejecimiento de los beneficiarios de las organizaciones internacionales que requieren los servicios que les corresponden, con las consecuencias financieras negativas que de ello se derivan; la mayor frecuencia sistemática con que se hace uso de los cuidados médicos; y las fluctuaciones monetarias.

- Aunque el seguro médico del personal constituye el tercer componente más importante y costoso de la remuneración total en el sistema de las Naciones Unidas, después del sueldo y las prestaciones y de la pensión, no se considera que esa cuestión forme parte del "régimen común". Por este motivo, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas han establecido, en algunos casos de manera independiente y en otros en colaboración, planes de seguro médico que presentan grandes disparidades en cuanto a costos y alcance de la cobertura, condiciones de acceso, importe de la contribución y prestaciones médicas. Es preciso armonizar los planes de seguro médico, en un principio por lo menos en cada lugar de destino. Los Estados Miembros no supervisan debidamente las cuestiones relacionadas con el seguro médico ni desempeñan ningún papel a la hora de determinar las condiciones y prestaciones de los seguros médicos en todo el sistema de las Naciones Unidas.

- El elemento de la cobertura médica que aumenta con mayor rapidez es el seguro médico después de la separación del servicio. Todavía hay que resolver las cuestiones relacionadas con el cálculo, el reconocimiento y la financiación del pasivo acumulado para ofrecer este seguro. Mientras tanto, la actual estimación actuarial del pasivo acumulado correspondiente a futuras prestaciones (excluidas las aportaciones de los jubilados) de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas al 31 de diciembre de 2004 se eleva a 4.200 millones de dólares de los EE.UU., y de esa cantidad más de 3.600 millones están pendientes de financiación.

- La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 60/255, reconoció las obligaciones devengadas para las Naciones Unidas por concepto de prestaciones después de la separación del servicio y pidió al Secretario General que presentara esas obligaciones en los estados financieros de la Organización. El sistema de las Naciones Unidas necesita acometer una estrategia de financiación a largo plazo para financiar este pasivo también a largo plazo. Debido al régimen de crecimiento presupuestario nulo del sistema de las Naciones Unidas, los Estados Miembros deberían empezar a financiar específicamente el pasivo acumulado.

- Es preciso estudiar la opción de crear un fondo común, integrando las reservas que ya han establecido o pueden establecer las diversas organizaciones para financiar el pasivo acumulado, e invertir dichas reservas bajo la responsabilidad de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (CCPPNU). De este modo se reducirían al mínimo los riesgos de las inversiones, se conseguirían ventajas administrativas y financieras para las organizaciones y se aumentaría la rentabilidad de las inversiones.

- Los órganos rectores de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían preparar y adoptar estrategias adecuadas para contener los costos de los planes de seguro médico. Para ello hay numerosas opciones, como por ejemplo ampliar la red de proveedores de servicios preferentes que aplican tarifas negociadas, reforzar y ampliar los servicios médicos internos para prestar atención primaria y servicios de remisión de pacientes para los funcionarios, los jubilados y sus familiares a cargo, establecer farmacias dentro de la organización y facilitar el acceso a los servicios nacionales de salud en conjunción con los planes de seguro médico disponibles para el personal internacional.

- A continuación figuran las recomendaciones que se someten al examen de los órganos legislativos. En el cuerpo del informe puede verse otra recomendación (recomendación 7) que se somete al examen de los jefes ejecutivos.

Recomendaciones que se someten al examen de los órganos legislativos

- **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.**

- **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.**

- **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.

- **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.**

- **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.

- **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 CCPNU.**

ÍNDICE

		Párrafos	*Página*
	RESUMEN		iii
	SIGLAS		ix
I.	INTRODUCCIÓN	1 - 8	1
II.	PLANES DE SEGURO MÉDICO DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS	9 - 30	2
	A. Aumento de los costos de los seguros médicos en el sistema de las Naciones Unidas	9 - 10	2
	B. Falta de supervisión adecuada de los Estados Miembros	11 - 14	3
	C. Análisis comparado de los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas	15	3
	D. Alcance de la cobertura	16 - 17	4
	E. Aportaciones	18	4
	F. Prestaciones	19 - 24	5
	G. Armonización de los planes de seguro médico	25 - 30	6
III.	EL SEGURO MÉDICO DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN DEL SERVICIO EN EL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS	31 - 44	8
	A. Financiación del programa de seguro médico después de la separación del servicio	35 - 37	9
	B. Magnitud del pasivo en el sistema de las Naciones Unidas	38 - 39	10
	C. Financiación del pasivo de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio	40 - 44	10
IV.	MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE COSTOS	45 - 47	12

Anexos

I.	Descripción sucinta de los diferentes planes de seguro médico que se ofrecen en el sistema de las Naciones Unidas	14
II.	Número de contribuyentes y costo anual de los planes de seguro médico en los años 1997 y 2004	17
III.	Análisis comparativo de la repartición porcentual del costo de las primas	18

ÍNDICE (*continuación*)

Página

Anexos (*continuación*)

IV.	Análisis comparativo de la cobertura	19
V.	Análisis comparativo de las prestaciones	20
VI.	Seguro médico después de la separación del servicio	22
VII.	Seguro médico del personal del sistema de las Naciones Unidas: resumen de las medidas que han de adoptarse en relación con las recomendaciones.....	23

SIGLAS

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
BMIP	Plan Básico de Seguro Médico (FAO y PMA)
CAC	Comité Administrativo de Coordinación
CAPI	Comisión de Administración Pública Internacional
CCAAP	Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto
CCCA	Comité Consultivo en Cuestiones Administrativas
CCPPNU	Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
DCI	Dependencia Común de Inspección
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
FMIP	Plan de Seguro Médico Integral (ONUV y ONUDI)
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GMIT	Seguro Médico Colectivo para el Personal Temporero (OIEA)
ICCROM	Centro Internacional de Estudios de Conservación y Restauración de los Bienes Culturales
IPSAS	Normas Contables Internacionales para el Sector Público
MIP	Plan de Seguro Médico (ACNUR)
MMBP	Plan de Servicios Médicos Integrales (FAO y PMA)
OACI	Organización de Aviación Civil Internacional
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMI	Organización Marítima Internacional
OMM	Organización Meteorológica Mundial
OMPI	Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMT	Organización Mundial del Turismo
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONUDI	Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial

ONUG	Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra
ONUV	Oficina de las Naciones Unidas en Viena
OOPS	Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SHI	Seguro Médico del Personal (OMS)
SHIF	Fondo de Seguros Médicos del Personal (OIT)
SMIP	Plan de Seguro Médico Complementario (Viena)
UIT	Unión Internacional de Telecomunicaciones
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
UNSMIS	Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas contra Enfermedad y Accidentes
UPU	Unión Postal Universal
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse (Plan nacional austríaco de seguro médico)

I. INTRODUCCIÓN

1. En su programa de trabajo para el año 2005 la Dependencia Común de Inspección (DCI) incluyó un informe sobre la cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas[1]. La inclusión se hizo a propuesta oficial del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) y la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI). Estas organizaciones han pedido orientación sobre cómo afrontar los nuevos problemas que se plantean en sus planes de seguro médico, de resultas del enorme aumento de los costos de la cobertura médica y de la necesidad de garantizar dicha cobertura a su personal, jubilados y familiares a cargo, en el contexto del régimen de crecimiento presupuestario nulo adoptado en el sistema de las Naciones Unidas. La mayoría de las organizaciones de las Naciones Unidas han encontrado de vez en cuando problemas administrativos y financieros similares en sus respectivos planes de seguro médico.

2. Desde la creación de las Naciones Unidas y sus organismos especializados y el OIEA, la cuestión del seguro médico del personal y sus familiares a cargo ha sido objeto de muchos estudios efectuados por órganos del régimen común de las Naciones Unidas como el Comité Administrativo de Coordinación (CAC), que ahora se denomina Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación, el Comité Consultivo en Cuestiones Administrativas (CCCA) y la DCI. En junio de 1977 la DCI llevó a cabo un estudio a fondo de los planes de seguro médico de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, último estudio realizado sobre el tema que abarcó todo el sistema. En él se examinaron diferentes cuestiones fundamentales como los tipos de planes, la estructura de las prestaciones, los asuntos financieros y las cuestiones de administración y gestión[2].

3. En 1977 el CCCA estableció un grupo de trabajo para preparar una respuesta común a las recomendaciones contenidas en la nota de la DCI. Sin embargo, no se dispone de información alguna sobre las conclusiones de ese grupo de trabajo. Los resultados, observaciones y recomendaciones de la nota de la DCI de 1977 siguen siendo válidos en el contexto actual. Por consiguiente, los inspectores quisieran recordar algunas de ellas en el presente informe a fin de señalar a la atención de los Estados Miembros y las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas los problemas constantes y persistentes relacionados con los planes de seguro médico del personal.

4. El objetivo del presente informe es presentar a los Estados Miembros un amplio panorama de la cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas, una comparación con las mejores prácticas seguidas en entidades que no pertenecen al sistema y varias opciones viables para controlar más eficazmente los desembolsos presupuestarios concomitantes sin menoscabo de este importante elemento de las condiciones generales del servicio en el sistema de las Naciones Unidas.

5. Para preparar el presente informe se ha seguido una metodología basada en cuestionarios, entrevistas y análisis en profundidad. Se enviaron cuestionarios detallados a todas las organizaciones participantes. Sobre la base de las respuestas recibidas, los inspectores realizaron entrevistas con funcionarios de las organizaciones participantes y también solicitaron la opinión de otras organizaciones internacionales. Durante la preparación del informe, los inspectores visitaron organizaciones con sede en Nueva York, Ginebra, Viena, Roma, Londres y París. También celebraron conversaciones con funcionarios del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Comisión Europea, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y la Agencia Espacial Europea, acerca de los planes de seguro médico de esas organizaciones, sus posibles puntos de referencia y mejores prácticas. Estas conversaciones se han tenido en cuenta al ultimar las recomendaciones del presente informe. Se han solicitado observaciones sobre el proyecto de informe a las organizaciones participantes, así como a la

[1] A/60/34 (párrs. 39 y 40).

[2] JIU/NOTE/77/2, Note on health insurance schemes in the United Nations system.

Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (CCPPNU) y la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI), y se recibieron respuestas de muchas de esas organizaciones. Sus observaciones se tuvieron en cuenta al ultimar el informe.

6. De acuerdo con el párrafo 2 del artículo 11 del estatuto de la DCI, este proyecto de informe ha recibido su forma definitiva tras la celebración de consultas entre los inspectores de modo que sus conclusiones y recomendaciones estuvieran sometidas a la prueba del juicio colectivo de la Dependencia.

7. Para facilitar la consulta del informe, la aplicación de sus recomendaciones y su seguimiento, en el anexo VII figura un cuadro en que se indica si el informe se presenta a las organizaciones interesadas para que adopten medidas o bien a título informativo. En el cuadro se señalan las recomendaciones pertinentes para cada organización y se especifica si requieren la adopción de una decisión por el órgano legislativo o rector de la organización o si pueden ser aplicadas por el jefe ejecutivo.

8. Los inspectores desean expresar su reconocimiento a todas aquellas personas que les han ayudado a preparar el informe y en particular a quienes participaron en las entrevistas y aportaron sus conocimientos y experiencia.

II. PLANES DE SEGURO MÉDICO DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS

A. Aumento de los costos de los seguros médicos en el sistema de las Naciones Unidas

9. Desde la creación de las Naciones Unidas y sus organismos especializados y el OIEA, los estatutos del personal de esas organizaciones han exigido al jefe ejecutivo correspondiente que estableciera un plan de seguridad social para el personal, con disposiciones para protección de la salud. Cuando se nombra a un funcionario para que ocupe un puesto en el sistema de las Naciones Unidas, puede afiliarse a un plan de seguro médico del personal. Esos planes ofrecen un seguro por los gastos médicos efectuados por razón de enfermedad, maternidad o accidente. En los primeros tiempos de las Naciones Unidas, el seguro médico se proporcionaba solamente a los funcionarios en activo y sin el beneficio de ningún subsidio de la Organización. En virtud de la resolución 1095 (XI) de 27 de febrero de 1957, la Asamblea General autorizó que el costo del seguro médico fuera compartido, aproximadamente a partes iguales, por los funcionarios participantes y la organización, con la salvedad de que el personal de las categorías de remuneración más baja recibiera una ayuda financiera mayor.

10. Según la información disponible al 31 de diciembre de 2004, el total de afiliados contribuyentes a esos planes en todo el sistema era de unos 84.000 y su costo anual superaba los 305 millones de dólares de los EE.UU. En el anexo II figura el aumento porcentual comparado del número de contribuyentes y del costo anual de los planes de seguro médico para las organizaciones en 1997 y 2004. Según la nota de la DCI de 1977, el número de contribuyentes en 1975 era de unos 38.000, incluidos 3.000 jubilados, y el costo anual aproximado de 20,5 millones de dólares. El aumento porcentual del número de afiliados de 1975 es de alrededor del 122%, mientras que durante el mismo período el costo de los planes de seguro médico aumentó en un 1.387%. De acuerdo con este análisis, los inspectores subrayan la creciente importancia de la cobertura del seguro médico, tercer elemento de las condiciones del servicio en orden de importancia, después del sueldo y las prestaciones y de la pensión, y advierten de la necesidad de adoptar medidas para contener el crecimiento exponencial previsto del costo de proporcionar cobertura médica al personal.

B. Falta de supervisión adecuada de los Estados Miembros

11. El Artículo 101 de la Carta de las Naciones Unidas dispone que, al determinar las condiciones de servicio del personal, las organizaciones de las Naciones Unidas deben guiarse por la "necesidad de asegurar el más alto grado de eficiencia, competencia e integridad". El disfrute de un nivel adecuado y equitativo de seguridad social forma parte de las expectativas básicas de cualquier funcionario que ingrese en el sistema de las Naciones Unidas. Según los principios internacionales establecidos, en particular los que figuran en los convenios y recomendaciones pertinentes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), así como en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, unos planes de seguridad adecuados deberían garantizar la protección ante determinados riesgos o eventualidades como la vejez, la discapacidad, la enfermedad, la necesidad de atención médica y sanitaria y la responsabilidad del mantenimiento de los hijos y de otros familiares a cargo.

12. Todas las organizaciones del régimen común tienen algún tipo de plan o sistema de seguro médico. Los inspectores señalan la manifiesta falta de supervisión por los Estados Miembros al establecerse los planes de seguro médico en todo el sistema de las Naciones Unidas. Si bien desempeñan un papel activo en la fijación de las escalas de sueldos y otras prestaciones como las pensiones, los Estados Miembros no intervienen directamente a la hora de determinar las prestaciones del seguro médico para los funcionarios en activo y los jubilados. Esta función ha sido delegada en las respectivas secretarías de las organizaciones. De ahí que existan grandes disparidades en todo el sistema. Los planes actuales de seguro médico muestran considerables diferencias, incluso en un mismo lugar de destino (Nueva York, Ginebra y Viena) entre el personal local y el no local, entre el personal de la Sede y el personal sobre el terreno, así como disparidades en las disposiciones que determinan las tasas de contribución y de reembolso.

13. Desde el principio, el seguro médico nunca se consideró una cuestión del régimen común. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas han resistido los intentos de la CAPI de tener en cuenta los aspectos de las condiciones de servicio relacionados con la seguridad social al establecer un metodología para comparar las compensaciones totales. De manera análoga, la CAPI se negó a tomar partido cuando la Asamblea General, en 1982, le pidió que examinara la necesidad de aumentar la tasa de aportaciones de las organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas al seguro médico de los funcionarios. Durante una reunión celebrada con los inspectores, el entonces presidente de la CAPI confirmó que el seguro médico no se consideraba parte integrante del régimen común.

14. Los inspectores consideran racional que el seguro médico de los funcionarios, al igual que otras prestaciones del régimen común, como los sueldos y emolumentos, las categorías y las pensiones, se rijan por una normativa coherente. Los inspectores opinan que las disparidades existentes en los planes de seguro médico son contrarias al principio reconocido de aplicar un régimen común a las cuestiones de personal y reiteran que "es conveniente... rectificar la situación de tal manera que el tratamiento uniforme del personal del sistema de las Naciones Unidas en lo que respecta al seguro médico sea parte del régimen común"[3]. Para ello, los Estados Miembros deberían desempeñar un papel activo a la hora de determinar las prestaciones del seguro médico a fin de armonizar los diversos planes, reducir las disparidades y hacer economías en los gastos.

C. Análisis comparado de los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas

15. El sistema de las Naciones Unidas tiene actualmente 20 planes principales de seguro médico. En el anexo I figura una descripción sucinta de los componentes fundamentales de esos planes. Se trata de planes diversos que ofrecen diferencias sustanciales entre organizaciones y lugares de destino e incluso a veces en un mismo lugar de destino. Hay planes de diferentes tipos:

[3] JIU/NOTE/77/2 (pág. 30, párr. 92).

- Planes autoadministrados y autofinanciados como el Plan de Seguro Médico de las Naciones Unidas (MIP), la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas contra Enfermedad y Accidentes (UNSMIS) en la Oficina de la Naciones Unidas en Ginebra (ONUG); el Seguro Médico del Personal (SHI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS); el Fondo de Seguros Médicos del Personal (SHIF) de la OIT y de la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT); y el Fondo para Prestaciones Médicas de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO);

- Planes autofinanciados pero administrados por proveedores comerciales como Aetna, Blue Cross, el grupo Sun Life y Vanbreda, como en la Sede de las Naciones Unidas y en las misiones sobre el terreno, la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), respectivamente;

- Planes nacionales o estatales como el plan nacional austriaco de seguro médico (Wiener Gebietskrankenkasse - WGKK) para algunas categorías de personal en determinados lugares de destino.

D. Alcance de la cobertura

16. Los planes de seguro médico ofrecen diversas coberturas. Como puede verse en el anexo IV, todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas proporcionan cobertura médica a todo el personal en servicio activo y a sus familiares a cargo (tanto primarios como secundarios) y a los jubilados y sus familiares a cargo. Sin embargo, se aplican diferentes criterios para poder afiliarse a los planes de seguro médico en lo que respecta al período mínimo de contrato necesario. Por ejemplo, en la OACI se requiere un contrato mínimo de tres meses, mientras que en la mayoría de las demás organizaciones hay que tener un contrato de seis meses. De manera análoga varían también los criterios acerca de la admisibilidad de los jubilados y sus familiares a cargo, como puede verse en el anexo VI. A excepción de algunas organizaciones como el OIEA, la OACI y la Organización Marítima Internacional (OMI), el personal contratado por períodos breves, los consultores y los titulares de acuerdos de servicios especiales están cubiertos por los planes de seguro médico de la organización correspondiente.

17. En la mayor parte de las organizaciones es obligatorio afiliarse a uno de los planes básicos de seguro médico. Se hace una excepción con los funcionarios que demuestran estar cubiertos por algún plan de fuera de las Naciones Unidas. Es voluntaria la participación en planes complementarios como el Plan de Servicios Médicos Integrales (MMBP) en Roma o el Plan de Seguro Médico Complementario (SMIP) en Viena. Los planes suplementarios están concebidos para sufragar los gastos no incluidos en los planes básicos y el funcionario paga la contribución íntegra. Todos los planes ofrecen una cobertura mundial pero con variaciones en las prestaciones y los reembolsos. Sin embargo, los planes nacionales, como el austríaco (WGKK), tan sólo ofrecen cobertura en la Unión Europea y en los países que tienen un acuerdo bilateral de seguro médico con la República de Austria.

E. Aportaciones

18. En la actualidad los funcionarios abonan un porcentaje o una suma fija de la prima y las organizaciones subvencionan el resto. En el anexo III figura un análisis comparativo de la repartición porcentual del costo de las primas entre los funcionarios en activo y jubilados y las organizaciones. Hay considerables diferencias en el reparto del pago de las primas entre los funcionarios/jubilados y las organizaciones. De manera análoga, hay grandes disparidades en la fijación del importe de las primas. Los inspectores reconocen que el importe de las primas en un determinado lugar de destino depende de los costos médicos locales, pero en algunos lugares de destino como Ginebra, donde las distintas

organizaciones ofrecen prestaciones similares, no están justificadas las diferencias en la participación en el pago de las primas del funcionario y de la organización, y en la fijación del importe de las primas. Lo mismo puede decirse de algunos otros lugares de destino, donde hay numerosos funcionarios del régimen común que trabajan en distintas organizaciones, que disponen de sus propios planes de seguro médico. La participación en el pago de las primas y el importe de éstas deberían armonizarse en cada lugar de destino.

F. Prestaciones

19. A fin de hacer frente a la creciente demanda de prestaciones y servicios, los planes de seguro médico revisan periódicamente la estructura de sus prestaciones. En este caso, la revisión afecta principalmente al nivel de las prestaciones, por ejemplo los servicios de enfermería durante largos períodos, los tratamientos odontológicos, correctores ópticos, etc. Al mismo tiempo, se han adoptado nuevas normas con respecto a las prestaciones y los medicamentos. En el anexo V figura un análisis comparativo de las principales prestaciones ofrecidas por los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas.

20. Todos los planes permiten elegir libremente a los proveedores de servicios, doctores, farmacéuticos y establecimientos médicos. Ninguno de los planes fija límites a los reembolsos totales durante la vida del asegurado, pero sí a los reembolsos anuales. El límite anual va desde el millón de dólares de los EE.UU. previsto por el plan de la FAO/PMA hasta los 30.000 dólares previstos por la OMS para el personal temporario durante los tres primeros meses de contrato. En organizaciones como la OACI sólo algunas prestaciones tienen topes o límites anuales.

21. La mayor parte de los planes prevén un reembolso del 80% de los honorarios de los médicos generales, especialistas, cirujanos, psiquiatras, tocólogos y ginecólogos. Algunos planes prevén un reembolso del 100% y otros del 75%. En un mismo lugar de destino pueden variar las tasas de reembolso de determinados servicios. En los planes de Nueva York, la Organización de proveedores preferidos Aetna Open Choice reembolsa el 100% (sujeto a límites anuales deducibles y coaseguros), pero los otros planes tan sólo el 80%. En los planes de Ginebra existen disparidades similares. Para los medicamentos de venta con receta la tasa de reembolso es del 80%. Algunos planes, como el de la OACI, cubren un 80% del costo de los medicamentos de marca y un 90% del costo de los fármacos genéricos.

22. En cuanto a los servicios ambulatorios (análisis de laboratorio, radiografías, prótesis, etc.) y la atención institucional, las tasas de reembolso varían entre el 75% y el 100%. Existen variaciones similares en actos médicos como la detección del cáncer de mama, la atención ortopédica, etc. Las tasas de reembolso de los servicios de enfermería varían de manera sustancial según los diversos planes.

23. La atención hospitalaria, es decir, el reembolso del costo diario de la estancia en un hospital, clínica u otra institución médica reconocida, es un componente necesario y costoso de la atención sanitaria y presenta grandes diferencias entre los distintos planes. Por ejemplo, en las Naciones Unidas, la OMS, la OIT y la OMPI, se reembolsa el 100% del tratamiento en una sala o pabellón común. La tasa de reembolso del tratamiento en una habitación privada o semiprivada varía desde un 70% según el plan MIP de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) hasta un 100% en el plan de la OMPI. De manera análoga, tan sólo algunos planes facilitan los anticipos que exigen algunos hospitales para admitir pacientes.

24. El reembolso de la atención odontológica (reconocimientos periódicos rutinarios, empastes, coronas, etc.) sigue la pauta habitual, que oscila entre un 80% y un 100% según los diversos planes. Sin embargo, hay notables diferencias en el límite máximo anual de los reembolsos. El plan de la OMS prevé un máximo de 1.500 dólares de los EE.UU. al año y de 30.000 dólares si la atención odontológica resulta necesaria como consecuencia de un accidente. En el plan de la OMPI, el reembolso es del 75% hasta un

máximo de 3.500 francos suizos al año, mientras que se eleva al 85% si el tratamiento tiene lugar en Francia. De manera análoga, también existen disparidades en el reembolso de la ortodoncia.

G. Armonización de los planes de seguro médico

25. Habida cuenta de las grandes disparidades existentes en las aportaciones, las prestaciones y las coberturas de los distintos planes de seguro médico, los inspectores consideran prioritaria la armonización de los reglamentos y las prestaciones de los seguros médicos en todo el sistema de las Naciones Unidas. Los inspectores también expresan su preocupación porque dichas disparidades pueden obstaculizar la movilidad del personal entre distintas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

26. La cuestión de la armonización de los seguros médicos de las organizaciones de las Naciones Unidas se ha planteado ya desde los primeros tiempos del sistema de las Naciones Unidas, cuando las organizaciones tuvieron que adoptar disposiciones de este tipo para su personal. En los años cincuenta y sesenta, órganos del régimen común como el CCCA y el CAC mostraron en todo momento interés por establecer un plan común de seguro médico para todo el personal de las organizaciones de las Naciones Unidas. En su 13º período de sesiones (septiembre de 1952), el CCCA recomendó que, siempre que una organización tuviera un plan para su personal, se considerará la posibilidad de integrar en dicho plan al personal de otras organizaciones miembros de la misma zona. Si dos o más organizaciones tenían distintos planes para sus funcionarios, debería estudiarse la posibilidad de adoptar un único plan para todo el personal.

27. La DCI, habiendo examinado en 1977 las diferentes cuestiones básicas de los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas y observando "la complejidad de los planes y el laberinto de complicadas reglamentaciones en que se basan", consideró "un objetivo deseable que hubiera un único plan para todos los funcionarios internacionales pertenecientes a todas las organizaciones de las Naciones Unidas... tanto si trabajaban en las sedes de las organizaciones como si estaban destinados sobre el terreno". Sin embargo, los inspectores no hicieron ninguna recomendación en este sentido al estimar que esto era sólo un ideal, ya que había que tener en cuenta los problemas prácticos. En cambio, sugirieron como primera providencia que las organizaciones con sede en Ginebra combinaran y ofrecieran un único plan de seguro médico para todo el personal que prestaba servicios en Ginebra y sobre el terreno.

28. Los inspectores también aconsejaron "la creación de un comité interinstitucional del seguro médico para que examinara las conclusiones indicadas en [la nota] y preparara un sistema común para el seguro médico que podría introducirse en primer lugar en Ginebra y luego hacerse extensivo a otros lugares de destino". Los inspectores sugirieron que la tarea del comité propuesto consistiera en preparar medidas para la creación de un plan conjunto y autoadministrado de seguro médico para todas las organizaciones con sede en Ginebra, que sirviera de base más adelante para un plan europeo o regional que abarcara todas las organizaciones de las Naciones Unidas con sede en Europa. El objetivo a largo plazo del comité sería elaborar planes para diseñar un sistema de prestaciones comunes lo suficientemente flexible para tener en cuenta las diversas modalidades de atención de salud, a fin de establecer dos sistemas, uno para América del Norte y otro para el resto del mundo[4]. Como ya se dijo en el párrafo 8 *supra*, no se adoptó ninguna medida concreta con respecto a las recomendaciones anteriores de la DCI.

29. Tras volver a examinar la situación al cabo de 29 años, basándose en numerosas entrevistas y conversaciones mantenidas con funcionarios de diversas organizaciones de las Naciones Unidas en distintos lugares de destino, y con representantes del personal de esas organizaciones, los inspectores han llegado a la conclusión de que todavía puede ser viable establecer un único plan mundial de seguro médico para todo el sistema de las Naciones Unidas. Eso se conseguiría a largo plazo, una vez armonizados los planes en cada lugar de destino. En el curso de las entrevistas realizadas para preparar el

[4] JIU/NOTE/77/2 (pág. 34, recomendaciones).

presente informe, las organizaciones dijeron que había motivos para que existieran planes diversos en el sistema de las Naciones Unidas; cabía mencionar, entre otros, la historia de las organizaciones, las diversas necesidades médicas según el mandato y la función de cada organización, la relación costo-eficacia de los distintos planes, y las prácticas médicas y los regímenes jurídicos a que debe atenerse la profesión médica en un determinado lugar de destino o país anfitrión.

30. A pesar de estas razones, los inspectores expresaron su preocupación por las disparidades existentes en la cobertura, las prestaciones, las tasas de reembolso y el enorme aumento del costo de la protección sanitaria, como puede verse en el anexo II, entre los principales planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas. En opinión de los inspectores, todos los planes deberían proporcionar a los funcionarios y sus familiares a cargo un nivel comparable de seguridad sanitaria, cualesquiera que fuesen su categoría, nivel y lugar de destino. Los inspectores también estiman que no es posible seguir justificando la existencia de tantos planes distintos por razones históricas o por la relación costo-eficacia. Tampoco puede justificarse la existencia de varios planes en un mismo lugar de destino, como ocurre en Nueva York y Ginebra, donde el contexto médico y jurídico es el mismo. Los inspectores subrayan la necesidad de establecer un único plan mundial de seguro médico para el sistema de las Naciones Unidas, lo bastante flexible para atender a las diversas necesidades de las organizaciones, y adaptarse al contexto médico y jurídico en que debe funcionar. A este respecto, los inspectores desean llamar la atención sobre los planes que ofrecen los proveedores comerciales de servicios con una cobertura mundial. Como primer paso para alcanzar este objetivo, los inspectores consideran que habría que armonizar los planes de seguro médico en todo el sistema de las Naciones Unidas.

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 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.

III. EL SEGURO MÉDICO DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN DEL SERVICIO EN EL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS

31. A principios de los años cincuenta, organizaciones como la OIT concedieron las prestaciones de los planes de seguro médico, con carácter optativo, a los funcionarios después de la separación del servicio. Otras organizaciones de las Naciones Unidas siguieron el ejemplo y ampliaron la cobertura del seguro médico a los jubilados y sus familiares a cargo. En las Naciones Unidas, en un informe presentado a la Asamblea General en su 21º período de sesiones (A/6491 y Corr.1), el Secretario General señaló que la terminación automática de la protección médica del personal que se jubilaba era "demasiado restrictiva" y propuso que la protección médica después de la separación del servicio se hiciera extensiva a todo el personal jubilado de las Naciones Unidas siguiendo la práctica general prevalente entre los Estados Miembros de dar protección médica a los funcionarios jubilados y sus familiares. La Asamblea General, en su 1501ª sesión plenaria celebrada el 20 de diciembre de 1966, aprobó la creación del programa de seguro médico después de la separación del servicio.

32. Al principio las organizaciones no hacían ninguna aportación equivalente al seguro médico de los jubilados. No había ninguna subvención y los jubilados debían abonar íntegramente las primas. Sin embargo, esta situación cambió en 1965, cuando la OIT sostuvo que "muchos funcionarios jubilados y las personas a su cargo, cuya situación económica es menos favorable que la de los funcionarios en activo, estaban obligados a dedicar al seguro de enfermedad una parte completamente desproporcionada de sus ingresos, si se compara con la correspondiente a los funcionarios en activo... el principio de seguridad social, que desde 1958 ha recibido plena aplicación en lo que se refiere al personal asegurado en activo, y de acuerdo con el cual el costo es distribuido entre los miembros, sin que se tenga en cuenta la importancia del riesgo, debería aplicarse también a los funcionarios jubilados y a las personas a su cargo"[5]. El Consejo de Administración de la OIT aprobó la participación en la financiación del seguro de los funcionarios jubilados y posteriormente otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas siguieron su ejemplo.

33. En la actualidad, todos los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas prevén la participación en la financiación de la cobertura del seguro médico de los jubilados y sus familiares a cargo. En todos los planes, el seguro médico de los jubilados es optativo y sólo está disponible si se mantiene una afiliación ininterrumpida en el plan de seguro médico contributivo del sistema de las Naciones Unidas. A fin de poder beneficiarse del programa de seguro médico después de la separación del servicio, el ex funcionario y sus familiares a cargo admisibles tienen que estar afiliados a ese seguro en el momento en que el funcionario cesa en el servicio. En ese momento, el funcionario puede cambiar su plan de seguro médico por otro plan para jubilados que resulte más apropiado para su lugar de residencia.

[5] OIT, G.B.162/F.A./D.15/19, 162ª reunión, de mayo de 1965.

34. Desde sus inicios, el programa del seguro médico después de la separación del servicio ha experimentado un aumento sustancial en el sistema de las Naciones Unidas en lo que respecta tanto al número de participantes como al costo. En las Naciones Unidas, el promedio de participantes jubilados en el seguro médico se duplicó con creces en un período de diez años pasando de 2.672 jubilados en el bienio 1984-1985 a 7.105 al final del bienio 2002-2003. En el mismo período casi se decuplicó la participación de las Naciones Unidas en la financiación del seguro médico para jubilados, pasando de 6,9 millones a 67,7 millones de dólares de los EE.UU. Se observaron tendencias similares en las demás organizaciones del sistema. Una combinación de diversos elementos, a saber, la composición demográfica de los asegurados; la proporción creciente de jubilados afiliados; el aumento de la esperanza de vida; y la escalada de los costos médicos, ha tenido una repercusión inexorable en los costos del seguro médico y en las correspondientes aportaciones de los participantes y las organizaciones. En vista de esas tendencias históricas, los inspectores consideran que tanto el número de afiliados como los costos médicos seguirán aumentando en el futuro.

A. Financiación del programa de seguro médico después de la separación del servicio

35. Además del costo de las primas que pagan las organizaciones para asegurar a los jubilados, el principal problema del programa de seguro médico después de la separación del servicio es el pasivo acumulado y su financiación. El pasivo acumulado por este concepto representa el valor actual de las prestaciones futuras a las que los funcionarios en activo y los jubilados ya se han hecho acreedores por sus servicios. En muchas organizaciones de las Naciones Unidas, los recursos se asignan con carácter bienal y las prestaciones del seguro médico para los jubilados se contabilizan según un sistema de pago por uso o en efectivo. En muchas organizaciones los gastos correspondientes a esos planes de seguro médico no se indican por separado dentro de los gastos de personal. En otras organizaciones esos gastos sí se especifican. Por consiguiente, resulta difícil determinar la magnitud de la subvención que se paga por este programa en todo el sistema. Los inspectores señalan que en las sumas consignadas no se incluye la financiación del pasivo acumulado correspondiente a las prestaciones médicas después de la separación del servicio a que los funcionarios se hicieron acreedores mientras estaban en activo.

36. La cuestión de la financiación del pasivo acumulado por este concepto se examina en los órganos intergubernamentales desde hace algunos años. Sin embargo, no se ha acabado de encontrar la manera de resolver el problema. La Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto (CCAAP), en su examen de los proyectos de presupuesto por programas para el bienio 1998-1999[6], planteó la cuestión del pasivo acumulado por las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio. La Comisión pidió que esa cuestión se abordara para todo el sistema en un informe del Secretario General. Los inspectores acogieron favorablemente las propuestas recientes presentadas por el Secretario General en su informe A/61/730, "Obligaciones correspondientes a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio y financiación propuesta"[7].

37. La Junta de Auditores hizo hincapié (A/57/201) en que todas las organizaciones debían reconocer con urgencia el pasivo acumulado correspondiente al seguro médico después de la separación del servicio y consignarlo en los estados financieros. Además, la Asamblea General, en su resolución 58/249 A, de 23 de diciembre de 2003, solicitó al Secretario General que le informara de la totalidad de las obligaciones sin financiación prevista por concepto de prestaciones por rescisión del nombramiento y prestaciones

---

[6] *Documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo segundo período de sesiones, Suplemento Nº 7* (A/52/7/Rev.1), párr. X.25.

[7] Comprende las Naciones Unidas, el Tribunal Internacional para la ex Yugoslavia, el Tribunal Penal Internacional para Rwanda y la Comisión de Indemnización de las Naciones Unidas.

posteriores al cese en el servicio de las Naciones Unidas y que propusiera medidas para asegurar que se avanzara hacia el objetivo de financiar totalmente esas obligaciones.

B. Magnitud del pasivo en el sistema de las Naciones Unidas

38. Aunque las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas han llevado a cabo estudios actuariales, tan sólo algunas lo hacen de manera periódica, como puede verse en el anexo VI, a fin de determinar el monto del pasivo acumulado por las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio. El pasivo se consigna en las notas a los estados financieros y se actualiza en los estados bienales posteriores. Sobre la base de las respuestas al cuestionario de la DCI, los inspectores observan que las organizaciones han contratado los servicios de consultores y empresas privadas para realizar los estudios actuariales. Estas empresas privadas han adoptado de manera uniforme las Normas Internacionales de Contabilidad (NIC 19), con algunas variaciones tanto en el enfoque como en las hipótesis utilizadas para determinar el monto del pasivo. Los inspectores consideran que sería beneficioso y económicamente eficaz adoptar un enfoque y unas hipótesis uniformes y coherentes para llevar a cabo un estudio actuarial de todo el sistema, siguiendo la pauta de los estudios de la CCPPNU.

39. Según los estudios actuariales realizados por las organizaciones, se estima que el valor actual del pasivo acumulado por las prestaciones futuras (excluidas las contribuciones de los jubilados) al 31 de diciembre de 2004 se elevaba a 4.300 millones de dólares de los EE.UU., según se indica en el anexo VI. Esta estimación aumentará cuando todas las organizaciones hayan terminado el estudio actuarial de su pasivo y preparado las proyecciones para diciembre de 2005.

C. Financiación del pasivo de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio

40. En vista de la magnitud del pasivo acumulado, varias organizaciones lo han reconocido ya y están intentando encontrar medios para financiarlo, como puede verse en el anexo VI. Ninguna organización del sistema de las Naciones Unidas ha dispuesto la financiación íntegra del pasivo acumulado. Hay diez organizaciones que han ido acumulando pasivo pero todavía no han empezado a asignar recursos para financiarlo. En cambio, en los últimos años organizaciones como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la FAO y el PMA han asignado recursos para financiar parte de este pasivo. El PNUD ha asignado 54 millones de dólares de los EE.UU. para los bienios terminados el 31 de diciembre de 2001 y de 2003. El UNICEF creó una reserva de 30 millones de dólares de los EE.UU. en 2003 y tiene intención de hace contribuciones anuales para llegar a financiar íntegramente su pasivo. Desde 1998, la FAO y el PMA han asignado una parte de su reserva general a los planes de servicio médico después de la separación del servicio y esos fondos se han destinado a la financiación de todos los planes destinados al personal. Los planes autoadministrados de la OMS y la ONUG han establecido reservas, tal como lo exigen sus respectivos estatutos, a fin de cubrir el costo futuro previsto de las prestaciones a los jubilados. Los fondos reservados para cubrir el pasivo ascienden a unos 632 millones de dólares de los EE.UU. y constituyen aproximadamente el 15% del pasivo reconocido, como puede verse en el anexo VI. En el sistema de las Naciones Unidas, el pasivo no financiado de los planes de seguro médico después de la separación del servicio sigue excediendo con mucho la parte cubierta hasta el momento.

41. Los inspectores también señalan la adopción de las Normas Contables Internacional para el Sector Público (IPSAS) por el sistema de las Naciones Unidas, cuya introducción gradual se prevé que estará terminada para el 1º de enero de 2010. Una de las ventajas de utilizar normas contables internacionalmente reconocidas es que permiten reflejar fielmente las obligaciones del sistema de las Naciones Unidas derivadas de prestaciones después de la separación del servicio, en particular del seguro médico.

42. Teniendo en cuenta la magnitud del pasivo, los inspectores estiman que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían acometer una estrategia de financiación a largo plazo para cubrir su pasivo también a largo plazo. En vista del régimen de crecimiento presupuestario nulo adoptado por la mayor parte de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, será un problema constante para las organizaciones encontrar la financiación necesaria. Los inspectores observan que el Secretario General, en su informe[8] sobre las obligaciones correspondientes a las prestaciones para servicios médicos después de la separación del servicio y financiación propuesta, recomendó una estrategia de financiación para las Naciones Unidas. Sus características principales son: prever una financiación anual a largo plazo; establecer una carga equivalente al 4% de los gastos en sueldos respecto de todos los presupuestos que se aplicará al costo de los sueldos pagados al personal; aprovechar el saldo no utilizado de las consignaciones hechas con cargo al presupuesto ordinario; y utilizar el exceso de los ingresos diversos reales con respecto a los estimados en el presupuesto ordinario. Los inspectores están de acuerdo con las recomendaciones del Secretario General y estiman que todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deben presentar a sus respectivos órganos rectores el monto de su pasivo en concepto de prestaciones del servicio médico después de la separación del servicio y establecer una estrategia similar a la propuesta por el Secretario General para financiar ese pasivo a largo plazo.

43. La Asamblea General, en su resolución 60/255, reconoció las obligaciones devengadas por concepto de prestaciones después de la separación del servicio presentadas por el Secretario General en su informe A/60/450 y pidió que se tomaran las medidas necesarias para presentar esas obligaciones en los estados financieros. Los inspectores estiman que no basta con revelar el pasivo en los estados financieros; debería facilitarse financiación suficiente para cubrirlo.

44. Los inspectores señalan que las organizaciones que han establecido una reserva, acumulando fondos para cubrir su pasivo, han colocado esos fondos individualmente en inversiones a corto y a largo plazo. Los inspectores sugieren que una opción razonable sería crear un fondo común, integrando las reservas establecidas hasta el momento por algunas organizaciones, y las que establezcan otras organizaciones para financiar futuros pasivos del servicio médico después de la separación del servicio. Las reservas de las diversas organizaciones deberían mantenerse separadas a fin de facilitar el control y la vigilancia de cada organización, pero juntarse para efectuar las inversiones. De este modo se reducirían al mínimo los riesgos de las inversiones, se conseguirían ventajas administrativas y financieras para las organizaciones y se aumentaría la rentabilidad de las inversiones. Los inspectores estiman que el fondo común debería invertirse de manera similar a los activos de la CCPPNU.

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.

[8] A/60/450, de 27 de octubre de 2005.

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*) Proveer financiación suficiente para dicho pasivo y establecer una reserva a tal efecto.**

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 CCPPNU.

IV. MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE COSTOS

45. Ante el enorme aumento de los costos de la atención médica, varias organizaciones, tanto por separado como en colaboración, empezaron a proponer durante los años noventa programas de contención de costos a fin de controlar los gastos en la medida de lo posible. Las organizaciones han adoptado diversos enfoques, consistentes por ejemplo en imponer restricciones a determinados tipos de prestaciones o bien racionalizar los reembolsos, en especial de los gastos hospitalarios (imposición de límites máximos a las cantidades o al número de días reembolsables; ofertas para las salas o pabellones comunes de los hospitales públicos, etc.). Todos los planes médicos de las organizaciones con sede en Ginebra celebraron negociaciones conjuntas con algunas entidades proveedoras de servicios médicos a fin de intentar reducir costos. Algunas organizaciones, como la OIT, encargaron estudios para encontrar la manera de contener el aumento de los costos de sus planes médicos y conseguir recursos suficientes para financiar el volumen y la cobertura de la atención médica que necesitan sus miembros. Pese a esas iniciativas, el costo creciente de los planes de seguro médico es un motivo de preocupación cada vez mayor para las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, como puede verse en el anexo II. Los inspectores estiman que deben adoptarse medidas eficaces para contener los costos, ya que de otro modo existe el peligro de que los participantes no puedan recibir un nivel razonable de atención de salud.

46. Los inspectores observan que periódicamente se celebran reuniones entre los profesionales de la medicina y de los seguros del sistema de las Naciones Unidas y que mantienen una coordinación a nivel operacional. Comparten experiencias y un interés común en la contención de los costos de la atención médica. A juicio de los inspectores, las opciones que se indican a continuación merecen la atención de los profesionales de la medicina y de los seguros que intentan contener costos en todo el sistema de las Naciones Unidas:

- Ampliar la red de proveedores de servicios, hospitales, clínicas, laboratorios y farmacias preferentes negociando unas tarifas aceptables.

- Intentar determinar, de manera unificada, los tipos de prestaciones que pueden racionalizarse y procurar obtener tarifas favorables en los diversos lugares de destino.

- Reforzar y ampliar los sistemas internos de los regímenes médicos y jurídicos del lugar de destino para prestar atención primaria de salud y un servicio de orientación médica a los funcionarios, los jubilados y sus familiares a cargo. Los servicios médicos internos de la FAO en Roma prestan atención primaria de salud, tratamientos de fisioterapia y servicios de farmacia, mientras que los de la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, de la ONUG, la OMPI, la OMS y la OIT en Ginebra, y el OIEA en Viena, ofrecen tan sólo consultas de medicina preventiva y primeros auxilios y atienden las urgencias médicas de los funcionarios. Estos servicios pueden ampliarse con los recursos y medios disponibles, a fin de aprovechar de manera óptima esos recursos y contener los costos.

- Establecer farmacias dentro de la organización para facilitar y despachar medicamentos a los funcionarios y los jubilados que los tomen regularmente como tratamiento de enfermedades crónicas.

- Emprender actividades de educación sanitaria y promoción de la salud y prestar servicios de asesoramiento a los pacientes sobre la utilización racional de la atención de salud.

47. Otra medida de contención de costos sugerida por los inspectores consistiría en estudiar la posibilidad de ofrecer acceso a los servicios nacionales de salud en conjunción con los planes de seguro médico disponibles para el personal internacional y llevar a cabo un estudio a fin de: determinar el nivel de acceso a los planes nacionales de salud por parte de sus funcionarios (en activo y jubilados); determinar la manera de coordinar los planes de seguro médico de las organizaciones con los planes nacionales de salud; averiguar qué condiciones tienen que cumplir los funcionarios durante su vida activa o después de la jubilación para mantener la cobertura médica de sus planes nacionales de salud; y mejorar el intercambio de información acerca de la disponibilidad de esos servicios para el personal internacional, y sobre los mecanismos que deben utilizarse y las formalidades que deben cumplimentarse para recibirlos.

Recomendación 7

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

Anexo I

DESCRIPCIÓN SUCINTA DE LOS DIFERENTES PLANES DE SEGURO MÉDICO QUE SE OFRECEN EN EL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS

1. Sede de las Naciones Unidas, Nueva York; PNUD, UNICEF y FNUAP; y funcionarios de contratación internacional y nacional en determinados lugares de destino

a) La organización de proveedores preferidos Aetna Open Choice, administrada por un seguro médico privado, ofrece una cobertura de alcance mundial de los gastos de hospitalización, atención médica y compra de medicamentos con receta. Con arreglo a este plan, el afiliado puede recibir el tratamiento médico necesario de una enfermedad o accidente cubiertos por el seguro en el hospital o con el médico de su elección, sean éstos proveedores que participan en la red del plan (en cuyo caso se pagan 10 dólares por consulta y no es necesario presentar ninguna solicitud de reembolso) o proveedores ajenos a la red (en cuyo caso se reembolsa el 100% de los gastos hospitalarios y el 80% de los demás gastos médicos "razonables y habituales").

b) La organización de proveedores preferidos Empire Blue Cross, también administrada por un seguro médico privado, reembolsa los gastos efectuados tanto dentro de la red, la cual comprende un gran número de proveedores participantes y abarca la mayoría de las especialidades médicas, como fuera de la red. Este plan cuenta con un cuadro de médicos muy amplio, integrado por facultativos de Nueva York (la ciudad y el área metropolitana) y de todo el país. Cuando el tratamiento es dispensado por un proveedor de la red, el afiliado debe abonar 10 dólares en concepto de "copago". El reembolso de los servicios prestados por proveedores ajenos a la red se limita al 80%.

c) El Health Insurance Plan de Nueva York es una sociedad de seguro médico que se ajusta al concepto de seguro colectivo que abona íntegramente por anticipado la asistencia médica y hospitalaria. No hay gastos corrientes reembolsables para el funcionario afiliado por los servicios cubiertos en numerosos grupos médicos participantes en la zona del gran Nueva York. El plan cubre también el 100% de los gastos por tratamientos de urgencia en cualquier lugar del mundo.

d) El programa de la organización de proveedores preferidos CIGNA Dental es ofrecido por un proveedor comercial y dispone de una amplia red de proveedores participantes en el área metropolitana de Nueva York y en todo el país. Este plan dental funciona de la misma manera que un plan médico de proveedores favoritos, es decir que la red de odontólogos acepta la escala de honorarios negociada con CIGNA y se reembolsa el 100% de sus honorarios. En el caso de servicios prestados por proveedores ajenos a la red, el reembolso se limita al 80% de los gastos razonables y habituales y en todos los casos está sujeto a un límite máximo que es actualmente de 2.250 dólares por año.

e) Además de los planes anteriormente mencionados, los asegurados de los planes Aetna y Empire Blue Cross pueden afiliarse, por una pequeña suma mensual, al programa de la compañía MEDEX Assistance Corporation (MEDEX). Este programa ofrece atención médica de urgencia, como servicios de evacuación y repatriación por motivos médicos y otros servicios de asistencia al viajero, para los casos en que el funcionario afiliado se encuentre a 100 millas o más de su hogar.

Con excepción del Health Insurance Plan for New York, los planes de seguro médico que se ofrecen en la Sede de las Naciones Unidas se valoran sobre la base de la experiencia. Cada año, las primas se calculan sobre la base del costo de los tratamientos médicos u odontológicos recibidos por los afiliados de las Naciones Unidas durante el año anterior, al cual se suman el efecto previsto del aumento de la utilización y la inflación y los gastos administrativos previstos. En el año que sigue a un período de intensa utilización del seguro, se prevén aumentos relativamente importantes de las primas. A la inversa, si la utilización ha sido moderada, el incremento de las primas será moderado.

f) El programa Vanbreda de seguro médico, hospitalario y dental para funcionarios que trabajan fuera de la Sede, administrado por una sociedad privada, ofrece cobertura a funcionarios en activo y separados del servicio que residen en todo el mundo, excepto en los Estados Unidos. Las primas se basan en las solicitudes de reembolso presentadas por los afiliados en todas partes del mundo y reflejan niveles de precios variables. Por consiguiente, se han definido tres regiones geográficas diferentes para la fijación de las primas: el grupo tarifario 1, que abarca todos los lugares de destino que no sean Chile, México y Europa occidental, el grupo tarifario 2 que corresponde a Europa occidental, y el grupo tarifario 3 que comprende a Chile y México. Todos los funcionarios con contratos de tres meses o más de la serie 100 ó 300, y de un mes o más de la serie 200, en cualquier parte del mundo, pueden acogerse a este programa.

g) El Plan de Seguro Médico (MIP) es un programa autoadministrado y autofinanciado que se ofrece al personal de servicios generales contratados localmente y al personal nacional del cuadro orgánico en lugares de destinos fuera de la Sede, como las oficinas sobre el terreno y las misiones de mantenimiento de la paz. El MIP se estableció de conformidad con la resolución 41/209 de la Asamblea General. La gestión del MIP se ha delegado en su totalidad a los diferentes lugares de destino. Las aportaciones se establecieron en 1987 cuando se introdujo el plan y no han cambiado desde entonces. El PNUD ha subcontratado la tramitación de las solicitudes de reembolso a una entidad administradora independiente.

2. Ginebra

a) La Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas contra Enfermedad y Accidentes (UNSMIS) es una sociedad fundada por los funcionarios de la ONUG sobre la base de un estatuto y es un programa autofinanciado y autoadministrado. Un comité ejecutivo integrado por siete representantes de la dirección de la ONUG y su personal administra la sociedad. La prima se fija sobre la base del sueldo neto del funcionario. La sociedad ofrece seguro médico a los funcionarios de la ONUG, el ACNUR y la OMM.

b) El Seguro Médico del Personal (SHI). Este seguro, establecido por la OMS, es un programa autofinanciado. Su objetivo es reembolsar la mayor parte de los gastos médicos reconocidos efectuados por los funcionarios de la OMS en todo el mundo. Las aportaciones de los afiliados se calculan sobre la base de su remuneración. Los comités de vigilancia de la sede y las oficinas regionales examinan y supervisan el funcionamiento y la situación financiera del programa.

c) El Fondo de Seguros Médicos del Personal (SHIF) es un Fondo autofinanciado y autoadministrado para los funcionarios de la OIT y de la UIT. Se financia con las aportaciones de los asegurados, que se calculan sobre la base de su remuneración. El comité administrativo, integrado por ocho miembros titulares (3 representantes del personal de la OIT, 3 representantes del Director General de la OIT, 1 representante del personal de la UIT y 1 representante del Secretario General de la UIT), se encarga de la gestión del fondo.

d) Seguro médico colectivo. La OMPI tiene un contrato con la compañía de seguros Assurances Générales de France IART, que se encarga del seguro médico de sus funcionarios. La gestión, la ejecución y la aplicación del contrato se han delegado en Vanbreda International. Las aportaciones se revisan periódicamente y cubren a dos grupos: los adultos mayores de 21 años y los menores de 21 años.

e) Seguro colectivo. Una compañía privada suiza, KPT Assurances SA, está a cargo del principal seguro médico para los funcionarios permanentes de la Unión Postal Universal, y Vanbreda International se ocupa del seguro médico de los demás funcionarios.

3. Viena

a) El seguro médico colectivo de la ONUV y la ONUDI está a cargo de la compañía privada Vanbreda Internacional. La ONUDI es titular de la póliza y la ONUV participa en el plan. El Plan de

Seguro Médico Integral (FMIP) y el Plan de Seguro Médico Complementario (SMIP) ofrecen cobertura de alcance mundial y reembolsan el 80% de los gastos en concepto de consultas o exámenes médicos, hospitalarios y odontológicos. Las primas se fijan cada 12 meses comparando las primas pagadas y los reembolsos recibidos durante ese período.

b) Los planes FMIP y SMIP para los funcionarios permanentes del OIEA están a cargo de Vanbreda. Vanbreda ofrece también un seguro médico colectivo para el personal temporero (GMIT), destinado al personal contratado por períodos breves.

c) Además de esos dos seguros privados, los funcionarios de Viena pueden afiliarse también al seguro médico nacional de Austria (WGKK).

4. Roma

El PMA y la FAO ofrecen dos planes de seguro médico a sus funcionarios. La afiliación al Plan Básico de Seguro Médico (BMIP) es obligatoria para todos los funcionarios en todos los lugares de destino. La afiliación al Plan de Servicios Médicos Integrales (MMBP) es voluntaria. El costo del BMIP se reparte entre la organización y el personal, mientras que los afiliados pagan la totalidad de las primas del MMBP. Los dos planes están a cargo de Vanbreda International.

5. París

El Fondo para Prestaciones Médicas de la UNESCO es un plan autofinanciado y autoadministrado que ofrece cobertura mundial. Una junta administrativa integrada por cinco miembros gestiona el Fondo: el Presidente, nombrado por el Director General, dos miembros elegidos por los afiliados y un representante de la administración de recursos humanos y de la Oficina del Contralor, respectivamente. Las aportaciones de los participantes se calculan sobre la base de su remuneración anual y se revisan cuando la situación financiera del Fondo es desfavorable.

6. Montreal

La OACI cuenta con un plan de seguro médico colectivo ofrecido por la compañía privada Sun Life, el plan es de afiliación voluntaria y ofrece cobertura de alcance mundial.

7. Londres

Vanbreda Internacional proporciona seguro médico al personal de la OMI.

Anexo II

NÚMERO DE CONTRIBUYENTES Y COSTO ANUAL DE LOS PLANES DE SEGURO MÉDICO EN LOS AÑOS 1997 Y 2004

Organización	Número de contribuyentes afiliados a planes de seguro médico (en activo y jubilados)			Costo anual de los planes de seguro médico (miles de dólares EE.UU.)		
	1997[9]	2004[10]	Índice de 2004 1997=100	1997[11]	2004[12]	Índice de 2004 1997=100
Naciones Unidas[13]	39.119	46.352	118	86.551	175.447	203
OIT	4.289	4.737	110	8.432	11.846	141
FAO[14]	9.097	9.833	108	16.809	24.342	145
UNESCO	4.285	4.600	107	6.723	15.932	236
OACI	997	997		1.844	2.929	159
OMS	7.682	9.262	121	21.900	37.173	170
UPU	509	573	113	561	2.255	401
UIT	1.178	1.501	127	3.169	4.530	143
OMM	384	473	123	1.736	2.699	155
OMI	342	342		539	1.439	267
OMPI	783	1.022	131	2.357	5.455	231
ONUDI	1.113	1.102	100	2.767	4.316	156
OIEA	2.599	2.953	114	4.839	7.729	160
Total	**72.377**	**83.747**[15]	**116**	**158.227**	**296.092**	**187**

[9] *Fuente*: ACC/1999/FB/R.13, Informe bienal sobre el costo del seguro médico.

[10] *Fuente*: respuestas al cuestionario de la DCI.

[11] *Fuente*: ACC/1999/FB/R.13, Informe bienal sobre el costo del seguro médico.

[12] Todas las cantidades expresadas en otras monedas se han convertido a dólares de los EE.UU. aplicando el tipo de cambio oficial a diciembre de 2004.

[13] En el rubro Naciones Unidas se incluyen los programas de seguro médico administrados fuera de la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, el personal y los funcionarios jubilados de la Secretaría, el PNUD, la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), el FNUAP y el UNICEF. También se incluyen los datos de la UNSMIS de Ginebra, correspondientes al personal y a los jubilados de la ONUG, todos los fondos y programas con sede en Ginebra, la OMM, los Voluntarios de las Naciones Unidas, la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, la Convención de las Naciones Unidas de Lucha contra la Desertificación (CLD) y la Escuela Superior del Personal de las Naciones Unidas.

[14] Está incluido el PMA.

[15] Comprende las cifras estimadas correspondientes a la OACI y la OMI, basadas en datos de 1997.

Anexo III

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA REPARTICIÓN PORCENTUAL DEL COSTO DE LAS PRIMAS

Repartición de costos (plan básico)[16]				
Organización	**Funcionarios**	**Organización**	**Jubilados**	**Organización**
Naciones Unidas[17]	40	60	20	80
UNSMIS, Ginebra	50	50	33	67
OIT[18]	50	50	33	67
FAO[19]	50	50	50	50
UNESCO	50	50	50	50
OACI	P-65, G-50	P-35, G-50	50	50
OMS[20]	33	67	33	67
UPU	50	50	50	50
UIT[21]	50	50	33	67
OMM	50	50	33	67
OMI	33	67	25	75
OMPI	25 a 50	75 a 50	35	65
ONUDI	50	50	25	75
OIEA[22]	50	50	50	50

[16] Porcentaje de la prima total.

[17] Fuera de los Estados Unidos y sin contar la UNSMIS, los diferentes planes presentan aproximadamente la repartición de costos siguiente: alrededor del 60% es sufragado por el personal y el 40% por la organización; alrededor del 30% es sufragado por los jubilados y el 70% por la organización.

[18] En porcentaje del sueldo o la pensión.

[19] Están incluidos el PMA, el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) y el Centro Internacional de Estudios de Conservación y Restauración de los Bienes Culturales (ICCROM). La aportación del funcionario se limita al 5% de su sueldo bruto. Toda contribución que exceda de ese límite es sufragada por la organización. En el caso de los jubilados, un máximo del 4% del 32% de su remuneración mensual final media, o el 4% del importe total de la pensión, si éste es mayor.

[20] Para el personal, se calcula sobre la base de la remuneración: sueldo neto más ajuste por lugar de destino y cualquier subsidio de no residente; para los jubilados, se calcula sobre la base del total percibido.

[21] Porcentaje del sueldo o pensión.

[22] En el caso del OIEA, la prima que paga cada asegurado es una suma fija y no un porcentaje de su sueldo. Por consiguiente, el porcentaje correspondiente a la aportación del personal varía entre el 20 y el 70% (20, 30, 40, 50, 60 ó 70) de la prima, en función de sus emolumentos mensuales netos. El porcentaje correspondiente a los jubilados varía entre el 15 y el 60% (15, 25, 35, 50 ó 60) de la prima, en función de los emolumentos netos percibidos durante el último mes completo de servicio. En total, la contribución de la organización se sitúa alrededor del 50%.

Anexo IV

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA COBERTURA

Cobertura									
Personal permanente y sus familiares a cargo				**Jubilados**			**Otros**[23]		
	Funcionarios permanentes	**Familiares primarios a cargo**	**Familiares secundarios a cargo**	**Jubilados**	**Familiares primarios a cargo**[24]	**Familiares secundarios a cargo**[25]	**Corto plazo**	**Consultores**	**Personal contratado en virtud de un acuerdo de servicios especiales**
Naciones Unidas[26]	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí[27]	Sí	Sí	Sí
OIT	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
FAO	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
UNESCO	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
OACI	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No	No
OMS	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
UPU	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	n.d.	n.d.	n.d.
UIT	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
OMM	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
OMI	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
OMPI	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
ONUDI	Sí	Sí	n.d.	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
OIEA	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No

[23] En la categoría "otros", la cobertura se presta con arreglo a planes de seguro o indemnización diferentes de los del personal permanente y los jubilados.

[24] Los familiares primarios a cargo son el cónyuge y los hijos que reúnan las condiciones establecidas en las disposiciones pertinentes del reglamento del personal.

[25] Los familiares secundarios a cargo son los padres y los hermanos o hermanas a cargo que reúnan las condiciones establecidas en las disposiciones pertinentes del reglamento del personal.

[26] En el rubro Naciones Unidas se incluyen la Sede de las Naciones Unidas, el PNUD, el FNUAP, el UNICEF, el ACNUR, la ONUG, la ONUV y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

[27] El plan de la UNSMIS es el único que ofrece cobertura para los familiares secundarios a cargo de los funcionarios o de los jubilados.

Anexo V

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS PRESTACIONES

Organización	Límite anual (dólares EE.UU.)	Límite durante la vida del afiliado	Libertad de escoger a los proveedores[28]	Fórmula de reembolso (porcentaje de los gastos efectuados)					
				Honorarios médicos y fármacos con receta	Servicios a pacientes ambulatorios[29]/atención institucional[30]	Actos médicos[31]	Atención hospitalaria[32]	Servicios de enfermería	Odontología[33]
Naciones Unidas[34]	n.d.	No	[35]	Véase la nota 35	Véase la nota 35	Véase la nota 35	Véase la nota 35	Véase la nota 35	Véase la nota 35
OIT	150.000	No	Sí	80	80	80	80	80	80
FAO[36]	1.000.000	No	Sí	80	80	80[37]	100/80[38]	100	80[39]
UNESCO	[40]	No	Sí	75	75[41]	75	90	75	80
OACI	[42]	No	Sí	80[43]	80	80	80/100[44]	80	80
OMS	30.000[45]	No	Sí	80	80	80	80/100[46]	80	80[47]

[28] Profesionales de la medicina, farmacéuticos y establecimientos médicos.

[29] Atención a pacientes ambulatorios, por ejemplo análisis de laboratorio, radiografías, prótesis, muletas, etc.

[30] Incluida la estancia en sanatorios. Los reembolsos del costo de los servicios profesionales de ambulancia también están incluidos en esta columna.

[31] Incluidos los exámenes de detección del cáncer de mama y otro tipo de mamografías, las prestaciones de ortopedia y ortótica, etc.

[32] Reembolso de los gastos diarios. En la mayor parte de los casos están incluidos los gastos correspondientes a los servicios prestados en un hospital (enfermería, radiografía, gastos de quirófano, etc.).

[33] Atención odontológica de rutina, por ejemplo exámenes periódicos, empastes, coronas, etc.

[34] Están incluidos el PNUD, el FNUAP y el UNICEF.

[35] Los afiliados tienen la libertad de acudir a proveedores de la red o ajenos a la red. En general los gastos de los afiliados que acuden a proveedores ajenos a la red son mayores. La tasa de reembolso (situada en general entre el 80 y el 100%) varía según el servicio prestado y, lo que es más importante, en función de si el servicio es prestado por proveedores de la red o ajenos a la red.

[36] Está incluido el PMA.

[37] Se reembolsa el 100% del costo de los exámenes de detección del cáncer de mama.

[38] En la atención hospitalaria en Italia se reembolsa el 100% hasta 260 euros y el 80% de los 240 euros siguientes. Los límites y porcentajes correspondientes a zonas fuera de Italia son diferentes.

[39] Hasta un máximo de 700 dólares de los EE.UU. por paciente.

[40] Algunas prestaciones están sujetas a un límite anual en valores monetarios.

[41] Se reembolsa el 100% del costo de la quimioterapia y la radioterapia.

[42] En general se aplica la tasa de reembolso del 80%. Algunas prestaciones están sujetas a límites máximos o ciertas restricciones anuales.

[43] Los medicamentos de marca están cubiertos en un 80%, los fármacos genéricos en un 90%.

[44] Reembolso del 80% hasta 20.000 dólares de los EE.UU.; superado ese monto, se reembolsa el 100% de los gastos.

[45] Válido para los funcionarios temporeros y los consultores.

Organización	Límite anual (dólares EE.UU.)	Límite durante la vida del afiliado	Libertad de escoger a los proveedores [48]	Fórmula de reembolso (porcentaje de los gastos efectuados)					
				Honorarios médicos y fármacos con receta	Servicios a pacientes ambulatorios[49]/atención institucional[50]	Actos médicos[51]	Atención hospitalaria[52]	Servicios de enfermería	Odontología[53]
UPU	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
UIT	150.000	No	Sí	80	80	80	80	80	80
OMM	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
OMI	No	No	Sí	80	80	80	100[54]	100	80
OMPI	Véase la nota 55	No	Sí	[55]	Véase la nota 55	Véase la nota 55	100[56]	Véase la nota 55	75[57]
ONUDI	No	No	Sí	80	90	80	100/90/70[58]	No	80[59]
OIEA[60]	No	No	Sí	80	90[61]	80	100/90/80[62]	80	80[63]

[46] Se reembolsa el 80% de los gastos de estancia en un hospital, una clínica o cualquier otra institución médica reconocida. Se reembolsa el 100% del tratamiento en la sala o pabellón general de un hospital.

[47] El límite máximo es de 1.500 dólares de los EE.UU. por año. En casos en que es necesaria la atención odontológica tras un accidente, el límite es de 30.000 dólares.

[48] Profesionales de la medicina, farmacéuticos y establecimientos médicos.

[49] Atención a pacientes ambulatorios, por ejemplo análisis de laboratorio, radiografías, prótesis, muletas, etc.

[50] Incluida la estancia en sanatorios. Los reembolsos del costo de los servicios profesionales de ambulancia también están incluidos en esta columna.

[51] Incluidos los exámenes de detección del cáncer de mama y otro tipo de mamografías, prestaciones de ortopedia y ortótica, etc.

[52] Reembolso de los gastos diarios. [Véase la nota 32 para más información.]

[53] Atención odontológica de rutina, por ejemplo exámenes periódicos, empastes, coronas, etc.

[54] Hasta un máximo de 550 libras esterlinas por día.

[55] Todos los asegurados mayores de 21 años deben pagar los primeros 350 francos suizos y el 10% de los gastos efectuados por encima de este monto por año civil. Sin embargo, esos gastos a cargo del afiliado no excederán de los 2.000 francos suizos anuales por asegurado de esta categoría. En el caso de los asegurados menores de 21 años, el pago del 10% está limitado a 250 francos suizos anuales. El gasto total correspondiente a ese 10% para todas las personas de menos de 21 años de una misma familia no excederá de los 500 francos suizos.

[56] El afiliado que opte por la atención hospitalaria en una habitación privada sufraga el 10% del costo del tratamiento médico hasta un límite máximo de 1.000 francos suizos. También paga el 10% del costo del alojamiento hasta un precio máximo de 850 francos suizos por día, y el 100% de los gastos que excedan de ese límite.

[57] Hasta un límite máximo de 3.500 francos suizos por año. En Francia, la tasa de reembolso es del 85%.

[58] El 100% en las salas o pabellones generales de un hospital, el 90% en una habitación semiprivada y el 70% en una habitación individual.

[59] Sujeto a un límite máximo de 1.455 euros por año civil.

[60] Los datos se refieren al Plan de Seguro Médico Integral (FMIP). Las fórmulas de reembolso que se aplican en los otros planes son diferentes.

[61] Se refiere a intervenciones de cirugía ambulatoria que no requieren hospitalización.

[62] El 100% en el caso de una hospitalización en habitación estándar, el 90% si es una habitación semiprivada y el 80% si es en una habitación individual.

[63] El 80% hasta un límite máximo de 1.770 euros y nada por encima de ese monto.

Anexo VI

SEGURO MÉDICO DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN DEL SERVICIO

Organización	Condición para poder acogerse al seguro médico (años de contribución en el momento de la separación del servicio)	Año del último estudio actuarial	Total de las obligaciones correspondientes al seguro médico[64]	Cantidad financiada hasta 2004	Pasivo no financiado
			Millones de dólares EE.UU.		
Naciones Unidas	10 años	2002	1.484,9	25,0[65]	1.459,9
PNUD	10 años	2003	263,2	135,0	128,2
UNICEF	10 años	2003	182,5	40,0	142,5
FNUAP	10 años	2003	54,5	--	54,5
ACNUR	10 años	2002	136,1	--	136,1
OIT	10 años	2004	474,0	--	474,0
FAO[66]	10 años	2004	562,5	178,8	383,7
UNESCO	10 años	n.d.	322,6	--	322,6
OACI	5 años	2004	32,5	--	32,5
OMS	10 años	2003	371,2	252,2	119,0
UPU	No se exige un período de aportaciones	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
UIT	10 años	2004	185,1	--	185,1
OMM	10 años	2002	12,1	1,3	10,8
OMI	10 años	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
OMPI	5 años	1999	43,2	--	43,2
ONUDI	10 años	2000	59,1	--	59,1
OIEA	5 años[67]	2002	80,9	--	80,9
Total			**4.264,4**	**632,3**	**3.632,1**

[64] En su mayoría, los datos son los que figuran en el documento A/60/450 (Informe del Secretario General sobre las obligaciones correspondientes a las prestaciones para servicios médicos después de la separación del servicio y la financiación propuesta).

[65] Reserva actuarial de la UNSMIS para hacer frente a riesgos a largo plazo.

[66] Incluido el PMA.

[67] Los funcionarios que se separan del servicio a los 55 años de edad o más tarde pueden participar en el seguro médico correspondiente siempre que hayan estado afiliados al plan de seguro médico por un mínimo de 5 años. Sin embargo, para poder beneficiarse del subsidio de la organización para el pago de la prima, el funcionario tiene que haber aportado durante un mínimo de 10 años antes de su jubilación. Los funcionarios que se separan del servicio entre los 50 y los 55 años de edad pueden seguir participando en el seguro médico siempre que hayan estado afiliados al plan por un período de 20 años y por un período continuo de 10 años antes de su separación. En este último caso, sólo se hacen acreedores al subsidio de la organización al cumplir los 55 años de edad.

Anexo VII

SEGURO MÉDICO DEL PERSONAL DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS: RESUMEN DE LAS MEDIDAS QUE HAN DE ADOPTARSE EN RELACIÓN CON LAS RECOMENDACIONES

		Naciones Unidas y sus fondos y programas											Organismos especializados y OIEA											
		Naciones Unidas*	**UNCTAD**	**ONUDD**	**PNUMA**	**ONU-hábitat**	**ACNUR**	**OOPS**	**PNUD**	**FNUAP**	**UNICEF**	**PMA**	**OIT**	**FAO**	**UNESCO**	**OACI**	**OMS**	**UPU**	**UIT**	**OMM**	**OMI**	**OMPI**	**ONUDI**	**OMT**	**OIEA**
Informe	**Para la adopción de medidas**	X					X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Para información y examen		X	X	X	X		X																	
Recomendación 1		L					L		L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
Recomendación 2		L																							
Recomendación 3		L					L		L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
Recomendación 4		L					L		L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
Recomendación 5		L					L		L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
Recomendación 6		L																							
Recomendación 7		E											E	E	E	E	E	E			E	E	E	E	E

Leyenda: L: recomendación de adopción de decisiones dirigida a un órgano legislativo. E: recomendación de adopción de medidas dirigida a un jefe ejecutivo. Espacio en blanco: la organización no debe adoptar ninguna medida acerca de esta recomendación.

***** Abarca todas las entidades enumeradas en el documento ST/SGB/2002/11, excepto la UNCTAD, la ONUDD, el PNUMA, la ONU-Hábitat, el ACNUR y el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el cercano Oriente (OOPS).