



Naciones Unidas

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

Informe de la Dependencia Común de Inspección

Preparado por Jesús S. Miranda-Hita



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

Informe de la Dependencia Común de Inspección

Preparado por Jesús S. Miranda-Hita



Naciones Unidas • Ginebra, 2023

Equipo del proyecto

Jesús S. Miranda-Hita, Inspector

Alexandra Capello, Oficial de Evaluación e Inspección (fase inicial)

Kamolmas Jaiyen, Oficial de Evaluación e Inspección

Katharine Mitchell, Auxiliar de investigación

Patrick Nicolas Goergen, Consultor Externo (análisis comparativo de políticas de seguros)

Pasantes de investigación

Krista Tingbrand (de junio a diciembre de 2022)

Yue Su (de septiembre de 2022 a marzo de 2023)

Chu Hui (Esther) Huang (de septiembre de 2022 a marzo 2023)

Lanxi Sun (de marzo a septiembre de 2023)

Ria Octavio (de septiembre a diciembre de 2023)

Shaojie Ma (de agosto de 2023 a enero de 2024)

Resumen

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

I. Introducción y objetivos del examen

El examen de la calidad, la eficacia, la eficiencia y la sostenibilidad de los planes de seguro médico en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas se incluyó en el programa de trabajo de la Dependencia Común de Inspección (DCI) para 2022 con el fin de atender las peticiones de larga data formuladas por el Comité Asesor de Auditoría Independiente de la Secretaría de las Naciones Unidas, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Organización Marítima Internacional (OMI) y la Organización Meteorológica Mundial (OMM). El objetivo general del presente examen es determinar los ámbitos susceptibles de mejora y las buenas prácticas en relación con la transparencia, la calidad del servicio, la coordinación, la armonización, la eficacia, la eficiencia y la sostenibilidad financiera a largo plazo de los planes de seguro médico de las organizaciones participantes en la DCI para sus funcionarios en activo y jubilados. Concretamente, en el examen se evalúan las políticas relativas al seguro médico y su gestión, incluidas las políticas y prácticas de contención de costos, se estudian las perspectivas financieras y presupuestarias, y se analizan las posibilidades de reforzar la coordinación y la cooperación entre organizaciones, en particular la movilidad del personal. A este respecto, el examen ofrece un análisis comparativo de los 25 planes de seguro médico primario y de 1 plan de seguro médico odontológico independiente para funcionarios en activo y jubilados que están directa o indirectamente administrados y copatrocinados por las organizaciones participantes en la DCI (capítulo II), y abarca determinados aspectos relacionados con la eficacia y la eficiencia de esos planes (capítulo III), la idoneidad de la cobertura y la calidad de su administración (capítulo IV), así como la situación de la divulgación y la financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio y sus repercusiones presupuestarias (capítulo V).

El seguro médico es una parte esencial del paquete de remuneración que se ofrece a los funcionarios en activo y los jubilados de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Su cobertura y financiación son cuestiones de interés para todo el sistema y que están sujetas a continuas adaptaciones debido a las tendencias demográficas de los asegurados y al aumento de los costos derivado de los avances tecnológicos y otras novedades en el ámbito de la salud. El número de funcionarios en activo y jubilados asegurados en los planes de seguro médico primario del sistema de las Naciones Unidas pasó de 84.000 personas en 2004 a más de 160.000 a finales de 2022, con un total de más de 440.000 personas afiliadas, si se incluyen los familiares y otras personas a cargo. El costo anual pasó de 296 a 1.200 millones de dólares de los Estados Unidos de América en el mismo período. En conjunto, el costo medio anual del seguro médico para la familia de un funcionario de las Naciones Unidas pasó de 3.536 dólares en 2004 (equivalentes a 5.478 dólares en 2022) a 7.259 dólares en 2022, lo que supone un aumento del 32,5 % en términos reales.

Aunque el derecho a la seguridad social es un elemento del paquete de remuneración del personal, el alcance de su consideración como asunto del “régimen común” es limitado; en parte debido a la falta de coordinación de las políticas y de una orientación común que ha dado lugar a la distinta evolución histórica de los planes de seguro médico, y también debido a las diferentes condiciones de la oferta de servicios de salud en los diversos países y lugares de destino, que han ocasionado importantes

variaciones en la cobertura, el costo y el grado de solidaridad y mutualización de los riesgos para la salud inherentes a cada plan.

II. Principales constataciones y conclusiones

Estudio comparativo de los planes de seguro médico para los funcionarios en activo y jubilados de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas

Como ya señaló la DCI en su anterior informe sobre la cuestión¹, el examen puso de manifiesto que los órganos rectores y los órganos legislativos seguían en general sin desempeñar un papel activo en la formulación de políticas sobre el seguro médico. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas tienen la obligación de establecer un plan de seguridad social para su personal, sin embargo, en todos los casos salvo en uno, los reglamentos se limitan reconocer el derecho a la seguridad social y a delegar en las jefaturas ejecutivas de las organizaciones la plena autoridad para establecer las políticas pertinentes sobre el seguro médico. Esto ha dado lugar a la existencia de 26 planes de seguro médico diferentes en las organizaciones participantes (uno de los cuales es específico para el seguro odontológico). Reconociendo que no es viable contar con un único plan de seguro médico aplicable a todas las organizaciones participantes, el establecimiento de un conjunto mínimo de principios, requisitos o normas para un plan de seguro médico adecuado facilitaría la formulación de políticas y aumentaría la coherencia.

Los 26 planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas pueden clasificarse en función de la entidad que suscribe los riesgos y de la entidad que administra los planes. La primera clasificación se utiliza para establecer una distinción entre los planes de autoseguro y los planes con seguro subcontratado, mientras que la segunda se refiere a los planes autoadministrados, en los que todo el servicio de seguro médico es gestionado por las organizaciones, y a los planes con administración externa, en los que se contrata a una empresa para que preste servicios administrativos. La mitad de los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas son planes de autoseguro o cautivos. Estos planes incluyen al 82 % de todos los asegurados.

La externalización es el modo de administración predominante, incluso para los planes de autoseguro: el 72 % de los beneficiarios está cubierto por planes que cuentan con administración externa. Por otra parte, algo más de la cuarta parte de los asegurados pertenece a alguno de los cuatro planes autoadministrados (y, por tanto, de autoseguro) existentes, todos ellos basados en Ginebra y con una amplia afiliación, desde los casi 13.000 beneficiarios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) hasta los más de 41.000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La principal entidad en cuanto a personas cubiertas por sus planes es la Secretaría de las Naciones Unidas en Nueva York, con cinco planes y casi 150.000 asegurados.

Gobernanza de los planes de seguro médico y participación de los afiliados

La participación de los beneficiarios en la formulación de políticas y la gobernanza de los planes de seguro médico es esencial. En la mayoría de los planes, los representantes de los afiliados en activo y jubilados participan formalmente en la formulación de políticas sobre el seguro médico, aunque el personal de contratación local y los jubilados radicados fuera de los lugares con sede no están suficientemente representados en los comités pertinentes.

¹ [JIU/REP/2007/2](#).

Requisitos de admisibilidad

El conjunto de prestaciones del seguro médico suele depender del contrato y del lugar de destino de los funcionarios. La mayoría de las organizaciones participantes ofrecen un conjunto específico de prestaciones del seguro médico a sus funcionarios en activo que depende de su situación contractual, de si son objeto de contratación internacional o local y de si están radicados en lugares con sede (como Nueva York, Ginebra y Viena).

Los 26 planes de seguro médico aplican distintos requisitos de admisibilidad para los funcionarios, los jubilados y sus familiares y las personas asociadas protegidas. La falta de armonización de los requisitos de admisibilidad, especialmente en el caso de quienes reciben tipos de prima subvencionados de sus organizaciones, genera desigualdad en el acceso a la cobertura del seguro médico de los funcionarios en activo y jubilados y sus familiares, y pone de relieve un uso no equitativo de la financiación pública.

No siempre se reconoce mutuamente sin reservas la afiliación previa en planes de seguro médico en todo el sistema. Aunque todos los planes reconocen el número de años de afiliación del personal en los planes de seguro médico contributivo de otras organizaciones de las Naciones Unidas, la OIT y la OMS exigen que cinco de los diez años necesarios para tener derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio correspondan a sus respectivos planes.

Primas y porcentajes de las aportaciones correspondientes a las organizaciones y a los afiliados

En la mayoría de los planes, la capacidad de pago y el principio de solidaridad intergeneracional inherente a la noción de seguridad social son el fundamento para asignar las primas entre los beneficiarios; de este modo, los funcionarios con remuneraciones más bajas o las familias más numerosas suelen recibir una mayor proporción de las aportaciones de sus organizaciones, mientras que los jubilados y sus familiares a cargo aportan menos, reciben subvenciones más elevadas y pueden percibir reembolsos más altos del seguro médico. Además, el principio de equivalencia o causalidad de costos, que suele caracterizar a las primas de los seguros comerciales privados, también se incluye en algunos planes mediante el uso de primas con tasa uniforme en valores absolutos, como en el caso de los Planes Básicos de Seguro Médico de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA). El plan de seguro médico de la Unión Postal Universal (UPU) es el único que recauda aportaciones con tasa uniforme basadas exclusivamente en la edad de los afiliados.

El nivel de las aportaciones de las organizaciones a las primas del seguro médico se sitúa entre el 50 % y el 75 % en todos los planes, y la mitad de ellos ofrece un mayor nivel de subvención a los jubilados que a los funcionarios en activo, reforzando así el principio de solidaridad intergeneracional implícito en la noción de seguro o mutualización de los riesgos para la salud. Sin embargo, en algunas organizaciones, en general, el personal sufraga una proporción del costo del seguro más elevada que la propia organización, como en el caso del Plan de Seguro Médico/Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio de la FAO, el Plan Mundial de las Naciones Unidas de la Secretaría de las Naciones Unidas, para los funcionarios en activo, y los dos planes de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) para los jubilados.

En cuanto a las disparidades en las aportaciones del personal, mediante un estudio comparativo de casos de seis lugares de destino, el examen comprobó que, en un mismo lugar de destino, el costo del seguro médico para el personal de contratación internacional en la misma categoría podía variar en un factor de hasta 2,5, en función del plan, y que podía variar en un factor de hasta 4 en el caso del personal de contratación local, lo que indicaba que funcionarios que trabajaban en las mismas circunstancias recibían un trato diferente únicamente, o en general, en función de su afiliación a un plan de seguro médico determinado. Esta situación, junto con otros factores como las diferencias de cobertura, va

claramente en contra del objetivo de un régimen común que evite la competencia nociva entre las organizaciones del sistema cuando contraten personal y que, además, ofrezca iguales condiciones de trabajo a los empleados en el mismo lugar de destino, independientemente de su empleador.

Cobertura y prestaciones

A efectos del examen, se seleccionaron 11 aspectos esenciales para comparar el nivel de cobertura y las prestaciones de los distintos planes: a) elección de los proveedores de atención de salud y cobertura geográfica; b) cobertura financiera y protección frente a gastos catastróficos mediante la adopción de medidas para limitar las pérdidas y disposiciones para caso de dificultades; c) atención ambulatoria general y productos farmacéuticos; d) hospitalización; e) fisioterapia; f) atención preventiva para adultos; g) atención óptica y odontológica; h) atención de salud mental; i) salud reproductiva, planificación familiar y tratamientos de la infertilidad; j) pediatría preventiva; y k) cuidados a largo plazo.

Todos los planes permiten a sus afiliados la libre elección de los proveedores de atención de salud, aunque algunos planes, especialmente los concebidos para los afiliados de América del Norte, ofrecen importantes prestaciones preferentes a quienes acuden a los proveedores participantes en su red. En cuanto a la cobertura geográfica, los planes creados para los funcionarios en activo y jubilados de todo el mundo, independientemente de su situación en materia de contratación, ofrecen cobertura mundial, aunque muchos prevén una cobertura limitada en los Estados Unidos de América debido a los elevados costos médicos. Los planes concebidos específicamente para el personal de contratación local, como los Planes de Seguro Médico de la Secretaría de las Naciones Unidas, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el ACNUR y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ofrecen una cobertura limitada o nula fuera de los lugares de destino o de residencia de los afiliados en circunstancias normales.

Los límites anuales de reembolso varían de forma sustancial entre los distintos planes en el mismo lugar de destino e incluso en la misma organización para distintos beneficiarios. En cuanto a los gastos de hospitalización, la mayoría de los planes cubre el 100 % del costo de una habitación semiprivada o de una cama en un pabellón común, pero en algunos lugares de destino, especialmente en Europa y América del Norte, puede establecerse una cantidad máxima de reembolso como medida de contención de costos.

En el caso de la fisioterapia, el nivel de prestaciones varía de forma considerable entre los distintos planes, incluidos los tipos de atención que quedan cubiertos. En lo relativo a la atención preventiva, cuatro planes no ofrecen ninguna cobertura o solo ofrecen cobertura a los familiares a cargo, o bien no contienen una disposición específica para los reconocimientos físicos de rutina; en el caso de los planes que incluyen tales procedimientos, el nivel de cobertura varía mucho a pesar de que la medicina preventiva no solo es aconsejable por motivos médicos, sino que también forma parte integrante del derecho a la salud en el sentido más amplio y es una vía para contener los costos a largo plazo.

La cobertura de los dispositivos ópticos y de la atención odontológica también varía de forma considerable entre los diversos planes. La salud mental es otro ámbito en el que existen grandes divergencias de cobertura entre los planes. En cuanto a la terapia psiquiátrica y la psicoterapia en régimen ambulatorio, los planes ofrecidos por el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), la Oficina de las Naciones Unidas en Viena, la Secretaría de las Naciones Unidas (plan Aetna), la ONUDI y la Organización Mundial del Turismo (ONU Turismo) no imponen una cantidad máxima de reembolso para los funcionarios en activo y los jubilados, y sus planes no prevén límites financieros en general. Los dos planes establecidos por la FAO y el PMA para su personal de contratación local fuera de la sede ofrecen la cobertura financiera más baja, ya que su límite anual para la terapia psiquiátrica y la psicoterapia ambulatorias está fijado en 800 dólares.

Aunque los 25 planes que cuentan con esta cobertura ofrecen una protección similar para los gastos relacionados con la maternidad, la mayoría del 80 %, la cobertura de la planificación familiar también es dispar y sería conveniente una mayor armonización. En el caso de los tratamientos de la infertilidad médicamente necesarios, 17 planes ofrecen una cobertura variable, mientras que 8 no ofrecen cobertura alguna.

En general los cuidados a largo plazo no están cubiertos por el seguro médico y siguen constituyendo una necesidad no atendida. Los cuidados a largo plazo suelen estar cubiertos por una póliza de seguro independiente y no forman parte del conjunto de prestaciones del seguro médico. De los 25 planes de seguro médico examinados, solo 8 incluyen algún tipo de cobertura de los cuidados a largo plazo.

El examen no detectó limitaciones ni exclusiones específicas de la cobertura por motivos de edad, raza, género, orientación sexual o cualquier otra característica personal.

Protección de los datos del personal relacionados con la salud

Todos los administradores externos y los aseguradores comerciales a los que recurren los planes de seguro médico están basados en los Estados Unidos o en Europa, lo que les obliga a cumplir la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, en el primer caso, o el Reglamento General de Protección de Datos, en el segundo. Sin embargo, el nivel de madurez de las políticas de protección de datos varía de forma considerable entre las organizaciones participantes.

Eficacia y eficiencia de los planes de seguro médico

Ejecución financiera de los planes de seguro médico

Por término medio, las aportaciones de las organizaciones empleadoras para los funcionarios en activo fueron superiores en un 17 % a las realizadas por estos beneficiarios, y superaron en un 83 % la cantidad aportada por los jubilados. Las aportaciones por asegurado, tanto de los beneficiarios como de sus empleadores o antiguos empleadores, ascendieron en total a 3.079 dólares en 2022. En el caso de los funcionarios en activo y sus familiares a su cargo, las aportaciones alcanzaron un total de 845,7 millones de dólares, mientras que en el de los jubilados y sus familiares esa cantidad ascendió a 367,5 millones de dólares. Por consiguiente, la suma total anual de las aportaciones fue de 1.200 millones de dólares.

El promedio de las tasas de siniestralidad total² de todos los planes sobre los que se facilitaron datos alcanzó el 88,1 % en 2022, lo que indica un buen equilibrio entre aportaciones y gastos. Las tasas de siniestralidad³ de los 25 planes sobre los que se disponía de información completa fueron en promedio del 83,1 %.

De los 21 planes sobre los que se disponía de información pertinente, 14 tenían una tasa de reembolso efectiva (parte de los gastos médicos que asume efectivamente el asegurador) superior al 80 %. El valor más alto corresponde al plan de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) (88,8 %). En cuanto a la tasa de autocobertura financiera (la parte del costo de las necesidades de atención de salud, incluidas las primas, que asumen los propios beneficiarios), siete planes registraban tasas inferiores al 50 %, lo que indicaba que sus planes cubrían más de la mitad del costo real de los servicios de salud anuales necesarios. Las subvenciones para los jubilados (equivalentes al 61 % de sus costos médicos y del seguro médico) duplicaban los correspondientes a los funcionarios en activo.

² [(gastos médicos + gastos administrativos) x 100/aportaciones].

³ [gastos médicos x 100/aportaciones].

Prevención y control del fraude

Las organizaciones participantes en la DCI notificaron 226 casos presuntos y resueltos de fraude al seguro médico entre 2019 y 2022, con una cantidad total por fraude de 2,2 millones de dólares, de los cuales se han recuperado aproximadamente 142.000 dólares hasta la fecha. Los datos disponibles indican que, en los sistemas mundiales de atención de salud, el fraude representa entre el 3,3 % y el 10 % del gasto por ese concepto. En el caso de los planes de seguro médico de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, la cuantía total de los reembolsos ascendió a 1.050 millones de dólares en 2022, y la cantidad notificada como fraude fue muy inferior a la de otros planes.

Los administradores del seguro médico de las Naciones Unidas utilizan numerosas herramientas para detectar y prevenir el fraude, desde la imposición de límites a los pagos en efectivo hasta muestreos aleatorios de las solicitudes de reembolso, incluido el uso de indicadores para señalar posibles fraudes. En el caso de los cuatro planes autoadministrados, los tomadores del seguro establecen su propio sistema para vigilar los posibles fraudes y elaborar medidas destinadas a minimizar el riesgo de fraude, mientras que los planes con administración externa dependen para ello de los aseguradores o los administradores externos.

Los funcionarios que han cometido un fraude al seguro médico detectado a través del sistema de investigación de su organización se enfrentan a distintas medidas disciplinarias en función de la organización, que no siempre se basan en el principio de proporcionalidad a la gravedad de la falta.

Contención de costos

La mayoría de los administradores de planes no cuenta con un plan de acción claro para la contención de costos. En general, los aseguradores o los administradores externos no suelen notificar los ahorros financieros (o los costos evitados) como resultado de sus medidas de contención de costos. Además, el examen no encontró pruebas de que se hubieran obtenido resultados tangibles de la recomendación formulada en 2018 por el Grupo de Trabajo interinstitucional sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio de que “en el contexto de las reuniones entre organismos bajo los auspicios del Comité de Alto Nivel sobre Gestión [debían seguirse] considerando todas las vías para contener el costo del seguro médico” ni tampoco de que se hubiera producido esa colaboración interinstitucional en todo el sistema.

Dado que es necesaria una mayor participación de las organizaciones patrocinadoras, se propone reforzar el papel de su función de auditoría en la contención de costos, la detección del fraude y la mejora general de las políticas y prácticas sobre el seguro médico.

Adquisiciones

Aparte de la colaboración interinstitucional existente e histórica en materia de adquisiciones conjuntas, por ejemplo, la cooperación entre los administradores de los Planes de Seguro Médico, la colaboración interinstitucional y el intercambio de buenas prácticas y enseñanzas sobre adquisiciones en el ámbito del seguro médico y su administración han sido escasos desde que el Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio recomendó que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas negociaran de forma colectiva con los proveedores de esos servicios y estudiaran la posibilidad de ajustar a las mejores prácticas sus requisitos para los administradores externos; esas prácticas incluían el logro de la armonización en diversos aspectos esenciales, por ejemplo, los indicadores clave del desempeño, la metodología de fijación de precios, la presentación de informes y los controles y las auditorías. En las entrevistas, varios administradores de planes señalaron las dificultades de esa tarea debido a la falta de experiencia interna y de acceso a buenos ejemplos de otras organizaciones.

Idoneidad y calidad de los servicios

En el marco del examen se llevó a cabo una encuesta en línea a gran escala entre el 4 de mayo y el 20 de junio de 2023, que, una vez finalizada, recibió respuestas de 23.163 personas, lo que representa el 14,7 % del total de funcionarios en activo y jubilados asegurados. En el cuestionario se pedía a los encuestados su opinión sobre: a) el grado en que su plan de seguro médico había satisfecho sus necesidades de atención de la salud; b) el acceso a la atención de la salud y otros servicios conexos en su lugar de trabajo o de residencia; y c) la calidad y eficacia de la administración de su plan de seguro médico.

De los 11 ámbitos de cobertura sobre los que se preguntó en la encuesta, la hospitalización, la atención ambulatoria y la atención preventiva fueron los mejor valorados, ya que con frecuencia satisfacían “totalmente” o “en general” las necesidades de los encuestados. Por otra parte, los cuidados a largo plazo, la atención de la salud mental⁴ y la atención oftalmológica recibieron el menor número de respuestas positivas, junto con otros ámbitos que merecen especial atención, como la atención ambulatoria para el personal de contratación local, los problemas de salud relacionados con discapacidades físicas y los medicamentos para enfermedades crónicas, la fisioterapia, los reconocimientos médicos completos de rutina, la atención odontológica y la atención de la salud reproductiva.

El nivel de acuerdo de los encuestados con la eficacia del mecanismo de resolución de controversias en relación con las solicitudes de reembolso varía de forma sustancial entre los distintos planes. Solo entre el 43 % y el 51 % de los encuestados asegurados en los planes de la Secretaría de las Naciones Unidas basados los Estados Unidos, los Planes de Seguro Médico del ACNUR y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), y el plan de la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas contra Enfermedad y Accidentes de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, indicó que sus mecanismos de resolución de controversias⁵ en relación con las solicitudes de reembolso eran eficaces, frente al 94 % de los encuestados asegurados en el plan de ONU Turismo y el 83 % de los encuestados en el plan del OIEA. Aunque más del 80 % de los encuestados estaba satisfecho con la facilidad para presentar las solicitudes de reembolso, el grado de satisfacción con la eficacia de su tramitación variaba entre los distintos planes, incluso cuando tenían el mismo administrador externo.

Alrededor del 67 % de los encuestados estaba satisfecho por la rapidez con la que recibieron sus reembolsos; los funcionarios de contratación local encuestados se mostraron mucho menos satisfechos (63 %) que sus homólogos de contratación internacional (73 %). Comparando los planes, los encuestados asegurados en el Plan de Seguro Médico del ACNUR fueron los menos satisfechos (34 %).

Divulgación, financiación y repercusiones presupuestarias del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio

La introducción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) como estándar contable para las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas ha representado un gran avance en términos de exhaustividad y transparencia de sus estados financieros y, en particular, de la visibilidad del pasivo asociado al derecho a la atención de la salud después de la jubilación de los funcionarios, que se adquiere de forma progresiva a lo largo de su vida laboral. Sin embargo, por importante que sea, el reconocimiento del pasivo no basta ante la persistente falta de financiación.

⁴ Véase también “Examen de las políticas y prácticas de salud mental y bienestar en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas” para consultar un estudio exhaustivo de las políticas y prácticas conexas (JIU/REP/2023/4).

⁵ Para un análisis exhaustivo de los mecanismos formales de resolución de controversias en las organizaciones participantes en la DCI, véase “Examen de los mecanismos internos de apelación en la fase precontenciosa a disposición del personal de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas” (JIU/REP/2023/2).

En 2018 se elaboró un enfoque de valoración común a todo el sistema para garantizar la coherencia entre las organizaciones al determinar el pasivo a largo plazo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio. Además de algunas hipótesis específicas de cada plan, la mayoría de las organizaciones participantes en la DCI siguen el mismo conjunto de hipótesis actuariales básicas para determinar su respectivo pasivo por ese concepto, lo que permite realizar una comparación válida de la contabilización del pasivo en todo el sistema y en el exterior.

En diciembre de 2021, el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio ascendía a 20.300 millones de dólares; 5 organizaciones participantes representaban dos tercios del total mientras que 11 representaban el 90 %. Más de una cuarta parte del pasivo total corresponde a la Secretaría de las Naciones Unidas.

Si bien el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio ha figurado en el orden del día de los órganos rectores, la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación (JJE) y los auditores externos como una cuestión de interés para todo el sistema desde el decenio de 1990, la financiación de ese pasivo sigue siendo un objetivo que no se alcanzado, pues solo se ha financiado el 31 %. La Secretaría de las Naciones Unidas, la OIT y la OMS representan el 61 % del total del pasivo no financiado (14.000 millones de dólares), mientras que el PNUD, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la UNOPS, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) y el PMA han financiado de forma total o parcial su pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio en un porcentaje cercano o superior al 85 %; 5 organizaciones (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), UNICEF, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), OMS y FAO) han acumulado una reserva de entre el 40 % y el 60 % de su pasivo; y 4 (OMI, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), ACNUR y OMPI) entre el 20 % y el 40 %. Las 13 organizaciones participantes restantes no han reservado fondos importantes para este fin.

La elección del método de capitalización no es solo una cuestión de buena gestión financiera o de sostenibilidad financiera a largo plazo, sino también de transparencia y eficacia en los debates legislativos sobre el presupuesto. Hay dos razones para ello: a) el hecho de no incluir en la presupuestación la nueva parte de los costos a largo plazo del seguro médico posterior a la separación del servicio que surgirá cada año equivale a retirar de la propuesta y los debates presupuestarios un costo que es inevitable; y b) esta falta de transparencia y el desajuste entre los costos y las actividades programáticas crean una ilusión fiscal de liberación de recursos para otros programas presupuestarios, desplazan las prioridades o necesidades presupuestarias del presente al futuro o viceversa, o simplemente dejan las aportaciones por debajo del nivel que correspondería a los costos reales (de no haber un cambio de prioridades).

III. Recomendaciones

A. Recomendaciones formales

A continuación figuran las recomendaciones, con el número de párrafo correspondiente en el presente informe.

Recomendación 1

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

representados en su comité asesor, de administración o de supervisión del plan de seguro médico (párr. 43).

Recomendación 2

Las jefaturas ejecutivas de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que aún no lo hayan hecho deberían estudiar, antes de finales de 2026, la posibilidad de abandonar la práctica de subvencionar las primas de los familiares secundarios a cargo, los familiares que no están a cargo y los miembros del hogar sin parentesco, así como la práctica de mutualizar sus riesgos con los de los afiliados primarios (párr. 59).

Recomendación 3

Las jefaturas ejecutivas de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que aún no lo hayan hecho deberían velar por que, antes de finales de 2026, el derecho de los familiares de los funcionarios a acceder al seguro médico posterior a separación del servicio esté condicionado a un período mínimo de cinco años de afiliación a un plan de seguro médico contributivo de las Naciones Unidas, sin perjuicio de excepciones debidamente justificadas basadas en acontecimientos vitales (párr. 68).

Recomendación 4

La Asamblea General de las Naciones Unidas debería pedir a la Comisión de Administración Pública Internacional que proponga directrices para aumentar la coherencia en la aplicación de los principios de solidaridad intergeneracional, capacidad de pago y protección de la familia en los planes de seguro médico copatrocinados por las organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas (párr. 77).

Recomendación 5

Para finales de 2026, las jefaturas ejecutivas de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que aún no lo hayan hecho deberían velar por que se otorgue el máximo nivel de protección a todos los datos relacionados con el seguro médico de los beneficiarios, incluidos los informes médicos, las recetas, las pruebas y las cantidades reembolsadas, y que la divulgación, la transmisión, el tratamiento y el almacenamiento de los datos personales relacionados con el seguro médico estén sujetos al consentimiento por escrito de la persona interesada y que toda posible excepción se indicara de forma inequívoca en las políticas pertinentes (párr. 123).

Recomendación 6

A partir de 2026, las jefaturas ejecutivas de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que aún no lo hayan hecho deberían asegurar que las contribuciones voluntarias cubran el futuro pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio correspondiente al personal que trabaje en programas o proyectos financiados con cargo a esas contribuciones a medida que se vaya devengando (párr. 224).

Recomendación 7

Los órganos legislativos y/o rectores de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que aún no hayan aprobado un plan para financiar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio a medida que se devengue para los puestos financiados con cargo a las cuotas deberían establecer una estrategia a largo plazo con ese fin, al menos para cubrir el futuro pasivo por ese concepto de todo el personal recién contratado (párr. 234).

B. Recomendaciones informales

Las recomendaciones formales se completan con 33 recomendaciones informales, que se indican en negrita en el texto, como sugerencias adicionales para las jefaturas ejecutivas. A continuación figuran estas recomendaciones indicativas con el número de párrafo correspondiente en el presente informe y el contexto necesario, según proceda.

1. (La difusión insuficiente de las condiciones del plan viene a sumarse a la complejidad inherente del seguro médico.) **El Inspector propone que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que administren un plan de seguro médico velen por que la información sobre la cobertura y las prestaciones del plan, incluidas las limitaciones y los límites máximos, se pongan a disposición del público en línea (párr. 31).**

2. (No siempre se reconoce mutuamente sin reservas la afiliación previa en planes de seguro médico en todo el sistema. La OIT y la OMS exigen que 5 de los 10 años requeridos para tener derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio pertenezcan a sus respectivos planes.) El Inspector considera que tal precaución es contraria a la necesidad de cumplir y reforzar las políticas de movilidad interinstitucional y de luchar contra el edadismo. **Por consiguiente, el Inspector recomienda que se suprima esta restricción (párr. 63).**

3. (Sobre la utilización de una cantidad distinta de las pensiones reales para calcular las aportaciones de los jubilados.) **El Inspector sugiere que, siempre que se disponga de datos, se utilicen las pensiones reales (o una proporción uniforme de las mismas) y no una variable sustitutiva como base para calcular las aportaciones de los jubilados a sus respectivos planes de seguro médico, a fin de ajustar mejor esas aportaciones a la capacidad de pago de los jubilados (párr. 78).**

4. (Armonización del número de años que se tiene en cuenta al estimar la pensión teórica utilizada para calcular las aportaciones de los jubilados, como forma de reducir la parte de las primas que corresponde a las organizaciones participantes en el caso de los jubilados con una afiliación contributiva los planes limitada.) **Por consiguiente, el Inspector sugiere que al calcular las aportaciones se tome en consideración, además de la capacidad de pago (idealmente, la pensión real), la necesidad de minimizar las subvenciones excesivas a los jubilados cuya afiliación contributiva al plan mientras estuvieron en activo fue escasa (párr. 82).**

5. **El Inspector considera también que el derecho a la seguridad social y, en particular, al seguro médico requiere que, como mínimo, las organizaciones asuman la mitad del costo de los planes (párr. 88).**

6. (Algunos funcionarios que trabajan en las mismas circunstancias reciben un trato diferente basado únicamente, o en general, en su afiliación a un determinado plan de seguro.) **El Inspector sugiere que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas coordinen sus actividades en los lugares de destino para evitar, en la medida de lo posible, disparidades en las aportaciones y la cobertura (párr. 92).**

7. **El Inspector sugiere que las organizaciones participantes adapten sus políticas y contratos de seguro médico a fin de asegurar que las disposiciones para limitar las pérdidas o para casos de dificultad financiera se basen en un principio de apoyo financiero equivalente para todos los afiliados y que el apoyo se conceda únicamente cuando exista una dificultad financiera real en términos que guarden relación con la capacidad de pago de la persona asegurada (párr. 100).**

8. **El Inspector sugiere que los planes de seguro médico patrocinados por las Naciones Unidas proporcionen cobertura para la atención preventiva, incluidos los reconocimientos médicos completos de rutina (párr. 106).**

9. (Varios planes permiten arrastrar al año siguiente las cantidades no gastadas en dispositivos ópticos.) **En opinión del Inspector, esta práctica debería sustituirse por una cobertura anual suficiente para hacer frente a las necesidades médicas reales**

cuando se presenten, manteniendo así la correlación temporal entre las aportaciones y la cobertura del riesgo y evitando que los beneficiarios se vean obligados a postergar la compra de los dispositivos necesarios hasta haber acumulado el crédito máximo disponible (párr. 107).

10. (En un mismo lugar de destino, el nivel de cobertura financiera varía de forma sustancial entre los distintos planes.) **El Inspector recomienda que las diferencias entre límites máximos en un mismo lugar de destino se reduzcan o eliminen progresivamente con carácter prioritario mediante la coordinación y armonización de las políticas (párr. 108).**

11. Si bien, debido a su diferente naturaleza, el Inspector desaconseja que los cuidados a largo plazo se incluyan en las políticas o los planes de seguro médico, sugiere que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas colaboren con los representantes de los funcionarios en activo y jubilados con miras a establecer un plan de seguro separado que cubra estos tipos de riesgos y cuidados de manera coordinada y asequible (párr. 116).

12. El Inspector recomienda que se mantenga una separación clara de funciones entre las dependencias de recursos humanos y las funciones de tramitación de las solicitudes de reembolso y las reclamaciones al seguro médico para garantizar el máximo nivel de protección de los datos personales de salud y del seguro médico (párr. 121).

13. Se sugiere que, independientemente de la modalidad de prestación del servicio (autoadministrado o externalizado), las organizaciones reafirmen su empeño en supervisar la prestación del servicio de seguro médico y que lo hagan de forma sistemática y mensurable (párr. 130).

14. (Las cartas de servicio al cliente las publican los aseguradores o los administradores externos, no la administración.) **El Inspector sugiere que las cartas de servicio al cliente sean elaboradas y publicadas por las propias organizaciones, con independencia de la forma en que se presten los servicios del seguro médico (párr. 131).**

15. (Los cuatro planes de autoseguro y autoadministrados tienen objetivos relacionados con el servicio al cliente menos completos que los planes que cuentan con administración externa.) **Si bien todos ellos son buenos ejemplos de objetivos centrados en el cliente, el Inspector propone que se hagan operativos mediante indicadores clave del desempeño pertinentes (párr. 132).**

16. (Los indicadores clave del desempeño se utilizan para supervisar el desempeño, aunque con una calidad y exhaustividad variables.) **En opinión del Inspector, estos indicadores constituyen una buena práctica que debería reproducirse y posiblemente armonizarse en todos los planes, con independencia de su modalidad, y formar parte de las cartas de servicios al cliente, según proceda (párr. 133).**

17. Teniendo en cuenta que los costos del seguro médico son cofinanciados tanto por los funcionarios en activo como por los jubilados y que el seguro médico es un elemento esencial de sus derechos de seguridad social, es indispensable que los afiliados reciban informes periódicos, independientemente de la entidad que administre el plan (párr. 134).

18. El Inspector sugiere que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas se pongan en contacto con los aseguradores o los administradores externos para solicitarles información periódica sobre la ejecución financiera de sus planes, de modo que puedan evaluar sus resultados y utilizarlos para promover cambios en las políticas y los contratos cuando proceda (párr. 141).

19. (Los pagos en efectivo a los proveedores de servicios de salud y las farmacias deberían limitarse estrictamente a las cantidades razonables y habituales del país de residencia, ya que cuanto mayor sea la cuantía, menor será su repercusión en la prevención del fraude.) **El Inspector sugiere que se actualicen y reduzcan los límites impuestos a los pagos en efectivo siempre que sea posible para todos los tipos de seguro médico (párr. 153).**

20. (Muestreo aleatorio de solicitudes de reembolso para detectar casos fraudulentos sobre la base de unos umbrales establecidos.) **El Inspector propone que se examine periódicamente la eficacia de estos umbrales para garantizar que son válidos y dan los resultados previstos (párr. 154).**

21. El Inspector sugiere que se utilicen indicadores para vigilar el riesgo de fraude, pero los indicadores que vinculan la probabilidad de fraude al sueldo del beneficiario deberían suprimirse y sustituirse por otros que reflejen mejor los riesgos en cuestión (párr. 155).

22. En el caso de los planes autoadministrados, el Inspector recomienda que sus programas de trabajo no descuiden la importancia de impartir formación sobre la prevención y detección del fraude al personal que interviene en la tramitación de las solicitudes de reembolso, y que los planes se mantengan actualizados o adopten las últimas tecnologías de detección del fraude, incluidas las herramientas de inteligencia artificial generativa (párr. 156).

23. (Las medidas disciplinarias deben ser proporcionales a la gravedad de la falta de conducta, al tiempo que se mantiene el derecho a la seguridad social.) **El Inspector recomienda que las sanciones impuestas en los casos de fraude al seguro médico, al igual que en cualquier otro fraude o falta de conducta, se establezcan siempre en función de la gravedad de la falta, de conformidad con los estatutos y reglamentos del personal pertinentes (párr. 158).**

24. (El Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio formuló en 2018 la recomendación de que “en el contexto de las reuniones entre organismos bajo los auspicios del Comité de Alto Nivel sobre Gestión se sigan considerando todas las vías para contener el costo del seguro médico”.) **El Inspector sugiere que las organizaciones participantes revitalicen las reuniones entre organismos con miras a aplicar esa recomendación (párr. 159).**

25. El Inspector recomienda que se realicen auditorías periódicas para evaluar, entre otras cosas, la exactitud de los registros de admisibilidad y la resolución de las solicitudes de reembolso, y si la actuación del administrador se ajusta a las normas convenidas (párr. 166).

26. (Una buena práctica detectada en el examen es la inclusión en algunos contratos de una cláusula que exige que el contratista esté certificado en el ámbito de la gestión del riesgo de fraude, así como de disposiciones para llevar a cabo auditorías de los sistemas de control interno del asegurador o el administrador externo.) **El Inspector sugiere que los acuerdos contractuales de los planes que cuentan con aseguradores o administradores externos se revisen siempre que sea posible para incorporar esas condiciones y garantizar que su facultad de auditoría se ejerza de forma eficaz (párr. 167).**

27. El Inspector propone que las organizaciones participantes reevalúen la cobertura de sus planes de seguro médico a fin de colmar las lagunas más importantes y ajustar su cobertura a los modelos actuales de forma progresiva y sostenible, siempre en estrecha consulta con los representantes de los afiliados para cerciorarse de que se tienen en cuenta sus prioridades y la estabilidad financiera de los planes. Los ámbitos de particular atención, según la encuesta global de la DCI, deberían ser: la atención ambulatoria, especialmente para el personal de contratación local; los cuidados a largo plazo; los problemas de salud relacionados con las discapacidades físicas y los medicamentos para enfermedades crónicas; la fisioterapia; los reconocimientos médicos completos de rutina; la atención odontológica; la atención oftalmológica; la salud mental; y la atención de la salud reproductiva (párr. 187).

28. (Los niveles de satisfacción con la eficacia en la tramitación de las solicitudes de reembolso por los administradores externos varían de forma considerable entre los distintos planes, incluso cuando cuentan con el mismo administrador externo.) **El Inspector sugiere que se armonicen en todo el sistema los acuerdos de prestación de servicios, así como la supervisión y la presentación de informes al respecto (párr. 195).**

29. (Los entrevistados de contratación local en la encuesta mundial de la DCI están mucho menos satisfechos con la rapidez de los reembolsos que sus homólogos de contratación internacional.) **El Inspector propone que las organizaciones interesadas revisen sus políticas y prácticas de concesión de anticipos o pagos directos para agilizar los procesos y evitar dificultades financieras indebidas a los beneficiarios, en particular en situaciones de emergencia y en relación con la hospitalización y los cuidados a largo plazo (párr. 196).**

30. (Solo el 52 % estimaba que el administrador de su seguro médico tenía conocimientos sobre la cobertura relacionada con la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y las características sexuales.) **El Inspector considera que esto señala un ámbito susceptible de mejora en la formación del personal que trabaja en las relaciones con los clientes. Por lo tanto, sugiere que los administradores aborden este asunto de manera habitual en sus programas de formación (párr. 201).**

31. **Para evitar la planificación anticipada de la utilización de ahorros como parte del mecanismo de financiación del seguro médico posterior a la separación del servicio, el Inspector recomienda que todas las posibles asignaciones de fondos no gastados a efectos de ese seguro médico sean aprobadas por el órgano legislativo competente según las necesidades (párr. 222).**

32. (La transparencia presupuestaria es tan importante como la transparencia de los estados financieros.) **Se recomienda divulgar el costo total y real de la fuerza de trabajo y tenerlo en cuenta en cada ciclo presupuestario al decidir las prioridades presupuestarias (párr. 229).**

33. (La aplicación del método de capitalización es independiente de cualquier ajuste del seguro médico.) **El Inspector considera que tomar disposiciones para sufragar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio a medida que se devengan las prestaciones no debería supeditarse a la formulación y aprobación de modificaciones de las políticas sobre el seguro médico (párr. 233).**

Índice

	<i>Página</i>
Resumen.....	iii
Abreviaciones.....	xviii
Glosario de términos clave.....	xix
I. Introducción.....	1
A. Contexto.....	1
B. Objetivos y alcance.....	3
C. Efectos previstos.....	4
D. Metodología.....	4
II. Estudio comparativo de los planes de seguro médico de los funcionarios en activo y jubilados.....	7
A. Las políticas sobre el seguro médico y su armonización con los estatutos del personal.....	7
B. Modalidad, administración y gobernanza del plan.....	10
C. Requisitos de admisibilidad.....	16
D. Primas y porcentajes de las aportaciones correspondientes a las organizaciones y a los afiliados.....	24
E. Cobertura y prestaciones.....	35
F. Protección de los datos médicos y relacionados con la salud del personal.....	42
III. Eficacia y eficiencia de los planes de seguro médico.....	45
A. Supervisión de los objetivos y el desempeño de los planes de seguro médico y presentación de informes al respecto.....	45
B. Ejecución financiera de los planes de seguro médico.....	49
C. Prevención del fraude, contención de costos y adquisiciones.....	55
IV. Idoneidad y calidad de los servicios.....	63
A. Cobertura y costos.....	63
B. Acceso a la atención de la salud.....	70
C. Calidad de la administración del seguro médico.....	72
V. Divulgación, financiación y repercusiones presupuestarias del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio.....	78
A. Situación de la divulgación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio.....	78
B. Financiación y presupuestación del seguro médico posterior a la separación del servicio...	82
Anexos	
I. Requisitos para afiliarse a un plan de seguro médico.....	96
II. Indicadores clave del desempeño extraídos de acuerdos de prestación de servicios concertados con administradores externos.....	99
III. Sinopsis de las propuestas del Secretario General sobre el seguro médico posterior a la separación del servicio.....	104
IV. Sinopsis de las medidas que han de adoptar las organizaciones participantes en relación con las recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección.....	108

Abreviaciones

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
DCI	Dependencia Común de Inspección
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
IPSAS	Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público
ITC	Centro de Comercio Internacional
JJE	Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación
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
ONU Turismo	Organización Mundial del Turismo
ONUDI	Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ONU-Hábitat	Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
ONU-Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UIT	Unión Internacional de Telecomunicaciones
UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
UNRWA	Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente
UPU	Unión Postal Universal

Glosario de términos clave

Antiselección	La antiselección, también denominada selección adversa, es un término utilizado en el sector de los seguros para describir una situación en la que el interés de una persona por suscribir un seguro guarda una correlación positiva con el riesgo de pérdida y el asegurador no puede prever esta correlación en el precio del seguro. Esto puede desestabilizar el consorcio de seguros y dar lugar a un aumento de las primas para todos los tomadores del seguro.
Coaseguro	El coaseguro es un porcentaje de los servicios médicos recibidos que debe asumir el asegurado (por ejemplo, el 20 % de los honorarios de consulta).
Plan de seguro comercial	En un plan de seguro comercial los riesgos y la administración se han subcontratado a una compañía de seguros privada. La estructura de los planes que tienen un seguro médico comercial es la de una organización de proveedores preferidos, una sociedad de seguro médico o una combinación de ambas modalidades. La principal diferencia entre estos dos tipos de planes es que una sociedad de seguro médico exige a los pacientes que acudan a los proveedores y centros de la red si quieren que el seguro cubra los gastos, mientras que una organización de proveedores preferidos permite que los pacientes utilicen servicios fuera de la red.
Aportación	Se entiende por aportación la parte de la prima del seguro que paga cada una de las partes, es decir, los beneficiarios y la organización empleadora responsable de prestar el seguro, ya sea de forma directa o a través de un asegurador externo.
Copagos	Los copagos son cantidades fijas que los beneficiarios deben abonar para contribuir al costo de los servicios médicos recibidos (por ejemplo, 20 dólares por consulta).
Franquicia deducible	Una franquicia deducible es la cantidad que una persona asegurada debe abonar de forma directa por los servicios de atención de salud admisibles antes de que el plan de seguro empiece a cubrir los costos.
Gastos directos	Los gastos directos son gastos por concepto de atención médica que no son reembolsados por un plan de seguro médico. Suelen incluir las franquicias deducibles, el coaseguro y los copagos.
Prima	Una prima es el costo de la cobertura del seguro, que incluye las aportaciones de los empleadores, los trabajadores y los jubilados.
Plan de autoseguro	El seguro médico en régimen de autoseguro es un tipo de plan en el que el empleador asume el riesgo financiero que supone ofrecer prestaciones de atención de la salud a sus empleados.
Administrador externo	Un administrador externo es una entidad que tramita las solicitudes de reembolso del seguro y se ocupa de la administración diaria de los planes de autoseguro, incluido el servicio de atención al asegurado.

I. Introducción

A. Contexto

1. Justificación

1. **El seguro médico y su financiación como cuestión de interés para todo el sistema.** El examen de la calidad, la eficacia, la eficiencia y la sostenibilidad de los planes de seguro médico en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas se ha incluido en el programa de trabajo de la Dependencia Común de Inspección (DCI) para 2022 con el fin de atender las peticiones de larga data formuladas por el Comité Asesor de Auditoría Independiente de la Secretaría de las Naciones Unidas (2021), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2021), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2019), la Organización Marítima Internacional (OMI) (2018) y la Organización Meteorológica Mundial (OMM) (2018). El seguro médico y su financiación es una cuestión de interés para todo el sistema¹ —si bien no es plenamente un asunto del régimen común—, que ha figurado en el orden del día de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas de forma continuada a lo largo de los decenios y que está sujeta a continuas adaptaciones debido a las tendencias demográficas de los asegurados y al aumento de los costos derivado de los avances tecnológicos y otras novedades en materia de salud.

2. **El seguro médico del personal es una condición de servicio de enorme importancia.** El seguro médico ha sido una parte esencial del paquete de remuneración ofrecido al personal de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas desde la creación de las Naciones Unidas en 1945 e incluso en una fecha anterior, como en el caso de la Caja del Seguro de Salud del Personal de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que se creó en diciembre de 1922, antes incluso de que se hubiera aprobado la primera norma internacional del trabajo sobre el “seguro de enfermedad”. Sin embargo, aunque el seguro médico del personal es una condición de servicio que reviste enorme importancia y es el tercer elemento más importante y costoso del paquete de remuneración en el sistema de las Naciones Unidas, después de los sueldos y prestaciones y las pensiones, el alcance de su consideración como asunto del “régimen común” es limitado, en parte debido a la falta de coordinación de las políticas y de una orientación común que ha dado lugar a la distinta evolución histórica de cada plan, y también debido a las diversas condiciones de oferta de los servicios de salud en los distintos países o lugares de destino y a los perfiles demográficos de las organizaciones. En consecuencia, a lo largo del tiempo, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas han aprobado diversos planes de seguro médico, con importantes variaciones en cuanto a su cobertura, costo, requisitos de admisibilidad y grado de solidaridad y mutualización de los riesgos para la salud inherentes a cada plan². La Comisión de Administración Pública Internacional reconoció esta diversidad de políticas como una práctica establecida y no como un objetivo³.

3. **La seguridad social: no solo es un derecho del personal sino también un derecho humano.** La seguridad social se estableció como un derecho humano fundamental en la Declaración relativa a los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo y en la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) de la OIT. Este derecho está consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el Pacto

¹ Véase [CEB/2002/5](#).

² En su 23^{er} período de sesiones, celebrado en marzo de 1962, la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto escuchó un informe provisional de la OMS sobre la experiencia adquirida en relación con su plan mundial de seguro de enfermedad. La Comisión acordó que cualquier organización podría elaborar un plan similar, pero no debería apartarse mucho del plan de la OMS, para no menoscabar la posibilidad de un futuro plan común. No obstante, diez años más tarde, en un período extraordinario de sesiones celebrado en julio de 1972, la Comisión concluyó que no era viable elaborar un único plan mundial interinstitucional (véase <https://unsceb.org/health-insurance>).

³ “United Nations common system of salaries, allowances and benefits”, febrero de 2022, pág. 13, disponible en <https://icsc.un.org/Resources/SAD/Booklets/sabeng.pdf>.

Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define así el derecho a la salud “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este derecho abarca, según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el acceso a establecimientos y servicios de salud adecuados, es decir, apropiados desde el punto de vista científico y médico, y de buena calidad, incluidos medicamentos y equipo, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos, y con aportaciones basadas en el principio de equidad⁴. En consecuencia, el derecho a la salud va más allá de la disponibilidad formal de un seguro médico y requiere la prestación efectiva de servicios adecuados de salud física y mental, con independencia del lugar de destino.

2. Principales novedades desde el examen de la cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas realizado por la DCI en 2007

4. **Aumento del número de funcionarios asegurados e incremento de los costos del seguro médico.** El número de funcionarios en activo y jubilados asegurados en los planes de seguro médico primario de las organizaciones participantes en la DCI pasó de 84.000 personas en 2004 a más de 160.000 a finales de 2022⁵. El costo anual pasó de 296 millones de dólares⁶ en 2004 a 1.200 millones de dólares en 2022⁷. En total, el costo medio anual para la familia de un funcionario de las Naciones Unidas pasó de 3.536 dólares en 2004 (o un equivalente de 5.478 dólares en 2022, teniendo en cuenta la inflación) a 7.259 dólares en 2022, lo que supone un aumento del 32,5% en términos reales.

5. **Las modificaciones de las leyes y las pautas de comportamiento influyen en el cambio de las necesidades y demandas relacionadas con el seguro médico.** En los últimos decenios, el promedio de edad de las madres al dar a luz a su primer hijo ha aumentado en todo el mundo y las personas deciden fundar una familia en una etapa más tardía de su vida. En los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), por ejemplo, entre 1995 y 2016, la media de edad del primer nacimiento aumentó casi tres años en promedio, de 26,0 a 28,9 años⁸, mientras que en los Estados Unidos de América pasó de 24,9 años en 2000 a 27,3 años en 2021⁹. Esto ha aumentado la demanda de atención de la salud relacionada con la fecundidad. Asimismo, más de 30 países han legalizado el matrimonio entre personas del mismo sexo. Muchos cónyuges del mismo sexo están ahora asegurados en planes de seguro médico administrados por las Naciones Unidas. El avance de la tecnología médica, por ejemplo, la disponibilidad de la telesalud y otros servicios basados en Internet, incluso en relación con la administración de los seguros médicos, también influye en los cambios de política y operacionales de los planes de seguro médico.

6. **Debido a la introducción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) se presta mayor atención al pasivo devengado por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio.** La introducción de las IPSAS como estándar contable para las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas ha supuesto un gran avance en términos de exhaustividad y transparencia de sus estados financieros y, en particular, de visibilidad del pasivo asociado al derecho a la atención de la salud después de la jubilación del personal de esas organizaciones, que se adquiere progresivamente a lo largo de su vida laboral. Sin embargo, por importante que sea, el reconocimiento del pasivo no basta ante la persistente falta de financiación, que conlleva tanto un creciente desequilibrio

⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

⁵ La cifra de 2004 no incluía a los afiliados del ACNUR (10.170 personas en 2022) ni de la Organización Mundial del Turismo (ONU Turismo) (260 personas en 2022).

⁶ Es decir, el equivalente a 459 millones de dólares en 2022, teniendo en cuenta la inflación.

⁷ La cifra de 2004 no incluía los costos anuales del ACNUR (19,6 millones de dólares en 2022) ni de ONU Turismo (1,7 millones de dólares en 2022).

⁸ OCDE, *Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators* (Paris, OECD Publishing, 2019).

⁹ T. J. Matthews y Brady E. Hamilton, “Mean age of mother, 1970-2000”, National Vital Statistics Reports, vol. 51, núm. 1 (Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 2002); y Michelle J. K. Osterman y otros, “Births: final data for 2021”, National Vital Statistics Reports, vol. 72, núm. 1 (Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 2023).

financiero que influye de forma negativa en la situación financiera de las organizaciones, como un mayor riesgo presupuestario que puede repercutir a largo plazo en la ejecución de los mandatos si no se aportan fondos oportunamente.

7. **El establecimiento de un Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio ha contribuido a orientar la introducción de cambios esenciales en las políticas y las prácticas.** A petición de la Asamblea General, la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión de la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación (JJE) estableció en 2015 un Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio encargado de estudiar las prácticas de ese seguro médico e incluso algunos aspectos importantes de las políticas sobre seguros en el sistema de las Naciones Unidas, y de examinar opciones para financiar de manera sostenible el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio. Sus conclusiones y recomendaciones, incluidas las relativas a las modalidades de financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio y a las valoraciones estandarizadas de ese pasivo, ofrecieron orientaciones y buenas prácticas a las organizaciones participantes y sirvieron de referencia para el presente examen¹⁰.

B. Objetivos y alcance

1. Objetivos

8. **Evaluación independiente de los planes de seguro médico para encontrar oportunidades de aumentar su eficiencia.** La finalidad y el objetivo general del examen es efectuar, a nivel de todo el sistema, una evaluación comparativa e independiente de los 26 planes de seguro médico para los funcionarios en activo¹¹ y jubilados de las organizaciones participantes, centrándose en su cobertura y calidad, eficacia, eficiencia y sostenibilidad financiera, con miras a detectar buenas prácticas y posibles ámbitos de mejora y estandarización.

9. **El examen también tiene por objeto encontrar oportunidades para lograr una mayor armonización.** Aunque no es viable ni deseable contar con un plan universal único, en el examen se estudian los aspectos esenciales del seguro médico en los que puede lograrse una mayor armonización; esto permitiría que la cobertura del seguro médico fuera más equitativa y asequible para todos. Para ello, en el examen se evalúan las políticas y la gestión de los seguros, incluidas las políticas y prácticas de contención de costos, se estudian las perspectivas financieras y presupuestarias, y se analizan las posibilidades de reforzar la coordinación y la cooperación entre organizaciones, en particular en relación con la movilidad del personal.

2. Alcance y enfoque

10. **El examen incluye a todas las organizaciones participantes en la DCI.** El examen se llevó a cabo a nivel de todo el sistema e incluyó a todas las organizaciones participantes en la DCI, es decir, la Secretaría de las Naciones Unidas, sus departamentos y oficinas, los fondos y programas de las Naciones Unidas, otros órganos y entidades de las Naciones Unidas, los organismos especializados de las Naciones Unidas, además del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).

11. **Se centra en los planes de seguro médico primario copatrocinados y administrados por las organizaciones participantes.** En cuanto a las políticas sobre seguros, se han examinado a fondo todos los planes de seguro médico primario vigentes en el momento de la elaboración del presente informe y administrados y copatrocinados por las organizaciones participantes en la DCI. Sin embargo, el examen no abarca los planes nacionales (Austria, Canadá, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Estados Unidos) a los que pueden acceder los funcionarios y jubilados residentes en esos países.

¹⁰ En el anexo III del presente informe se ofrece más información.

¹¹ Se consideran funcionarios en activo aquellos que cuentan con un nombramiento de plazo fijo, continuo o temporal, tanto de contratación internacional como de contratación local.

También se han excluido del examen los planes de seguro médico complementario ofrecidos por algunas organizaciones participantes.

12. **El examen no incluye el seguro médico para el personal que no es de plantilla.** El presente examen solo incluye los planes de seguro para los funcionarios en activo y jubilados, así como para sus familiares a cargo reconocidos oficialmente y los que no están a cargo. Por consiguiente, quedan excluidos los planes de seguro médico destinados al personal que no es de plantilla o al personal en licencia especial sin sueldo y en situaciones similares.

13. **Marco temporal.** El marco temporal del examen abarca el período comprendido entre 2018 y 2022, y varía en función de las cuestiones analizadas.

14. **Principales ámbitos de análisis.** El examen se centra en los cuatro ámbitos principales de análisis que se describen en el cuadro 1.

Cuadro 1

Principales ámbitos de análisis del examen

<i>Ámbito de análisis</i>	<i>Alcance</i>
Políticas sobre el seguro médico	Análisis comparativo de las modalidades, la cobertura, las exclusiones, las limitaciones, las aportaciones y los derechos de transferibilidad.
Eficacia y eficiencia	Evaluación de los principales aspectos de la eficacia (objetivos, cartas de servicios e indicadores clave del desempeño) y la eficiencia (ejecución financiera, prevención del fraude, contención de costos y adquisiciones).
Calidad del servicio	Análisis de las opiniones de los afiliados sobre la cobertura, el acceso a la atención de la salud y la eficacia de la administración de su plan de seguro médico.
Divulgación, financiación y repercusiones presupuestarias del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio	Situación de la divulgación del pasivo; valoraciones independientes; armonización de las hipótesis financieras y demográficas; situación y fuentes de la financiación; y repercusiones presupuestarias a largo plazo de las actuales estrategias de financiación.

Fuente: Elaborado por la DCI.

C. Efectos previstos

15. **Mejora de la transparencia, la eficiencia, la eficacia, la calidad y la sostenibilidad.** Los efectos previstos son una mejora de la visibilidad de las buenas prácticas en todo el sistema y la introducción de reformas importantes en la organización y la gestión, destinadas a aumentar la transparencia, la eficiencia, la eficacia, la calidad y la sostenibilidad de los servicios del seguro médico prestados a los funcionarios en activo y jubilados. Además, el examen aporta ideas para una mayor armonización o coordinación de las distintas modalidades de prestación del seguro médico, y propuestas para mejorar la transferibilidad de los derechos del seguro médico a fin de facilitar la movilidad interinstitucional de los funcionarios en activo.

D. Metodología

16. **Contenido del informe.** Tras este capítulo de introducción, el capítulo II se centra en un estudio comparativo de los planes de seguro médico para los funcionarios de las Naciones Unidas en activo y jubilados; el capítulo III está dedicado al análisis de la eficacia y eficiencia de esos planes, por ejemplo, la supervisión de los objetivos del plan y la presentación de informes al respecto, la ejecución financiera, la prevención del fraude y la contención de costos, así como las adquisiciones y la gestión de contratos con administradores externos y

aseguradores comerciales; el capítulo IV se centra en la calidad del servicio mediante el análisis de las respuestas a una encuesta mundial del personal realizada en 2023; y en el capítulo V se examinan y analizan la situación de la divulgación, la financiación y las repercusiones presupuestarias a largo plazo del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio.

17. **Métodos de recopilación de datos.** De conformidad con las normas internas y los procedimientos de trabajo de la DCI, en el presente examen se utilizó una serie de métodos de recopilación de datos cualitativos y cuantitativos procedentes de distintas fuentes para garantizar la coherencia, la validez y la fiabilidad de las constataciones. Si bien no fue posible verificar la exactitud de una parte de la información facilitada por las organizaciones participantes y recopilada mediante entrevistas con los encargados de las funciones competentes y los representantes de los funcionarios y los jubilados, el equipo trianguló y revisó la información reunida para comprobar su coherencia interna y su racionalidad, cuando fue necesario, y solicitó de forma sistemática más información o aclaraciones en los casos pertinentes.

18. **Herramientas de investigación.** La información utilizada en la elaboración del presente informe estaba actualizada al 30 de septiembre de 2023 e incluía lo siguiente:

- Un examen de los documentos y la bibliografía pertinentes. El equipo llevó a cabo un examen amplio de los documentos de políticas y gestión oportunos, que incluía: todas las políticas de seguro médico copatrocinadas y los contratos conexos con aseguradores o administradores externos; informes del Secretario General y de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto sobre la gestión del seguro médico posterior a la separación del servicio, y resoluciones de la Asamblea General al respecto; los estados financieros auditados y las valoraciones actuariales del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio presentados por las organizaciones participantes; y diversa documentación facilitada por las asociaciones y los representantes de los funcionarios en activo y los jubilados. El equipo también consultó documentos y sitios web pertinentes de instituciones de los sectores público y privado, así como bibliografía sobre el seguro médico.
- Cuestionarios. Se facilitó a las 28 organizaciones participantes en la DCI un cuestionario institucional en el que se solicitaban datos cualitativos y cuantitativos y documentación justificativa. El cuestionario incluía 68 preguntas sobre los cinco ámbitos siguientes: a) los reglamentos y las políticas relativos al seguro médico; b) la eficacia y eficiencia de las políticas y su administración; c) la calidad del servicio; d) la divulgación, la financiación y las repercusiones a largo plazo del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio; y e) información de seguimiento a las recomendaciones formuladas por la DCI en su informe anterior¹².
- Encuesta mundial del personal. Se preparó una encuesta mundial para todos los funcionarios en activo y jubilados que se benefician de planes de seguro médico patrocinados por sus organizaciones empleadoras, con el fin de recabar su opinión sobre aspectos esenciales de la cobertura, por ejemplo, la salud mental, asistencia sanitaria relacionada con la afirmación de género y la enfermedad por coronavirus (COVID-19), así como sobre la calidad de los servicios administrativos y el acceso a la atención de salud en sus lugares de destino. Se recibieron 23.163 respuestas, lo que representa el 14,7 % del total de funcionarios en activo y jubilados afiliados a los planes de seguro médico examinados.
- Entrevistas. Sobre la base de las respuestas al cuestionario institucional, entre febrero y agosto de 2023, el equipo realizó en total 48 entrevistas (16 presenciales y 32 virtuales) con 147 personas que representaban a las organizaciones participantes que administran los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas, las asociaciones pertinentes de funcionarios y jubilados, la Comisión de

¹² [JIU/REP/2007/2](#).

Administración Pública Internacional y la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas.

- Tras las entrevistas, se enviaron a los administradores de los planes solicitudes de información de seguimiento, entre otras cosas, sobre la demografía y la ejecución financiera de los planes, a fin de que pudieran completar la información requerida.
- Estudios de casos. Como parte del examen, se realizaron estudios de casos para comparar la cuantía de las aportaciones a las primas del seguro médico como porcentaje de los sueldos de funcionarios con la misma categoría y el mismo escalón en los mismos lugares de destino, pero que estaban asegurados en diferentes planes de seguro médico. Para los estudios de caso se eligieron seis lugares de destino (Bangkok, Brasilia, El Cairo, Ginebra, Juba y Nairobi).

19. **Revisión por pares interna y control de la calidad externo.** De conformidad con el artículo 11.2 del Estatuto de la Dependencia Común de Inspección y a efectos de aseguramiento de la calidad, el proyecto de informe se sometió a una revisión por pares interna para obtener comentarios de todos los Inspectores de la DCI con el fin de someter las recomendaciones a la prueba del juicio colectivo de la Dependencia. A continuación, el informe revisado se distribuyó a las organizaciones examinadas para que corrigieran posibles datos erróneos y formularan observaciones sobre los resultados, las conclusiones y las recomendaciones. El informe se finalizó teniendo en cuenta todos los comentarios recibidos, aunque la responsabilidad final del examen incumbe exclusivamente al autor.

20. **Limitaciones.** Al no estar disponible la herramienta de encuesta necesaria, que estaba siendo sustituida por otra plataforma en el momento en que estaba previsto iniciar la encuesta, esta tuvo que aplazarse en diversas ocasiones. Además, el progreso del proyecto se vio obstaculizado por la falta intermitente de recursos humanos esenciales, desde su inicio en mayo de 2022 hasta finales de diciembre del mismo año.

21. **Garantías éticas.** El examen se llevó a cabo de conformidad con el Estatuto de la DCI y su reglamento interno. Se tuvo debidamente en cuenta la protección de la confidencialidad de los interesados que respondieron al cuestionario institucional, participaron en entrevistas y completaron la encuesta en línea. En el cumplimiento de sus obligaciones profesionales y éticas, el equipo no estuvo sometido a ninguna influencia externa que pudiera haber condicionado su independencia, imparcialidad, neutralidad o integridad profesional durante las fases de planificación, ejecución y redacción del presente informe.

22. **Recomendaciones.** El presente informe contiene 7 recomendaciones formales, 2 de las cuales (recomendaciones 4 y 7) van dirigidas a los órganos legislativos y rectores, y 5 a las jefaturas ejecutivas de las organizaciones participantes en la DCI. La aplicación oportuna y eficaz de las recomendaciones dirigidas a las jefaturas ejecutivas se vería ampliamente facilitada mediante el apoyo explícito de los órganos legislativos y rectores, así como su seguimiento junto con las jefaturas ejecutivas para verificar la aplicación. Las recomendaciones formales se completan con 33 recomendaciones informales, que son sugerencias para introducir nuevas mejoras y se indican en negrita en el informe. A fin de facilitar la consulta del informe, la aplicación de las recomendaciones y su seguimiento, en el anexo IV se indica si las recomendaciones requieren la adopción de medidas o se formulan únicamente para información.

23. **Agradecimientos.** El Inspector y el equipo desean expresar su agradecimiento a todos los funcionarios de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y a los representantes de las asociaciones de los funcionarios en activo y jubilados, así como a otras organizaciones que colaboraron en la elaboración del presente informe, en particular quienes respondieron al cuestionario institucional y a la encuesta en línea y participaron en las entrevistas y en la preparación de las respuestas a las solicitudes de información de seguimiento, aportando de buen grado sus conocimientos, experiencia y opiniones.

II. Estudio comparativo de los planes de seguro médico de los funcionarios en activo y jubilados

24. En este capítulo se presentan las principales conclusiones de un estudio comparativo de los 26 planes de seguro médico para los funcionarios en activo y jubilados administrados por las organizaciones participantes en la DCI, con el objetivo de poner de relieve las similitudes y, de ser el caso, señalar las posibles deficiencias y las oportunidades para aumentar la transparencia, la coordinación y la cooperación, la coherencia y la armonización, así como la eficiencia. La sección A se refiere a las políticas pertinentes de las organizaciones participantes en la DCI que rigen la concesión de prestaciones del seguro médico al personal; en la sección B se ofrece una visión general de cómo se organizan y administran estos planes de seguro médico; la sección C contiene un examen de los requisitos de admisibilidad para los funcionarios en activo y para el seguro médico posterior a la separación del servicio, incluida la admisibilidad de los familiares a cargo, los miembros de la familia y otras personas asociadas; en la sección D figura un examen de los porcentajes de las aportaciones a las primas del seguro médico correspondientes a los afiliados y a sus organizaciones; y en la sección E se comparan las prestaciones y la cobertura del seguro médico que ofrecen todos los planes.

25. En el análisis que se presenta a continuación, los resultados se evalúan teniendo en cuenta, entre otras cosas, los tres grandes principios consagrados en el régimen común de las Naciones Unidas, a saber, la necesidad de: a) evitar graves desigualdades en los términos y condiciones de empleo; evitar la competencia en la contratación de personal; y c) facilitar el intercambio de personal entre las organizaciones del régimen común¹³.

A. Las políticas sobre el seguro médico y su armonización con los estatutos del personal

26. **Los órganos de rectores y legislativos siguen en general sin desempeñar un papel activo en la formulación de políticas sobre el seguro médico.** Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas tienen la obligación de establecer un plan de seguridad social para su personal, que incluya disposiciones sobre la protección de la salud, como prevén sus respectivos estatutos del personal y otros instrumentos jurídicos. Sin embargo, en todos los casos excepto en uno, los estatutos se limitan al reconocimiento del derecho a la seguridad social y a la delegación en las jefaturas ejecutivas de las organizaciones de la plena autoridad para formular las políticas sobre el seguro médico pertinentes, como en el caso, por ejemplo, de la cláusula 6.2¹⁴ del Estatuto del Personal de las Naciones Unidas, que se limita a establecer que “El Secretario General establecerá un sistema de seguridad social para el personal, con disposiciones en materia de protección de la salud”¹⁵.

¹³ Véase https://www.un.org/Depts/OHRM/salaries_allowances/common.htm.

¹⁴ ST/SGB/2018/1. Las organizaciones que aplican el Estatuto y Reglamento del Personal de las Naciones Unidas son el Centro de Comercio Internacional (ITC), la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat), el ACNUR, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) y la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres).

¹⁵ Un contenido similar puede encontrarse en otros instrumentos jurídicos que regulan el derecho a la seguridad social en las organizaciones participantes que no aplican el Estatuto y Reglamento del Personal de las Naciones Unidas, como la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (“El Director General establecerá un sistema de seguro social para el personal” y los jubilados con derecho a ello, así como sus familiares a cargo reconocidos por la Organización “incluyendo disposiciones para la protección de la salud”); la OIT (“La Caja del Seguro de Salud del Personal de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) ... tiene por finalidad asegurar, dentro de los límites prescritos por los presentes Estatutos y su Reglamento Administrativo, el reembolso de los gastos que las personas que protege se vieran obligadas a hacer para la protección de

27. **En consecuencia, sigue coexistiendo una gran variedad de planes.** El Inspector observa que la cláusula 6.2 de las Naciones Unidas y los estatutos equivalentes de las demás organizaciones participantes en la DCI solo presentan un amplio compromiso de las organizaciones de prever la protección de la salud. Por ello, el derecho a la seguridad social puede hacerse efectivo de muchas maneras diferentes y en distintos grados. Esto ha dado lugar a la existencia de 26 planes de seguro médico distintos en las organizaciones participantes en la DCI, como observó la Dependencia en su anterior informe sobre la cuestión¹⁶, en el que ya señalaba una “falta de supervisión por los Estados Miembros al establecerse los planes de seguro médico en todo el sistema de las Naciones Unidas”, en claro contraste con el papel que desempeñan los Estados Miembros “en la fijación de las escalas de sueldos y otras prestaciones como las pensiones”.

28. **Las divergencias entre los distintos planes no siempre se basan en razones de peso.** Un argumento habitual contra la aplicación de un enfoque único a un plan de seguro médico para todo el sistema de las Naciones Unidas es que las organizaciones del sistema tienen mandatos diferentes, operan en zonas geográficas diferentes y su personal (y jubilados) tiene perfiles de riesgo y necesidades de atención de salud diferentes, lo que exigiría requisitos de admisibilidad y cobertura diferenciados y, por tanto, primas y aportaciones diferenciadas. Aunque en algunos casos durante el examen se encontraron razones de peso (por ejemplo, el costo y la disponibilidad de atención de salud varían mucho en función del lugar de destino o de residencia), en otros no fue posible hallarlas, ya que la única razón aducida por los entrevistados fue que las diferencias eran consecuencia de las trayectorias divergentes de los planes a lo largo del tiempo. Es muy probable que esto se deba a la falta de orientaciones coordinadas a nivel de todo el sistema, es decir, a la falta de supervisión de los Estados Miembros al establecer esas políticas en todo el sistema, como ya señaló la DCI en 2007. Un caso excepcional digno de mención a este respecto es el del OIEA, ya que en virtud de la regla 8.03 de su Estatuto del Personal el Director General debe solicitar “la aprobación de la Junta de Gobernadores” con el fin de establecer un plan de seguro médico para el personal del Organismo¹⁷.

29. **Es posible observar iniciativas encomiables para armonizar o coordinar algunos aspectos de los planes de seguro médico, pero se puede hacer más.** La Secretaría de las

su salud, y en especial para atención médica en caso de enfermedad, accidente o maternidad, así como para la atención médica preventiva personal.”); la OMI (“El Secretario General establecerá un sistema de seguridad social para el personal, con disposiciones en materia de protección de la salud”); la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) (“el Secretario General establecerá un plan de seguridad social para el personal con disposiciones sobre protección de la salud del personal”); la UNESCO (“El Director General establecerá un sistema de seguros sociales para el personal, tomando, entre otras, las disposiciones necesarias para la protección de la salud”); la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) (“El Director General establecerá un plan de seguridad social para el personal, que incluya disposiciones relativas al seguro médico”); ONU Turismo (“El Secretario General concertará con una compañía de seguros acreditada un plan de seguro médico, que incluya disposiciones relativas a la protección de la salud”); la Unión Postal Universal (UPU) (“A reserva de las condiciones previstas en el Reglamento del Personal, el Director General establecerá un plan de seguridad social para los funcionarios, que incluya disposiciones relativas a la protección de la salud”); la OMS (“El Director General establecerá un sistema de seguros sociales para el personal, tomando, entre otras, las disposiciones necesarias para la protección de la salud”); la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) (“Además de lo dispuesto de conformidad con la cláusula 6.1, el director/la directora general establecerá un régimen de seguridad social para los funcionarios y otros empleados de la OMPI designados por la Oficina Internacional, que contendrá, en particular, disposiciones relativas a la protección de la salud”); y la OMM (“El Secretario General establecerá un sistema de seguridad social para el personal, con disposiciones relativas a la protección de la salud”).

¹⁶ JIU/REP/2007/2.

¹⁷ La regla 8.03 del Estatuto del Personal del OIEA dispone que: “El Director General, previa aprobación de la Junta de Gobernadores podrá establecer un régimen de seguros para cubrir los gastos de asistencia médica y de hospitalización de los funcionarios que no estén suficientemente protegidos por los seguros nacionales de enfermedad; y al efecto podrá crear un fondo con recursos del Organismo, o contratar tal servicio con una empresa comercial. La participación en dicho régimen podrá ser obligatoria para todos los funcionarios, a quienes se podrá exigir también que tomen a su cargo la totalidad o parte de los gastos que ocasione”.

Naciones Unidas, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el ACNUR y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se reúnen periódicamente en un grupo de trabajo para debatir la posible armonización de sus Planes de Seguro Médico. Asimismo, los administradores del plan de autoseguro con sede en Ginebra —OIT, Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y OMS— colaboran periódicamente para negociar precios preferenciales con los proveedores de servicios de salud de Ginebra e intercambiar información sobre cualquier modificación de las políticas sobre el seguro médico, mientras que la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) se ha adherido recientemente al plan de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y ha suspendido su propio plan de seguro comercial. Las organizaciones con sede en Viena —OIEA, Oficina de las Naciones Unidas en Viena/Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI)— debatieron e intercambiaron sus experiencias acerca de la administración de planes totalmente comerciales, aunque no de forma sistemática. Por otra parte, desde el anterior examen de la DCI sobre la cuestión realizado en 2007, se han puesto en marcha cuatro nuevos planes de seguro médico, lo que ha creado nuevas divergencias. Uno es un nuevo plan de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) concebido para su personal de contratación local sobre el terreno, y los otros dos corresponden al Programa Mundial de Alimentos (PMA), que ha decidido abandonar los dos planes administrados por la FAO y poner en marcha el suyo propio. La Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) también ha creado su propio Plan de Seguro Médico para el personal de contratación local sobre el terreno, y ha abandonado el Plan de Seguro Médico del PNUD.

30. **No se ha establecido un conjunto mínimo de principios, requisitos o normas para el plan de seguro médico patrocinado por las Naciones Unidas.** El Inspector reconoce que actualmente no es viable contar con un único plan de seguro médico aplicable al sistema de las Naciones Unidas y que no podría ser eficaz ni adecuado para satisfacer las distintas necesidades o preferencias del personal. Sin embargo, no se ha establecido un conjunto mínimo de principios, requisitos o normas para determinar la idoneidad de un plan de seguro médico. Estas orientaciones no solo facilitarían la formulación de las políticas y la mejora de la coherencia, sino que también ayudarían a determinar si los 26 planes de seguro médico existentes cumplen de forma adecuada el compromiso adquirido en virtud de los reglamentos y normas pertinentes, aunque son breves y a menudo concisos. Mediante un análisis comparativo de los aspectos esenciales de estos planes de seguro médico, entre ellos, los requisitos de admisibilidad, el nivel de las prestaciones y la cobertura, y las normas para la fijación de primas, en el presente examen se subrayan tanto las coincidencias como las divergencias entre esos planes que podrían permitir comprender sus diferencias y respaldar una mayor armonización, si se considera factible¹⁸ y aconsejable.

31. **La difusión insuficiente de las condiciones del plan viene a sumarse a la complejidad inherente del seguro médico.** Además del compromiso de prever la atención de salud del personal, el Inspector observó que el público no disponía con facilidad de información detallada y fácil de comprender sobre la mayoría de los planes de seguro médico. Es posible que los futuros funcionarios no se percaten de que el nivel de cobertura y prestaciones del plan de seguro médico que recibirán como parte de su paquete de remuneración tal vez no satisfaga de forma adecuada sus necesidades y las de sus familiares a cargo. Para las organizaciones participantes, esto inhibe todo intento de comparar y mejorar sus planes de seguro médico obstaculizando una posible armonización. De los 26 planes de seguro médico examinados, solo los 9 administrados por la OIT, la Secretaría de las Naciones Unidas, el PNUD y la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) están disponibles en línea. **Por consiguiente, el Inspector propone que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que administren un plan de seguro médico velen por que la información sobre la cobertura y las prestaciones del plan, incluidas las limitaciones y los límites máximos, se pongan a disposición del público en línea.**

¹⁸ El grado de libertad en la formulación de políticas sobre el seguro médico es siempre limitado debido a los riesgos legales vinculados a la posible repercusión de las modificaciones que afectan a los derechos adquiridos de los afiliados (A/68/353, párrs. 59 y ss.; A/68/550, párr. 22; y A/70/590, párrs. 29 y ss.).

B. Modalidad, administración y gobernanza del plan

1. Modalidad del plan y gestión de las solicitudes de reembolso

32. **Existen tres modalidades de seguro y administración.** Los 26 planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas pueden clasificarse en función de la entidad que asume los riesgos financieros conexos y en función de la entidad que tramita las solicitudes y los reembolsos. La primera clasificación se utiliza para establecer una distinción entre los planes de autoseguro y los planes con seguro subcontratado, mientras que la segunda se refiere a los planes autoadministrados, en los que todo el servicio de seguro médico es gestionado por la propia organización, y a los planes administrados por terceros, en los que se contrata a una empresa externa para que preste servicios administrativos. por ejemplo: tramitar la afiliación, la baja y las variaciones de beneficiarios; gestionar las solicitudes de reembolso y los reembolsos; proporcionar información al tomador del seguro (la organización) sobre la gestión general, el control y los resultados del plan; y facilitar el acceso a su red de proveedores de atención de salud. Las modalidades de prestación de servicios son las siguientes:

- Planes de autoseguro y autoadministrados.
- Planes de autoseguro con administración externa.
- Planes con seguro subcontratado, que siempre conllevan una administración externa, habitualmente por el asegurador.

33. **La gran mayoría de los asegurados se acoge a un plan de autoseguro.** La mitad de los planes de seguro médico de las Naciones Unidas son planes de autoseguro o cautivos, en los que las organizaciones suscriben todos los riesgos relacionados con los costos de la atención de la salud, lo que suele ser más barato y eficiente. Además, los planes de autoseguro no tienen fines de lucro y, por lo tanto, no tienen que ofrecer rendimiento financiero por el desempeño de la actividad aseguradora, algo que sí tendrían que hacer los planes con administración externa. Los planes de autoseguro tienen en total 365.303 beneficiarios, es decir, el 82 % del conjunto de los asegurados afiliados a los 26 planes examinados (447.869 personas)¹⁹ en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

34. **En la Secretaría de las Naciones Unidas, el 99 % de los funcionarios en activo y los jubilados están cubiertos por planes de autoseguro.** En la Secretaría de las Naciones Unidas, tres entidades gestionan sus propios planes, a saber: la Secretaría de las Naciones Unidas en Nueva York, con sus cinco planes de autoseguro y administración externa (148.899 afiliados); la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, que gestiona el segundo mayor plan de autoseguro autoadministrado del sistema, con más de 36.000 afiliados; y la Oficina de las Naciones Unidas en Viena/UNODC, cuyo plan, que atiende a 2.710 beneficiarios, se ha externalizado²⁰.

35. **Los planes de autoseguro suelen ser de mayor tamaño que los externalizados.** Los planes de autoseguro tienden a ser de mayor tamaño; 11 de los 13 planes de este tipo tienen más de 10.000 afiliados cada uno, y 9 tienen más de 25.000, lo que responde sobre todo a la necesidad de disponer de una masa crítica suficiente tanto para gestionar de forma adecuada los riesgos como, en el caso de los planes autoadministrados, para poder absorber el costo de la administración del plan. En valores absolutos, el mayor plan es el Plan Mundial de las Naciones Unidas de la Secretaría de las Naciones Unidas, (61.665 afiliados), administrado por Cigna²¹.

36. **La externalización es el modo de administración predominante, incluso para los planes de autoseguro.** Los afiliados a planes que cuentan con administración externa representan el 72 % del total de los asegurados. Por otra parte, algo más de la cuarta parte de los asegurados pertenece a alguno de los cuatro planes autoadministrados (y, por tanto, de

¹⁹ No se incluye el número de afiliados al plan Cigna Dental de la Secretaría de las Naciones Unidas para evitar un doble cómputo.

²⁰ El tomador del seguro es la ONUDI.

²¹ En total, Cigna administra 17 de los 26 planes, que abarcan a 307.512 personas, el 64 % del total. Cigna es también el asegurador de 10 de esos planes.

autoseguro) existentes, todos ellos²² basados en Ginebra y con una amplia afiliación, desde los 13.000 beneficiarios de la OIT hasta los más de 41.000 de la OMS. La mayor entidad en términos de personas cubiertas por sus planes es la Secretaría de las Naciones Unidas en Nueva York, con 148.899 asegurados (33 % del total) en cinco planes, todos ellos de autoseguro y con administración externa.

37. **Los planes de seguros comerciales suelen ser de menor tamaño.** A excepción del Plan de Seguro Médico del PMA, con más de 40.000 afiliados, y el Plan Básico de Seguro Médico de la FAO, con casi 16.000 usuarios, los planes de seguros totalmente comerciales, en los que están aseguradas 82.566 personas (el 18 % del total), tienden a ser de menor tamaño, con una media de 6.353 afiliados. De estos 13 planes externalizados, 9 tienen menos de 5.000 asegurados y 6 tienen 1.000 o menos. La principal razón por la que estos planes tienen un seguro subcontratado es su tamaño y su insuficiente masa crítica para mancomunar los riesgos, lo que puede dar lugar, entre otras cosas, a una incapacidad para hacer frente a posibles tensiones financieras derivadas de las variaciones anuales del gasto debidas a una morbilidad inesperada o a solicitudes de reembolso excepcionalmente elevadas.

38. **Algunas organizaciones cuentan con más de un plan, mientras que otras se suscriben a planes establecidos por terceros.** De las organizaciones participantes en la DCI, solo 17 son tomadores del seguro en planes de seguro médico²³ mientras que las 11 restantes²⁴ han asegurado a sus funcionarios en activo y jubilados en uno de los nueve planes que también cubren a los miembros de otras organizaciones²⁵. Se trata de una buena práctica, habitualmente relacionada con las economías de escala resultantes de la mancomunidad de riesgos y de unos recursos administrativos compartidos, como ejemplifica la UIT, cuyo personal está asegurado desde 2020 en la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas contra Enfermedad y Accidentes. Las organizaciones que ofrecen planes de seguro múltiple suelen hacerlo para adaptarse a las condiciones específicas del mercado en el que operan. Por ejemplo, la Secretaría de las Naciones Unidas cuenta con planes separados para asegurados dentro y fuera de los Estados Unidos. Asimismo, 8 planes de seguro médico están concebidos específicamente para el personal de contratación local fuera de los lugares con sede.

39. El cuadro y la figura siguientes presentan la distribución detallada de los planes de seguro médico de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en función de sus modalidades de seguro y administración.

²² La Caja del Seguro de Salud del Personal de la OIT, la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, el Plan de Seguro Médico del ACNUR y el Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS.

²³ La FAO, el OIEA, la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI), la OIT, la OMI, la Secretaría de las Naciones Unidas (incluida la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra), el PNUD, la UNESCO, el ACNUR, el UNICEF, la ONUDI, la UNOPS, ONU Turismo, la UPU, el PMA, la OMS y la OMPI.

²⁴ El ITC, la UIT, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), la UNCTAD, el PNUMA, el UNFPA, ONU-Hábitat, la UNODC, el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (UNRWA), ONU-Mujeres, la OMM, el PNUD, el UNICEF, el ACNUR y la UNOPS son tomadores del seguro de los planes de seguro médico concebidos para el personal de contratación local fuera de la sede. Su personal de contratación internacional está asegurado en los planes administrados por la Secretaría de las Naciones Unidas.

²⁵ Aetna, Cigna Dental, Empire Blue Cross, el Plan de Seguro Médico y el Plan Mundial de las Naciones Unidas de la Secretaría de las Naciones Unidas; la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas (administrada por la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra) y el Plan de Seguro Médico del PNUD.

Cuadro 2

Modalidad y gestión los reembolsos de 26 planes de seguro médico en las Naciones Unidas y número de afiliados^a

	Autoseguro		Seguro totalmente comercial	
	Administrador del plan-Plan (administrador externo)	Número de afiliados	Administrador del plan-Plan (administrador externo)	Número de afiliados
Autoadministrado	OIT Caja del Seguro de Salud del Personal	12 984	No se aplica	
	Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas	36 560		
	ACNUR Plan de Seguro Médico	34 517		
	OMS Seguro de Enfermedad del Personal	41 359		
	Total de beneficiarios	125 420		
Administración externa	OACI Plan de Prestaciones Médicas (Cigna)	3 106	FAO Plan Básico de Seguro Médico/Cobertura Médica Posterior a la Separación del Servicio (Cigna)	15 975
	Secretaría de las Naciones Unidas Aetna (Aetna)	8 471		
	Secretaría de las Naciones Unidas Cigna Dental (Cigna)	32 813	FAO Plan de Seguro Médico/Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio (Cigna)	501
	Secretaría de las Naciones Unidas Empire Blue Cross (Empire Blue Cross)	26 628	OIEA Plan de Seguro Médico Integral/Plan de Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio (Cigna)	4 326
	Secretaría de las Naciones Unidas Plan de Seguro Médico (Cigna)	52 135	IMO Plan de Seguro Médico Colectivo (Cigna)	1 000
	Secretaría de las Naciones Unidas Plan Mundial de las Naciones Unidas (Cigna)	61 665	Oficina de las Naciones Unidas en Viena/UNODC Seguro Médico Colectivo de la Sede (Allianz Care)	2 710
	PNUD Plan de Seguro Médico (Cigna)	36 567	ONUDI Seguro de Gastos Médicos para el Personal del Cuadro de Servicios Generales y el Personal Nacional del Cuadro Orgánico en Lugares de Destino sobre el Terreno (Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno) (Allianz Care)	403
	UNESCO Caja de Seguros Médicos (MSH International)	7.371		
	UNICEF Plan de Seguro Médico (Cigna)	43 940		2 187
			ONUDI Seguro Médico Colectivo de la Sede (Allianz Care)	515
			UNOPS Plan de Seguro Médico (Cigna)	481

Autoseguro		Seguro totalmente comercial	
Administrador del plan-Plan (administrador externo)	Número de afiliados	Administrador del plan-Plan (administrador externo)	Número de afiliados
		ONU Turismo Plan de Seguro de Enfermedad y Accidentes (Cigna)	791
		UPU Plan de Seguro Médico (Cigna)	9 614
		PMA Plan Básico de Seguro Médico (Cigna)	10 160
		PMA Plan de Seguro Médico (Cigna)	3 903
		OMPI Plan de Seguro Médico Colectivo (Cigna)	
Total de beneficiarios	239 883^b	Total de beneficiarios	82 566

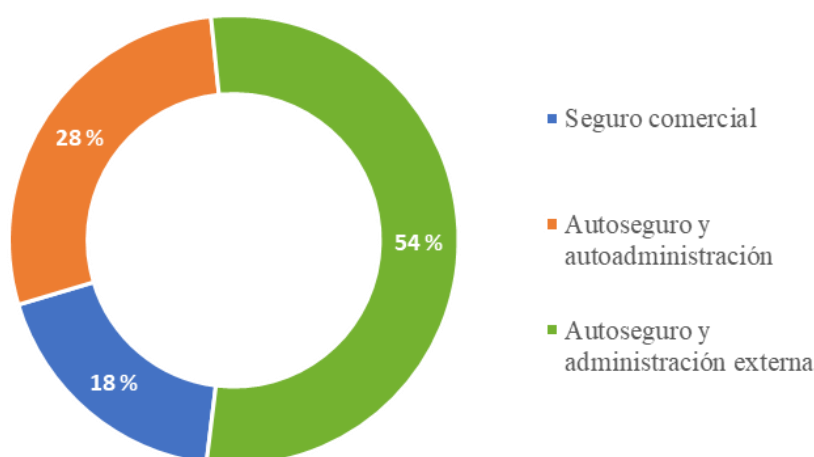
Fuente: Datos proporcionados por las organizaciones participantes en la DCI. Cuadro elaborado por la DCI.

^a Datos a 31 de diciembre de 2022.

^b Excluido el número de afiliados al plan Cigna Dental de la Secretaría de las Naciones Unidas, ya que se trata de un plan complementario.

Figura I

**Porcentaje de asegurados cubierto en el sistema de las Naciones Unidas,
por modalidad de seguro**



Fuente: Elaborada por la DCI.

2. Participación de los afiliados en la gobernanza de los planes de seguro médico

40. **La participación de los beneficiarios en la formulación de políticas y en la gobernanza de los planes de seguro médico es crucial.** Veinte de los 26 planes de seguro médico cuentan con un mecanismo de gobernanza y administración que permite que los representantes de los afiliados puedan participar formalmente en las decisiones de política relacionadas con el seguro médico. Este mecanismo se organiza bien como órgano autónomo establecido para supervisar el plan o los planes de seguro médico pertinentes, por ejemplo, el caso de la Caja del Seguro de Salud del Personal de la OIT, o bien como un órgano subsidiario de un mecanismo más amplio de gestión conjunta del personal y la administración, por ejemplo, el Comité de Estudio sobre los Seguros Médicos y de Vida de la Secretaría de las Naciones Unidas, que es un comité consultivo permanente del Comité

Mixto de Negociación. Aunque los pormenores de sus mandatos y funciones pueden variar, sus responsabilidades incluyen habitualmente supervisar la situación financiera del plan o los planes especialmente en el caso de los planes de autoseguro, garantizar el cumplimiento de las normas y reglamentos pertinentes, examinar el desempeño general y proporcionar a la administración información relacionada con los cambios en las políticas, la cobertura, la cuantía de las primas y las cuestiones relacionadas con las adquisiciones.

41. **Satisfacción general con el nivel y el alcance de las interacciones.** La representación de los afiliados se lleva a cabo mediante candidaturas del personal pertinente y, en algunos casos, de las asociaciones de jubilados, o mediante la elección por los afiliados. Las entrevistas con representantes de asociaciones de funcionarios en activo y de jubilados revelaron que la mayoría estaban satisfechos con su capacidad para colaborar con sus organizaciones en el ámbito de las políticas a través de estos mecanismos, especialmente con su capacidad para hacer aportaciones al proceso de adopción de decisiones. Si bien en varios casos los representantes de los afiliados jubilados solo pueden ser observadores por su condición de personal que no es de plantilla, el funcionamiento de la mayoría de estos órganos está orientado a tomar en consideración las aportaciones tanto de los miembros como de los observadores, y a buscar el consenso, lo que constituye una buena práctica.

42. **La participación o la representación del personal de contratación local y de los jubilados radicados fuera de los lugares con sede no es suficiente.** Como todos los planes de seguro médico se administran en las sedes, los representantes designados del personal suelen ser los que están radicados en lugares con sede, en cuyo caso la recepción de aportaciones del personal radicado fuera de los lugares con sede depende en gran medida del mecanismo de participación de las distintas asociaciones del personal. Los órganos de supervisión del Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS son los únicos que garantizan la representación del personal tanto de la sede como de las oficinas regionales. Por lo demás, en el caso de las organizaciones participantes que tienen oficinas exteriores, el Inspector observó que el personal sobre el terreno, especialmente el de contratación local, no estaba bien representado. Por ejemplo, el personal de la Secretaría de las Naciones Unidas de contratación local fuera de Nueva York, que está asegurado en el Plan de Seguro Médico, no está representado en el Comité de Estudio sobre los Seguros Médicos y de Vida. Otros comités similares en la FAO y el PMA, si bien garantizan puestos para los representantes del Sindicato del Personal del Cuadro de Servicios Generales de la FAO/PMA, no garantizan la presencia de los representantes del personal de contratación local sobre el terreno. Los Planes de Seguro Médico para el personal de contratación local sobre el terreno del PNUD²⁶ y la UNOPS no prevén ningún mecanismo formal para que sus afiliados participen en el proceso de adopción de decisiones del plan. En el cuadro 3 se describen los mecanismos de gobernanza y gestión existentes, por plan de seguro médico.

Cuadro 3

Mecanismos formales para la participación de los afiliados en la formulación de políticas sobre el seguro médico

<i>Plan de seguro médico</i>	<i>Mecanismo de gobernanza y gestión</i>	<i>Participación formal de los asegurados</i>
FAO Plan Básico de Seguro Médico/Cobertura Médica Posterior a la Separación del Servicio, Plan de Seguro Médico/Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio	FAO Comité Asesor sobre Seguro Médico	Representantes designados de las asociaciones del Personal del Cuadro de Servicios Generales, del Personal del Cuadro Orgánico y de los jubilados
OIEA Plan de Seguro Médico Integral/Plan de Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio (Cigna)	Comité Consultivo Mixto, Subcomité de Seguros Médicos y de Vida	Representantes de los afiliados designados por la asociación del personal, entre los que figuran representantes de los afiliados jubilados

²⁶ El Plan de Seguro Médico del PNUD incluye también al personal de contratación local sobre el terreno del UNFPA y de ONU-Mujeres.

<i>Plan de seguro médico</i>	<i>Mecanismo de gobernanza y gestión</i>	<i>Participación formal de los asegurados</i>
OACI Plan de Prestaciones Médicas	Comité Médico y de Seguros	Representantes designados de las asociaciones de los funcionarios en activo y de los jubilados
OIT Caja del Seguro de Salud del Personal	Comité de Administración	Representantes elegidos de los afiliados, entre los que pueden figurar representantes de los jubilados
OMI Plan de Seguro Médico Colectivo	No existe un mecanismo formal	Ho hay participación formal
Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra-Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas	Comité Ejecutivo de la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas	Representantes designados de las asociaciones del personal y de los jubilados
Oficina de las Naciones Unidas en Viena/UNODC, Seguro Médico Colectivo de la Sede	ONUDI/Oficina de las Naciones Unidas en Viena, Comité Consultivo Mixto, Comité Permanente de Seguros de Enfermedad y de Vida	Representante designado de la asociación de personal y jubilados
Secretaría de las Naciones Unidas, Aetna, Empire Blue Cross, Cigna Dental, Plan Mundial de las Naciones Unidas, Plan de Seguro Médico	Comité de Estudio sobre los Seguros Médicos y de Vida	Representantes designados de la asociación del personal Representantes designados de la asociación de jubilados en calidad de observadores
PNUD Plan de Seguro Médico	PNUD Junta del Plan de Seguro Médico	Designados por representantes de las asociaciones del personal del PNUD, el UNFPA y ONU-Mujeres
UNESCO Caja de Seguros Médicos	Junta Administrativa	Representantes elegidos de los asegurados, entre los que pueden figurar funcionarios jubilados; Representantes designados de las asociaciones del personal y de los jubilados; los asegurados también participan a través de una Asamblea General anual
ACNUR Plan de Seguro Médico	Comité de Administración del Plan de Seguro Médico	Representante designado de la asociación del personal
UNICEF Plan de Seguro Médico	UNICEF Comité del Plan de Seguro Médico	Representantes designados de la asociación del personal
ONUDI Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno, Seguro Médico Colectivo de la Sede	ONUDI/Oficina de las Naciones Unidas en Viena, Comité Consultivo Mixto, Comité Permanente de Seguros de Enfermedad y de Vida	Representantes designados de las asociaciones del personal y de los jubilados
UNOPS Plan de Seguro Médico	No existe un mecanismo formal	Ho hay participación formal
ONU Turismo Plan de Seguro de Enfermedad y Accidentes	No existe un mecanismo formal	Ho hay participación formal
UPU Plan de Seguro Médico	Grupo de Trabajo Ad Hoc	Los representantes de la asociación del personal participan en las modificaciones que deben introducirse en las pólizas de seguro médico, por ejemplo, durante el proceso de licitación.

<i>Plan de seguro médico</i>	<i>Mecanismo de gobernanza y gestión</i>	<i>Participación formal de los asegurados</i>
PMA Plan Básico de Seguro Médico, Plan de Seguro Médico	PMA Junta del Seguro Médico	Representantes designados de los tres órganos representativos del personal reconocidos: las asociaciones del personal del Cuadro de Servicios Generales, del personal del Cuadro Orgánico y de los jubilados.
OMS Seguro de Enfermedad del Personal	Comité de Supervisión Mundial del Seguro de Enfermedad del Personal	Representantes designados de los comités de personal de la sede y regionales; miembros elegidos por los afiliados jubilados
	Comité Permanente Mundial del Seguro de Enfermedad del Personal	Representantes designados de los comités de personal de la sede y regionales; miembros elegidos por los afiliados jubilados
OMPI Plan de Seguro Médico Colectivo (Cigna)	Comisión de Gestión del Seguro Colectivo del Personal	Representantes designados de la asociación del personal, incluidos funcionarios en activo y jubilados.

Fuente: Elaborado por la DCI.

43. Se espera que la siguiente recomendación mejore la eficacia de los procesos de adopción de decisiones relacionados con las políticas sobre el seguro médico y el control de su gestión para garantizar que las necesidades de los distintos grupos de afiliados se tengan formalmente en cuenta en el proceso de formulación de políticas.

Recomendación 1

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

C. Requisitos de admisibilidad

44. **Las desigualdades en el acceso al seguro médico siguen constituyendo un problema.** Los 26 planes de seguro médico aplican distintos requisitos de admisibilidad para los funcionarios, los jubilados y sus familiares, así como las personas asociadas o especialmente protegidas, como se expone en esta sección. Los diferentes requisitos de admisibilidad, especialmente en el caso de quienes reciben tipos de prima subvencionados de sus organizaciones, generan desigualdad en el acceso a la cobertura del seguro médico entre los funcionarios en activo y jubilados y sus familiares, y ponen de relieve un uso no equitativo de la financiación pública por las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

1. Requisitos de admisibilidad para los funcionarios en activo

45. **El conjunto de prestaciones del seguro médico suele depender de las modalidades contractuales y los lugares de destino.** La mayoría de las organizaciones participantes ofrecen un conjunto específico de prestaciones del seguro médico a sus funcionarios en activo que depende de su situación contractual, de si son objeto de contratación internacional o local, de su lugar de destino y de si están radicados en lugares con sede o fuera de esos lugares. En el cuadro del anexo I se resumen los requisitos de admisibilidad del personal en activo en función de su tipo de contrato y ubicación.

46. **Las excepciones a la afiliación obligatoria no son aplicables al personal de contratación local.** La afiliación a los planes de seguro médico de la organización es obligatoria en la mayoría de las organizaciones participantes. Algunos de ellos, como la Mutualidad del Personal de las Naciones Unidas de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, conceden una exención a los funcionarios que puedan demostrar que disponen de la cobertura de un seguro médico adecuado a través de otro plan, ya sea público o privado. Sin embargo, estas exenciones no están disponibles en el caso de los planes concebidos específicamente para el personal de contratación local, como los Planes de Seguro Médico de la Secretaría de las Naciones Unidas, el PNUD, el ACNUR y el UNICEF²⁷. En estos planes, la afiliación del personal es obligatoria, automática e irrevocable.

47. **En Londres, Montreal y Viena es posible acceder a planes nacionales.** En esos tres lugares de destino los funcionarios en activo tienen acceso a los planes nacionales de seguro médico. En Viena, el personal puede renunciar al plan de seguro médico de su organización y afiliarse al plan nacional (Österreichische Gesundheitskasse), cuyos gastos de afiliación son subvencionados por las respectivas organizaciones (OIEA, ONUDI, UNODC y la Oficina de las Naciones Unidas en Viena). En Montreal, los residentes en el Canadá también pueden optar por no acogerse al plan de la OACI si se afilian al Plan de Seguro Médico de Quebec. En la OMI, el personal queda automáticamente afiliado al Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, cuya cobertura puede utilizarse como complemento del plan de seguro médico de la OMI.

48. **En el examen no se detectaron limitaciones de admisibilidad basadas en enfermedades previas o actuales.** Los requisitos de admisibilidad a los planes se aplican a los funcionarios en activo con independencia de sus problemas de salud preexistentes, sus hábitos de salud y su género, lo que constituye una buena práctica.

2. Requisitos de admisibilidad para los familiares y asociados de los funcionarios en activo

49. **La admisibilidad de los familiares y los miembros del hogar varía considerablemente entre los diversos planes.** Los funcionarios pueden afiliar a sus familiares a los 26 planes y, en algunos casos, a otras personas asociadas a ellos en el mismo plan, en la mayoría de los casos con carácter optativo. Los requisitos de admisibilidad varían de forma considerable, en especial en lo relativo a determinar si estas personas asociadas tendrían también derecho a una subvención de las primas por su organización.

50. **La mayoría de los planes subvencionan las primas de los cónyuges que no están a cargo.** Todos los planes de seguro médico excepto seis subvencionan la prima del seguro médico de un cónyuge reconocido del funcionario en el mismo plan, independientemente de su situación familiar. Los seis planes que ofrecen primas subvencionadas únicamente a los cónyuges a cargo reconocidos son los administrados por el OIEA, la OIT, la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, la UNESCO, la Organización Mundial del Turismo de las Naciones Unidas (ONU Turismo) y la Unión Postal Universal (UPU). Sin embargo, los cónyuges que no están a cargo del funcionario pueden afiliarse sin subvenciones de la organización a los planes del OIEA, la OIT, la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, ONU Turismo y la UPU. La UNESCO no ofrece la opción de pago completo. Los cónyuges divorciados o separados legalmente pueden seguir afiliados al plan del OIEA con una prima subvencionada, pero deben demostrar su situación familiar. En el plan de la OMS, solo los cónyuges divorciados de los funcionarios jubilados pueden seguir afiliados.

51. **Los cónyuges a cargo de los funcionarios de la UIT que hayan contraído matrimonio legalmente reconocido con personas del mismo sexo no pueden afiliarse a su plan de seguro médico.** El 26 de junio de 2014, el Secretario General de las Naciones Unidas publicó un boletín²⁸ en el que se indicaba que el estatuto personal de los funcionarios, a efectos de los derechos a prestación previstos en el Estatuto y el Reglamento del Personal, se determinará con referencia a la legislación de la autoridad competente en virtud de la cual

²⁷ En el caso de los Planes de Seguro Médico, es posible conceder una exención de la afiliación en determinados lugares de destino.

²⁸ [ST/SGB/2004/13/Rev.1](#).

se haya establecido el estatuto personal. Esto significa que el cónyuge del mismo sexo de un funcionario debe ser reconocido si el matrimonio (o unión) está legalmente reconocido por el país de nacionalidad del funcionario o por el país donde se celebró el matrimonio o la unión. En función de los requisitos de admisibilidad de un determinado plan de seguro médico, un cónyuge a cargo, o que no esté a cargo, de un matrimonio o una unión reconocidos entre personas del mismo sexo debería poder afiliarse al plan y, si cumple las condiciones previstas, recibir subvenciones de la organización para las primas. El examen constató que la UIT es la única organización participante que no reconoce a los cónyuges de funcionarios que han celebrado matrimonios o uniones con personas del mismo sexo, incluso cuando los matrimonios están reconocidos legalmente²⁹. En consecuencia, los cónyuges a cargo no pueden afiliarse al plan de seguro médico que ofrece y subvenciona la organización (en el caso de la UIT, el plan de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra). Otras organizaciones participantes que aseguran a sus funcionarios en el plan de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, por ejemplo, la Secretaría de las Naciones Unidas, el ACNUR y la OMM, reconocen y permiten la afiliación de cónyuges a cargo del mismo sexo cuyos matrimonios o uniones estén reconocidos legalmente. En 2022, el Secretario General de la UIT propuso al Consejo de la UIT que se modificara³⁰ el Estatuto del Personal para permitir el reconocimiento de las parejas de hecho, de conformidad con el boletín de 2014 del Secretario General de las Naciones Unidas. Sin embargo, el Consejo no llegó a un consenso y se pidió a la Secretaría de la UIT que siguiera consultando a los Estados miembros e informara al respecto en una futura reunión del Consejo.

52. Se aplican diferentes requisitos de admisibilidad en relación con los límites de edad de los hijos a cargo, de 18 a 30 años. Los hijos a cargo de un funcionario pueden afiliarse al mismo plan de seguro médico y recibir subvenciones de la organización. Los requisitos relativos a un hijo a cargo son similares en todas las organizaciones participantes, que reconocen a un hijo menor de 18 años, o menor de 21 si asiste a tiempo completo a una institución educativa, o no establecen límites de edad en la mayoría de los planes si tiene una discapacidad física o mental para trabajar. No obstante, todos los planes salvo 4, permiten que los hijos mayores de 21 años (sin discapacidad) se afilien y reciban subvenciones de la organización, con diferentes límites de edad máximos, entre los 25 y los 28 años, siempre que estén a cargo, es decir, desempleados y solteros. El límite de edad de 25 años está vinculado al límite superior de edad para la concesión de subvenciones de educación. Otros límites de edad más allá de los 25 años no están vinculados a ninguna de las prestaciones o subvenciones existentes y solo se aplican en el contexto de los requisitos de admisibilidad para el seguro médico. En el cuadro 4 se indican los distintos límites de edad de los hijos que pueden afiliarse al seguro médico subvencionado aplicados por las organizaciones participantes.

Cuadro 4

Límites de edad de los hijos de un funcionario o de un jubilado que pueden afiliarse al mismo plan de seguro médico y recibir subvenciones de la organización

Límite de edad de los hijos (años)	Tomadores del seguro de planes de seguro médico
Hasta los 21 años	OIEA, OACI, OIT, Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, ONU Turismo

²⁹ En el fallo núm. 2643 del Tribunal Administrativo de la OIT, de 27 de abril de 2007, se indica que el Estatuto y Reglamento del Personal de la UIT definen explícitamente a los “cónyuges” como marido y mujer. El Tribunal recomendó entonces que la cuestión del reconocimiento de las parejas de hecho se remitiera al Consejo de la UIT, con vistas a la modificación de las normas a fin de ofrecer la protección necesaria frente a cualquier forma de discriminación basada en la situación familiar y la orientación sexual. Véase https://www.ilo.org/dyn/triblex/triblexmain.fullText?p_lang=en&p_judgment_no=2643&p_language_code=EN.

³⁰ “Report by the Secretary-General: personal status for the purpose of ITU entitlements”, documento C22/47-E, disponible en <https://www.itu.int/md/S22-CL-C-0047/en>.

Límite de edad de los hijos (años)	Tomadores del seguro de planes de seguro médico
Hasta los 25 años	OACI, OMI, Secretaría de las Naciones Unidas, PNUD, UNESCO, ACNUR, UNICEF, ONUDI, UNODC, UNOPS, Oficina de las Naciones Unidas en Viena, UPU, OMPI
Hasta los 26 años	FAO, PMA
Hasta los 28 años	OMS

Fuente: Elaborado por la DCI.

53. **Los hijos que no están a cargo también pueden afiliarse, con sujeción a diversos límites máximos de edad y a otras condiciones.** Los planes que ofrecen primas subvencionadas a los hijos a cargo hasta los 21 años permiten la afiliación de los hijos después de esta edad, pero sin subvenciones de la organización, siempre que los hijos estén desempleados y solteros; lo que constituye una buena práctica. No obstante, los límites máximos de edad de esta práctica varían. El OIEA, la OIT y la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra autoriza la afiliación de los hijos hasta los 30 años y ONU Turismo hasta los 25. La Oficina de las Naciones Unidas en Viena y la UNODC no imponen ningún límite de edad a los hijos mayores de 25 años, siempre que permanezcan desempleados, solteros y dependan económicamente de funcionarios en activo o jubilados.

54. **En el examen no se detectaron limitaciones de admisibilidad basadas en enfermedades previas o actuales.** Los requisitos de admisibilidad a todos los planes se aplican a los familiares a cargo con independencia de sus enfermedades preexistentes, sus hábitos de salud y su género, siempre que se afilien en el plazo previsto.

55. **Los familiares secundarios a cargo pueden afiliarse, con o sin subvención, a 9 planes.** De los 26 planes de seguro médico, 9 permiten que un familiar secundario a cargo se afilie al mismo plan que el funcionario en activo con una prima subvencionada. Se trata de los planes de la FAO, el OIEA, la ONUDI, la UNODC, la Oficina de las Naciones Unidas en Viena, el PMA, la OMS y la OMPI. La definición de familiares secundarios a cargo es similar en todos estos planes; es decir, un progenitor o un hermano que recibe más de la mitad de la ayuda económica total del funcionario, en comparación con otras fuentes, siendo la cantidad proporcionada por el funcionario más del doble de la cuantía de la prestación por familiar a cargo. Solo se reconoce un familiar secundario a cargo a la vez y ello únicamente en ausencia de cónyuge a cargo reconocido. Los planes de la OIT, la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y ONU Turismo permiten la afiliación de los familiares secundarios a cargo con primas no subvencionadas. A excepción de los Planes de Seguro Médico de la FAO y el PMA, ninguno de los planes de seguro médico concebidos exclusivamente para el personal de contratación local fuera de los lugares con sede permite la afiliación de familiares secundarios a cargo.

56. **Las organizaciones con sede en Viena permiten la afiliación de miembros del hogar que no son familiares.** Además de los familiares de los funcionarios en activo y jubilados, el OIEA permite la afiliación de hasta dos personas residentes en el mismo hogar, aunque sin subvenciones. Asimismo, la Oficina de las Naciones Unidas en Viena y la UNODC permiten la afiliación sin subvenciones a las personas que están económicamente a cargo del funcionario, no son austriacas y viven en su domicilio.

57. **La afiliación de los familiares o los miembros del hogar que no están a cargo y de los familiares secundarios a cargo no debería subvencionarse y sus riesgos no deberían mutualizarse.** El Inspector considera que la admisión de cónyuges e hijos que no están a cargo y de familiares secundarios a cargo es una práctica buena y beneficiosa tanto para los familiares del funcionario como para la sostenibilidad del plan, aunque solo sea porque el aumento del número de afiliados puede tener un efecto positivo en el poder de negociación de las organizaciones con los aseguradores o los proveedores de atención de salud, al tiempo que se facilita y tal vez se hace más asequible a los familiares de los funcionarios la protección contra los riesgos para la salud. Lo que no se ha podido averiguar en el examen son las razones, fundadas en los principios de la seguridad social, por las que

en algunos planes se subvencionan las primas del seguro médico de esas personas, más allá de la evolución de los planes a lo largo del tiempo. Por lo tanto, el Inspector considera que la afiliación de los familiares o los miembros del hogar que no están a cargo y de los familiares secundarios a cargo no deberían subvencionarse y sus riesgos no deberían mutualizarse (especialmente si su perfil es diferente de la media) junto con los afiliados subvencionados; este es el caso del plan de la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, que, en opinión del Inspector, se incluye entre las mejores prácticas. Al mutualizar o mezclar los riesgos para la salud de los afiliados teóricamente no subvencionados con los de los afiliados explícitamente subvencionados, las organizaciones participantes asumen el riesgo de subvencionar a los primeros si su perfil de riesgos se desvía del perfil medio de los afiliados subvencionados a causa de la edad o de otros determinantes del gasto en atención de la salud. En cambio, si estas personas forman un grupo separado, como en el caso de la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas, sus riesgos para la salud se compartirán exclusivamente entre dicho grupo, y las primas que paguen deberían bastar para cubrir el costo total de los servicios sanitarios recibidos por los miembros del grupo en cada período examinado.

58. **Las actuales asimetrías en las subvenciones pueden considerarse un obstáculo para la movilidad del personal.** Esto va en detrimento de los planes o los lugares que no ofrecen subvenciones a los familiares que no están a cargo y a los familiares secundarios a cargo. Tales asimetrías deberían eliminarse, ya que constituyen una ventaja competitiva de unas organizaciones sobre otras, lo que no es compatible con la noción de un régimen común de derechos a prestaciones para el personal de las Naciones Unidas.

59. Sobre la base de los resultados del examen, se espera que la siguiente recomendación conlleve un ahorro financiero para los planes en los que los familiares secundarios a cargo y los familiares que no están a cargo tienen derecho a afiliarse y a recibir una subvención de sus primas, mientras que sus riesgos para la salud se mutualizan con los de los afiliados principales. También se ha formulado para facilitar la movilidad interinstitucional y evitar la competencia nociva entre las organizaciones participantes en función de sus planes de seguro médico.

Recomendación 2

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

3. Requisitos de admisibilidad para los jubilados y las personas asociadas a ellos

60. **Persisten las diferencias en los requisitos de antigüedad de los funcionarios contratados el 1 de julio de 2007 o después de esa fecha para acceder al seguro médico posterior a la separación del servicio.** La afiliación a ese seguro médico es siempre facultativa y solo está disponible como continuación inmediata de la cobertura en el mismo plan de seguro médico contributivo del sistema de las Naciones Unidas al que el jubilado estaba afiliado durante el servicio activo³¹. En su resolución 61/264, la Asamblea General especificó, entre otras cosas, que, para tener derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio, los funcionarios contratados el 1 de julio de 2007 o después de esa fecha, debían haber estado afiliados a un plan de seguro médico de las Naciones Unidas durante un mínimo de diez años en el momento de la jubilación. Todos³² los planes de seguro médico, salvo cuatro, aplican este requisito mínimo de afiliación contributiva. Los dos planes

³¹ En función de las organizaciones en las que preste sus servicios el funcionario en activo, puede existir la opción de cambiar a otro plan de jubilación más adecuado a su lugar de residencia. Este cambio suele producirse una sola vez y es irreversible.

³² Cabe señalar que, si bien la Secretaría de las Naciones Unidas ha incorporado este requisito a su Estatuto del Personal, la aplicación efectiva se ha aplazado hasta 2024 debido a complejidades técnicas (véase [A/78/7](#)).

de la FAO y el PMA concebidos específicamente para el personal de contratación local fuera de sus sedes solo exigen cinco años de afiliación, al igual que los planes de la OMPI y la UPU para todo el personal.

61. Jubilación anticipada tras una afiliación contributiva limitada. Aunque la Asamblea General, en su resolución antes mencionada, suprimió la opción de adquisición de derechos después de cinco años de afiliación, esta opción sigue estando disponible en varios planes. En este caso, un funcionario que se separa de su organización al menos a una edad de jubilación anticipada y que ha estado afiliado a un plan de seguro médico contributivo de las Naciones Unidas durante más de cinco pero menos de diez años sigue teniendo derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio sin subvención de la organización. Cuando la contribución alcance los diez años, se subvencionarán las primas del seguro médico. Esta opción está disponible para el personal afiliado a los Planes de Seguro Médico de la Secretaría de las Naciones Unidas, el PNUD, el ACNUR, el UNICEF y la UNOPS, y al Plan de Prestaciones Médicas de la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI).

62. Personal que se separa del servicio antes de la edad de jubilación anticipada. La finalidad del seguro médico posterior a la separación del servicio es prolongar la cobertura del seguro médico de los funcionarios de las Naciones Unidas para que abarque su jubilación, incluidos los que fueron separados del servicio, salvo por destitución sumaria, ya sea con una prestación por discapacidad en virtud de las normas de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, a una edad de jubilación anticipada³³ o a la edad normal de jubilación³⁴. Sin embargo, en varias organizaciones participantes, el personal que se separa del servicio antes de la edad de jubilación anticipada también puede acceder al seguro médico tras la separación del servicio, con o sin subvención de la organización. Esas opciones se ofrecen al personal que se separa del servicio entre los 50 y los 55 años y ha optado por recibir una pensión diferida. Solo el PMA y la OMS especifican la edad de jubilación anticipada pertinente en función de la fecha de ingreso al servicio de los funcionarios, a saber, 55 o 58 años (véase el cuadro 5).

Cuadro 5

Número mínimo de años de afiliación contributiva a un plan de seguro médico contributivo de las Naciones Unidas exigido para acceder el seguro médico posterior a la separación del servicio a los funcionarios que se separen del servicio entre los 50 y los 55 años y cuya fecha de ingreso sea el 1 de julio de 2007 o posterior

Número mínimo de años	Plan de seguro médico	Con subvención de la organización
20 años	FAO Cobertura Médica Posterior a la Separación del Servicio	No
20 años (10 de ellos continuos)	OIEA Plan de Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio	Sí, a partir de los 55 años
20 años	ONUDI Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno	No
20 años acumulativos	PMA Plan Básico de Seguro Médico ^a	No
20 años (solo en el plan de la OMS)	OMS Seguro de Enfermedad del Personal ^a	Sí, a partir de la edad de jubilación anticipada

³³ A los 55 años o más para el personal afiliado a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas antes del 1 de enero de 2014 o a los 58 años o más para el personal afiliado después del 1 de enero de 2014.

³⁴ A los 60 años para el personal afiliado a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas antes del 1 de enero de 1990; a los 62 años para el personal que se afilió entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 2013; o a los 65 años para el personal que se afilió el 1 de enero de 2014 o después de esa fecha.

Número mínimo de años	Plan de seguro médico	Con subvención de la organización
15 años acumulativos	PMA Plan de Seguro Médico ^a	No
15 años acumulativos ^b	PNUD Plan de Seguro Médico	Sí
10 años	FAO Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio (para el personal de contratación local fuera de la sede)	No
10 años	OACI Plan de Prestaciones Médicas	No
5 años	PNUD Plan de Seguro Médico	Sí, después de 10 años
	ACNUR Plan de Seguro Médico	
	UNOPS Plan de Seguro Médico	

Fuente: Elaborado por la DCI.

^a Para los afiliados a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas después del 1 de enero de 2014, que se separen del servicio entre los 53 y los 58 años.

^b Para las personas objeto de rescisión del nombramiento por mutuo acuerdo o supresión del puesto.

63. **No siempre se reconoce mutuamente sin reservas la afiliación previa en planes de seguro médico en todo el sistema.** Todos los planes reconocen el número de años de afiliación del personal a los planes de seguro médico contributivo de otras organizaciones de las Naciones Unidas, de conformidad con el Acuerdo Interinstitucional sobre el Traslado, la Adscripción o el Préstamo de Personal entre las Organizaciones que Aplican el Régimen Común de Sueldos y Prestaciones de las Naciones Unidas, en virtud del cual un funcionario trasladado y las personas a su cargo [...] tendrán derecho a participar en cualquier plan de seguro médico o de seguro de vida colectivo de esa organización sin nuevas reservas médicas ni plazos de espera³⁵. Sin embargo, la OIT y la OMS exigen que 5 de los 10 años necesarios para tener derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio correspondan a sus respectivos planes, lo que constituye una barrera objetiva a la movilidad interinstitucional del personal³⁶, que tiene efectos especialmente intensos cuando se trata de personas de 60 años o más. No resulta difícil comprender que la única finalidad de esta medida es impedir la llegada a estas dos organizaciones de funcionarios procedentes de otras organizaciones que se encuentran en sus últimos años de actividad profesional, basándose en la hipótesis de que la aceptación de esa movilidad supondría una carga financiera indebida para la organización receptora en relación con el derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio del personal en cuestión³⁷. No es casualidad que esta restricción, que no existe en los demás planes de seguro examinados, figure en dos de los planes con la cobertura más elevada y completa del sistema (y con una proporción relativamente elevada de jubilados en comparación con los funcionarios en activo, ya que estos planes se cuentan entre los más antiguos del sistema). El Inspector considera que tal precaución, aunque razonable desde el punto de vista financiero, es contraria a la necesidad de cumplir y reforzar las políticas de movilidad interinstitucional y de luchar contra el edadismo, auspiciada por la OMS, entre otras organizaciones de las Naciones Unidas³⁸. **Por consiguiente, el Inspector recomienda que se suprima esta restricción**³⁹.

³⁵ Véase https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/handbook/Mobility%20Agreement_2019.pdf.

³⁶ Véase el examen de la DCI titulado “Examen del intercambio de personal y otras medidas similares de movilidad interinstitucional en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas” (JIU/REP/2019/8) que contiene análisis exhaustivo de las políticas y prácticas conexas.

³⁷ [A/73/792](#).

³⁸ OMS, *Informe mundial sobre el edadismo* (Ginebra, 2021).

³⁹ Cuando se debatieron las cuestiones de la movilidad interinstitucional y el seguro médico posterior a la separación del servicio en el Grupo de Trabajo interinstitucional sobre el Seguro Médico Posterior

64. **En general, los familiares de los funcionarios jubilados tienen derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio.** En general, los familiares calificados y afiliados al mismo plan de seguro médico que los funcionarios antes de su jubilación pueden seguir en el mismo plan, excepto los familiares secundarios a cargo en los planes administrados por la ONUDI, la UNODC y la Oficina de las Naciones Unidas en Viena.

65. **En el examen no se detectaron limitaciones de admisibilidad basadas en enfermedades previas.** Los requisitos de admisibilidad de todos los planes se aplican a los funcionarios en activo independientemente de sus problemas de salud preexistentes, sus hábitos de salud y su género.

66. **Algunos planes no exigen un período mínimo de afiliación contributiva para que los familiares tengan derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio.** En su resolución 61/264, la Asamblea General impuso la condición de que los familiares a cargo debían haber estado afiliados a un plan de seguro médico contributivo de las Naciones Unidas durante un período mínimo de cinco años en el momento de la jubilación del funcionario para tener derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio subvencionado⁴⁰. En total, 14 de los 26 planes aplican este requisito. En el cuadro 6 figuran los planes de seguro médico que aplican normas diferentes, a saber, desde no fijar un límite mínimo hasta imponer un requisito de diez años. Si los familiares no cumplen el número mínimo de años necesarios, pueden afiliarse a un seguro médico posterior a la separación del servicio no subvencionado hasta que cumplan el requisito, momento a partir del cual se les subvencionará la prima.

Cuadro 6

Número mínimo de años (distinto de cinco) de afiliación a un plan de seguro médico contributivo de las Naciones Unidas exigido a los familiares de los funcionarios cuya fecha de ingreso sea el 1 de julio de 2007 o posterior para tener derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio

Número mínimo de años	Plan de seguro médico
10 años	FAO Cobertura Médica Posterior a la Separación del Servicio UNESCO Caja de Seguros Médicos PMA Plan Básico de Seguro Médico OMS Seguro de Enfermedad del Personal
2 años	OIEA Plan de Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio ONUDI Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno, Plan de Seguro Médico Integral

a la Separación del Servicio, creado por el Secretario General bajo los auspicios de la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión de la JJE, de conformidad con la resolución 68/244, en la que la Asamblea General solicitó al Secretario General que realizara una encuesta de los planes de seguro médico en todo el sistema y estudiara opciones que permitieran aumentar la eficiencia y moderar los gastos, se acordó que “los organismos del sistema de las Naciones Unidas deberían aceptar el traspaso de ciertas prestaciones y derechos acumulados en materia de seguro médico, así como de las obligaciones por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio, sin una transferencia de fondos administrativamente onerosa”. Según se informa, esa opinión fue corroborada “por las estadísticas sobre movilidad interinstitucional correspondientes a 38 organismos y proporcionadas por la secretaría de la Junta de los Jefes Ejecutivos para el período 2013-2016, [que indicaron] que cualquier diferencia entre el número de funcionarios que se reciben y el de funcionarios que se van no es importante en comparación con el total de la fuerza de trabajo de los organismos” (A/73/662, párrs. 50 a 54).

⁴⁰ O 2 años si el cónyuge tiene un seguro de otro empleador o de un gobierno nacional, excepto en los casos en que las personas a cargo hayan adquirido esta condición durante ese período y se hayan afiliado dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha efectiva de adquisición de la condición de persona a cargo.

Número mínimo de años	Plan de seguro médico
No se imponen requisitos mínimos siempre que estén asegurados en el momento de la separación del servicio del funcionario	OACI Plan de Prestaciones Médicas OIT Caja del Seguro de Salud del Personal OMI Plan de Seguro Médico Colectivo PNUD Plan de Seguro Médico (incluidos el UNFPA y ONU-Mujeres) ACNUR Plan de Seguro Médico UNOPS Plan de Seguro Médico ONU Turismo Plan de Seguro de Enfermedad y Accidentes UPU Plan de Seguro Médico

Fuente: Elaborado por la DCI.

67. **Existe un riesgo de antiselección en la afiliación tardía de familiares.** En opinión del Inspector, la posibilidad de acceder a un seguro médico posterior a la separación del servicio sin el requisito de haber participado previamente en el plan de seguro propicia la antiselección, ya que es más probable que las personas con mayor riesgo de experimentar un incidente negativo traten de afiliarse a un plan administrado por las Naciones Unidas cuando el riesgo se ha concretado o va a concretarse, algo que tiende a ser más frecuente con la edad. De hecho, por este motivo se ha establecido un período mínimo de afiliación contributiva como requisito para acceder al seguro médico posterior a la separación del servicio, que ya se ha aprobado en 18 planes de las Naciones Unidas.

68. Se espera que la siguiente recomendación dé lugar a ahorros financieros y a una distribución más equitativa de los riesgos relacionados con el derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio de los familiares en el caso de los planes que no exigen un número mínimo de años o exigen un período muy breve de afiliación antes de adquirir el derecho a acceder a ese seguro médico, de conformidad con la resolución 61/264 de la Asamblea General. También se espera que contribuya a aplicar a todos las mismas reglas en relación con la movilidad interinstitucional del personal, evitando la competencia innecesaria entre organizaciones mediante el establecimiento de condiciones más generosas de acceso al seguro médico posterior a la separación del servicio para esos familiares.

Recomendación 3

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

D. Primas y porcentajes de las aportaciones correspondientes a las organizaciones y a los afiliados

1. La equidad y la solidaridad como fundamento para determinar las aportaciones⁴¹

69. **Es necesario que exista una mayor armonización de los modelos de solidaridad en los que se basan los planes de seguro médico patrocinados por las Naciones Unidas**

⁴¹ En el documento complementario del presente examen figuran más pormenores sobre las primas del seguro médico.

para garantizar una distribución equitativa de las primas y los riesgos. Las primas de los seguros médicos privados suelen determinarse en función del riesgo y otros factores de costo de los asegurados, por ejemplo, los problemas de salud preexistentes, el estilo de vida, la edad y la ubicación geográfica, todo ello con el fin de lograr un equilibrio entre el principio de mutualización de riesgos inherente a todas las modalidades de seguro y la responsabilidad personal. Con el mismo nivel de cobertura, una persona joven y sana puede esperar pagar una prima de seguro médico más baja que una persona mayor y menos sana, mientras que esta última recibirá una cobertura menos completa si sus primas son las mismas que pagan los afiliados más jóvenes. En cambio, en el contexto de la seguridad social, como en el caso de los planes de seguro médico nacionales o los del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, el principio de solidaridad, basado en la capacidad de pago y la edad de los beneficiarios, es esencial, siendo el otro componente (presente en cualquier seguro, ya sea público o privado) la mutualización de los riesgos entre los afiliados independientemente de su edad, problemas de salud y nivel de ingresos. De este modo, la aplicación de los principios de solidaridad y mutualización de riesgos promueve una cobertura sanitaria equitativa para todos, ya que se considera al mismo tiempo un bien privado y público y un derecho humano fundamental⁴². Sin embargo, este principio no se aplica por igual en todos los planes, como se verá más adelante en el informe.

70. Los dos principios básicos de las aportaciones al seguro médico fueron establecidos por la Asamblea General en 1957. Cabe recordar que, en virtud de la resolución 1095 A (XI) de la Asamblea General, el Secretario General está autorizado a financiar planes de seguro médico y hospitalización para el personal de manera que “el personal de las categorías de remuneración más baja reciba una ayuda financiera mayor que el personal de las categorías de remuneración más alta”. Esto significa que, si bien las aportaciones totales de la organización y del grupo de beneficiarios deberían ser iguales (en 1957, el 50 % de las primas era abonado por la organización y el 50 % por su personal), las aportaciones del personal deben guardar una relación (proporcional o incluso superior a la proporcional, pero siempre positiva) con sus respectivos sueldos. Los dos principios fundamentales que rigen la financiación de este aspecto de las políticas de seguridad social, consagrados en la resolución, son: que la atención de la salud, al igual que las pensiones, es una responsabilidad compartida de ambas partes, empleador y empleados, y que el prorratio de las aportaciones entre los afiliados debe basarse en la capacidad de pago, aunque existen muchas formas diferentes de cumplir el mandato del órgano legislativo a este respecto (mediante un tipo proporcional o una escala progresiva o móvil, por ejemplo).

⁴² En numerosos instrumentos internacionales se reconoce el derecho humano a la salud. El artículo 25, párrafo 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”, aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más completo sobre el derecho a la salud del derecho internacional de los derechos humanos. El derecho a la salud y a la seguridad social también está reconocido en los Convenios de la OIT, entre otros, en el Convenio sobre la Seguridad Social (Norma Mínima), 1952 (núm. 102); el Convenio sobre la Igualdad de Trato (Seguridad Social), 1962 (núm. 118); el Convenio sobre las Prestaciones en caso de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, 1964 [Cuadro I modificado en 1980] (núm. 121); el Convenio sobre las Prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes, 1967 (núm. 128); el Convenio sobre Asistencia Médica y Prestaciones Monetarias de Enfermedad, 1969 (núm. 130); el Convenio sobre la Conservación de los Derechos en Materia de Seguridad Social, 1982 (núm. 157); y el Convenio sobre la Protección de la Maternidad, 2000 (núm. 183). Varios instrumentos regionales de derechos humanos también reconocen el derecho a la salud, por ejemplo, la Carta Social Europea, art. 11; la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, art. 16; y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 10. Además, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, así como en la Declaración y el Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales (observación general núm. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr. 2)

71. **En la mayoría de los planes, la capacidad de pago y el principio de solidaridad intergeneracional son el fundamento para asignar las primas entre los beneficiarios.** De los 26 planes de seguro médico, 21 recaudan las aportaciones de los afiliados para las primas del seguro médico sobre la base de un porcentaje fijo de los emolumentos⁴³ del afiliado, con variaciones en función del tamaño de la familia, salvo ONU Turismo, que aplica un porcentaje uniforme independientemente del tamaño de la familia. En opinión del Inspector, el cálculo de estas tasas de aportación proporcionales es una buena práctica, ya que es sencillo y fácil de entender, al tiempo que incorpora la solidaridad basada en la capacidad de pago y en la edad (principio de solidaridad intergeneracional). Este tipo de solidaridad múltiple se suele reforzar mediante escalas móviles (como en el caso de los planes de la Secretaría de las Naciones Unidas y el OIEA)⁴⁴, de modo que las aportaciones a la protección de la salud son progresivas, a semejanza de los impuestos progresivos sobre la renta nacionales o la estructura de tasas del régimen común de las Naciones Unidas que se aplica para determinar las contribuciones del personal. En consecuencia, la solidaridad no solo es proporcional a los ingresos del personal, sino que llega a ser incluso más que proporcional a medida que aumentan los sueldos.

72. **La dimensión familiar de la solidaridad también está presente en diversos grados.** Las estructuras de cotización más sencillas, como la de ONU Turismo, en la que todos los familiares afiliados, sin límite numérico, están exentos de hacer aportaciones, presentan por su parte una nueva dimensión de solidaridad centrada en la familia. En este caso, la subvención de ONU Turismo cubre el 100 % de la prima correspondiente a los familiares calificados de todos los funcionarios (es decir, cónyuge e hijos a cargo), integrando el seguro médico como elemento de la política de protección familiar de la organización.

73. **El principio de equivalencia o causalidad de los costos, que suele caracterizar a las primas de los seguros comerciales privados, también se incluye en algunos planes.** El uso de primas con tasa uniforme en valores absolutos es otro método de cálculo de las aportaciones que no tiene en cuenta la solidaridad basada en la capacidad de pago y la sustituye por una versión limitada del principio de equivalencia o causalidad del gasto que suele caracterizar a las primas de los seguros comerciales privados. Al igual que un impuesto de capitación, las primas con tasa uniforme se basan en el tamaño de la familia y no en los emolumentos, a lo que puede añadirse un elemento de perfil de riesgo individual en la familia, que da lugar a aportaciones diferentes para niños y adultos. Los Planes Básicos de Seguro Médico de la FAO y el PMA recaudan una cantidad fija a sus afiliados, pero con la salvedad de que las aportaciones están limitadas al 5 % de los emolumentos. Aunque es fácil de entender a primera vista, este sistema puede dar lugar, en la práctica, a diferencias en las aportaciones que se sitúan entre el 1 % y el 5 % de los emolumentos, a mayores subvenciones para las familias con muchos hijos a cargo (como en el caso de ONU Turismo), y a que los empleados con sueldos más bajos paguen más en valores relativos (el 5 % de sus sueldos en el peor de los casos) en comparación con los que tienen emolumentos más altos (para quienes la misma cantidad fija representa sin duda una proporción menor de sus ingresos).

74. **Planes con solidaridad limitada o nula en función de la capacidad de pago.** El plan de seguro médico de la UPU es el único en el que se perciben aportaciones con tasa uniforme en función de la edad de los afiliados, independientemente de su nivel de ingresos, como es práctica habitual en el sector de los seguros privados. Esto implica, por un lado, que no hay subvenciones cruzadas entre asegurados (o más subvenciones de la organización) en función de su capacidad de pago y, por otro, que el grado de mutualización del riesgo es más limitado, ya que las personas con riesgos más elevados, como la edad, pagan más (es decir, autoaseguran una parte mayor, al menos en valores absolutos, de sus riesgos). En el modelo de la OACI, por su parte, se aplican porcentajes diferentes a las primas del personal de contratación nacional e internacional, lo que puede dar lugar a subvenciones cruzadas entre

⁴³ Se trata de los planes cuyos tomadores del seguro son la OIT, la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, la Oficina de las Naciones Unidas en Viena, la UNODC, la Secretaría de las Naciones Unidas en Nueva York, el PNUD, la UNESCO, el ACNUR, el UNICEF, la ONUDI, la UNOPS, el PMA y la OMS.

⁴⁴ A/61/730, párrs. 11, 12 y 13.

los afiliados o a un prorratio desigual de las subvenciones de la organización entre ambos grupos fundándose en una condición ajena al principio básico de la capacidad de pago.

75. **Los diversos modelos de solidaridad que se utilizan para evaluar las aportaciones de los asegurados dan en ocasiones resultados sorprendentes.** Con el fin de ilustrar las consecuencias de estos diferentes métodos de cálculo de las aportaciones, en el cuadro 7 se muestra el porcentaje de la remuneración neta del funcionario correspondiente a la cantidad aportada al plan de seguro médico de su organización, comparando, como estudios de casos, a un funcionario de 35 años que ocupa un puesto de categoría P-3, escalón V, y a un funcionario de la misma edad que ocupa un puesto de categoría GS-5, escalón V. El análisis de los estudios de casos demuestra que, en estas situaciones, un funcionario de categoría GS-5, escalón V, que gana menos que un funcionario de categoría P-3, escalón V, en los mismos lugares de destino (Ginebra, Bangkok, Roma), podría aportar un mayor porcentaje de sus ingresos a la prima del mismo plan de seguro médico.

Cuadro 7

Porcentaje de la remuneración neta de un funcionario destinado a la prima del seguro médico: comparación entre un funcionario de 35 años de categoría P-3, escalón V de contratación local, y un funcionario de 35 años de categoría GS-5, escalón V de contratación internacional, en el mismo lugar de destino (sin distinción de sexo)

Plan de seguro médico/ Lugar de destino	Solo el funcionario		El funcionario + un adulto		El funcionario + un adulto + un niño	
	P-3, escalón V	GS-5, escalón V	P-3, escalón V	GS-5, escalón V	P-3, escalón V	GS-5, escalón V
Bangkok						
OACI: Plan de Prestaciones Médicas	1,79	2,20	3,38	4,35	3,29	4,24
Ginebra, Berna						
UPU: Plan de Seguro Médico	2,34	3,02	4,42	5,54	5,41	6,50
OMPI: Plan de Seguro Médico Colectivo	2,32	2,51	4,38	4,71	5,23	5,39
Roma						
FAO: Plan Básico de Seguro Médico	2,02	3,56	3,71	5,00	4,54	5,00
PMA: Plan Básico de Seguro Médico	1,61	2,84	3,06	5,00	3,77	5,00

Fuente: Elaborado por la DCI.

76. **Es preciso aumentar la transparencia y la coordinación al definir la solidaridad entre los distintos planes.** El modelo de solidaridad básico que cada plan elige para determinar las aportaciones del personal suele basarse en una tradición de larga data y bien establecida. Sin embargo, en ocasiones la complejidad de las fórmulas utilizadas y sus consecuencias resultaban difícilmente comprensibles para los beneficiarios e incluso para los administradores de los planes, como se puso de manifiesto durante las entrevistas y la recopilación de datos del cuestionario institucional. El Inspector estima que es preciso aumentar la transparencia y el diálogo entre la organización y los representantes del personal para garantizar que se comprendan claramente el alcance y las repercusiones de esos acuerdos en el grado de mutualización de los riesgos y la solidaridad intergeneracional e interpersonal que prevén los planes. Además, en opinión del Inspector, también hay margen para adoptar un enfoque a nivel de todo el sistema sobre esta cuestión con objeto de establecer un conjunto de principios de fijación de las aportaciones que podría promover la armonización y la comparabilidad y reflejar un enfoque compartido de uno de los elementos más importantes

de la noción de seguridad social, más allá de la cobertura y el prorrateo de las primas entre los funcionarios en activo y jubilados y sus organizaciones empleadoras⁴⁵.

77. La ausencia de orientaciones comunes sobre el modelo de solidaridad en el que se basa el porcentaje de las aportaciones podría agravar las divergencias en el nivel de subvención que ofrecen las organizaciones a los afiliados y dar lugar a un prorrateo no equitativo de las aportaciones en el grupo de beneficiarios. Se espera que la siguiente recomendación mejore la coherencia y la armonización de las políticas y, por tanto, la transparencia, la comparabilidad y la movilidad interinstitucional del personal entre los planes de seguro médico de las organizaciones participantes.

Recomendación 4

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

2. Base de cálculo de las aportaciones de los jubilados

78. **Las pensiones reales son la forma más precisa de evaluar la capacidad de pago de los jubilados, al igual que los sueldos lo son para los funcionarios en activo.** Mientras que en el caso de los funcionarios en activo la base de cálculo suele ser su sueldo básico mensual neto más el ajuste por lugar de destino (para el personal de contratación internacional) y otras asignaciones, como la prima por conocimiento de idiomas y el subsidio de no residente, en el caso de los jubilados esa base varía desde las pensiones reales hasta una cantidad considerada funcionalmente equivalente, por ejemplo, un porcentaje de su último sueldo durante el servicio activo. Esto se hace principalmente para simplificar los cálculos y evitar la dependencia de los datos de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, aunque una medida más equitativa de la capacidad de pago, y la más exacta, siguen siendo las pensiones reales, como demuestra el uso de los sueldos en el caso de los funcionarios en activo y como decidió la Asamblea General en su resolución 1095 A (XI) de 27 de febrero de 1957⁴⁶. Por esa razón, así como para fomentar la comparabilidad y la armonización de los planes en todas las organizaciones participantes en la DCI, **el Inspector sugiere que, siempre que se disponga de datos, se utilicen las pensiones reales (o una proporción uniforme de las mismas) en lugar de una variable sustitutiva como base para calcular las aportaciones de los jubilados a sus respectivos planes de seguro médico, a fin de ajustar mejor esas aportaciones a la capacidad de pago de los jubilados,** sin perjuicio de la utilización de una pensión teórica con el mismo fin, como se describe en los párrafos siguientes.

⁴⁵ Los modelos pueden ser: del tipo de mercado, en los que la solidaridad se limita a compartir riesgos entre un grupo amplio de personas y las aportaciones no se basan en los ingresos o la capacidad de pago, sino en los riesgos o gastos previsibles (edad y número de familiares, e incluso estado de salud); moderadamente redistributivos, en los que los pagos se determinan en proporción directa a los ingresos, e independientemente de la edad y el tamaño de las familias, de modo que, *ceteris paribus*, los que ganan más subvencionan a los que reciben menos, y las familias más numerosas son subvencionadas por las más pequeñas y, en particular, por los solteros con ingresos equivalentes; fuertemente redistributiva, en la que, además de no tener en cuenta la edad ni la composición familiar, se aplica una escala móvil a los ingresos para determinar las aportaciones, con lo que se refuerzan las subvenciones cruzadas descritas en el caso anterior; y regresiva, en la que se aplica un tipo inversamente proporcional a los ingresos (una aportación con tasa fija, similar al impuesto de capitación, sería la expresión más sencilla de esta categoría).

⁴⁶ La Asamblea General “autoriza al Secretario General a que, con efecto a partir del 1 de junio de 1957, [...] amplíe los actuales planes de seguro médico y de hospitalización aplicables al personal; estos planes deberán financiarse a base de la repartición en proporciones aproximadamente iguales del costo total entre el personal afiliado y la Organización, de manera que el personal de las categorías de remuneración más baja reciba una ayuda financiera mayor que el personal de las categorías de remuneración más alta”.

79. **El uso de una pensión teórica como base para calcular las aportaciones al seguro médico posterior a la separación del servicio puede reforzar la solidaridad y contribuir a la contención de los costos.** La utilización de una pensión teórica equivalente a un número mínimo de años de afiliación para determinar las aportaciones al seguro médico posterior a la separación del servicio es otra forma de solidaridad con los afiliados cuya carrera ha sido más larga cuando las cotizaciones se calculan sobre la base de las pensiones reales⁴⁷, así como una forma de contener los costos. En su resolución 61/264, la Asamblea General aprobó la aplicación de una pensión teórica correspondiente a un mínimo de 25 años de servicio como base para calcular las aportaciones de los jubilados con menos años de afiliación contributiva a un plan de seguro médico administrado por las Naciones Unidas, de modo que estos deben pagar la aportación que corresponde a pensiones más altas que las que realmente perciben, lo que da lugar a que la organización (y el resto de los jubilados) paguen cotizaciones más bajas⁴⁸. Teniendo en cuenta el origen de esta iniciativa, cabe señalar que no tiene nada que ver con el principio de capacidad de pago, sino que está relacionada con la adquisición del derecho a una subvención para el seguro médico posterior a la separación del servicio.

80. **La pensión teórica solo es aplicada por algunas organizaciones participantes.** De los 26 planes de seguro médico, 8 cumplen o siguen la resolución mencionada. Se trata de los planes cuyos tomadores del seguro son la OIT, la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, la Secretaría de las Naciones Unidas en Nueva York y la ONUDI. Los planes de la UNESCO y la OMS también aplican una base similar, pero la primera utiliza una cantidad teórica de pensión de 20 años, mientras que la OMS impone un período de 30 años. Ninguno de los demás planes recurre a una pensión teórica para limitar sus subvenciones a los jubilados, aunque la utilización de los emolumentos reales en el momento de la separación del servicio puede tener efectos similares en términos de aumento de las aportaciones de los jubilados.

81. En el cuadro 8 se expone la aplicación de diferentes bases a los funcionarios jubilados que tienen derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio y a las subvenciones de la organización para las primas del seguro médico.

Cuadro 8

Base para calcular la aportación del funcionario jubilado a las primas del seguro médico

<i>Base de cálculo</i>	<i>Organizaciones participantes y plan de seguro médico</i>
Una pensión teórica correspondiente a un mínimo de diez años (a menos que la cantidad real total de la pensión sea superior)	ONU Turismo, Plan de Seguro de Enfermedad y Accidentes
Una pensión teórica correspondiente a un mínimo de 20 años	UNESCO Caja de Seguros Médicos
Una pensión teórica correspondiente a un mínimo de 25 años (a menos que la cantidad real total de la pensión sea superior)	OIT Caja del Seguro de Salud del Personal Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas Oficina de las Naciones Unidas en Viena, Plan de Seguro Médico Integral

⁴⁷ A veces se utiliza una parte de la pensión, en lugar de la pensión real completa, para calcular las aportaciones de los jubilados, con la intención de reducir proporcionalmente esas aportaciones. Mientras la proporción aplicada a las pensiones sea igual para todos los jubilados, por ejemplo, el 50 % para todos, se mantendrá el mismo efecto de reequilibrio entre las aportaciones de los afiliados con carreras más cortas mediante el uso de una pensión teórica y las de aquellos con carreras más larga

⁴⁸ Aunque el uso de la pensión teórica fue aprobado por la Asamblea General en su resolución 61/264, la disposición no entró en vigor hasta julio de 2017 para todo el personal contratado a partir del 1 de julio de 2007, ya que su plena aplicación se aplazó a la espera de que el Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio examinara otros mecanismos basados en el método de la capitalización. Dado que el Grupo de Trabajo no llegó a un consenso sobre las otras opciones, la disposición aprobada por la Asamblea General entró plenamente en vigor a partir del 1 de enero de 2023 (A/76/373, párr. 63).

Base de cálculo	Organizaciones participantes y plan de seguro médico
	Secretaría de las Naciones Unidas, Aetna, Cigna Dental, Empire Blue Cross, Plan Mundial de las Naciones Unidas
	ONUDI Plan de Seguro Médico Integral y Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno
Una pensión teórica correspondiente a un mínimo de 30 años o la cantidad total de la pensión si se jubila con más de 30 años de cotización a la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas.	OMS Seguro de Enfermedad del Personal
Una prestación periódica completa de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (recalculada para incluir cualquier parte que pueda haberse conmutado en una suma global), incluidos los ajustes por costo de la vida; o el 46 % de la Remuneración Media Final ^a calculada por la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas.	FAO Cobertura Médica Posterior a la Separación del Servicio y Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio
Una prestación periódica completa de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (recalculada para incluir cualquier parte que pueda haberse conmutado en una suma global), incluidos los ajustes por el costo de la vida; o el 32 % de la Remuneración Media Final ^a calculada por la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas.	PMA Plan Básico de Seguro Médico
Emolumentos mensuales netos del último mes completo de servicio (fijos durante la vida de los jubilados) para determinar el porcentaje que el afiliado aportará a la cuantía de la prima.	OIEA Plan de Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio
La cantidad más elevada entre un tercio de la remuneración utilizada para calcular la aportación en la fecha de separación del servicio o la totalidad de la prestación periódica de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (recalculada para incluir cualquier parte que pueda haberse conmutado en una suma fija).	OMI Plan de Seguro Médico Colectivo
El 50 % del sueldo neto en vigor correspondiente a la categoría y el escalón de los funcionarios jubilados en el momento de la separación del servicio, ajustado de forma periódica en función de los aumentos globales del costo de la vida declarados por la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas.	Secretaría de las Naciones Unidas, Plan de Seguro Médico PNUD Plan de Seguro Médico ACNUR Plan de Seguro Médico UNICEF Plan de Seguro Médico PMA Plan de Seguro Médico
El sueldo neto en vigor correspondiente a la categoría y el escalón de los funcionarios jubilados en el momento de la separación del servicio ^b .	UNOPS Plan de Seguro Médico
No se aplica, tasas uniformes de aportación independientemente del nivel de ingresos	OACI Plan de Prestaciones Médicas UPU Plan de Seguro Médico OMPI Plan de Seguro Médico Colectivo

Fuente: Elaborado por la DCI.

^a El promedio de la remuneración pensionable correspondiente a los 36 meses de mayor cuantía de los últimos cinco años de servicio.

^b No obstante, los porcentajes de aportación de los funcionarios jubilados son el 50 % de los correspondientes a los funcionarios en activo.

82. **La reducción de las aportaciones de las organizaciones participantes para los jubilados con una afiliación contributiva a los planes limitada es una buena práctica.** Como se ha indicado, todos los planes han adoptado con el tiempo diversos enfoques para calcular las aportaciones de los jubilados en función de su capacidad de pago o del criterio alternativo de la causalidad del gasto. Estos enfoques abarcan desde las pensiones reales —la aproximación más cercana a la capacidad de pago— hasta la última remuneración del funcionario en activo, pasando por la cuantía del sueldo neto en vigor correspondiente a la última categoría y el último escalón del funcionario jubilado, o incluso una aportación con tasa fija desvinculada de los ingresos. Salvo el relativo a la tasa fija, todos los demás enfoques se basan en los ingresos y, por tanto, en el principio básico de la capacidad de pago aplicado habitualmente a los planes de seguridad social y aprobado por los Estados Miembros en 1957; el Inspector considera que todos ellos son aceptables, opinión corroborada por los representantes de las asociaciones del personal entrevistados, que no expresaron preocupación alguna al respecto. Sin embargo, lo que se presta a una mayor armonización es el número de años que se tiene en cuenta al estimar la pensión teórica sobre la cual se calculan las aportaciones de los jubilados, como forma de reducir la parte de las primas que corresponde a las organizaciones participantes en el caso de los jubilados con una afiliación contributiva a los planes limitada. **Por ello, el Inspector sugiere que al calcular las aportaciones se tome en consideración, además de la capacidad de pago (idealmente, la pensión real), la necesidad de minimizar las subvenciones excesivas a los jubilados cuya afiliación contributiva al plan mientras estuvieron en activo fue escasa.**

3. Reparto del pago de las primas entre los afiliados y las organizaciones

83. **Los principios de participación en el pago de las primas establecidos por la Asamblea General requieren que el empleador cubra como mínimo el 50 % del costo, y que las aportaciones de los beneficiarios se basen en sus emolumentos.** En su resolución 1095 A (XI), aprobada el 27 de febrero de 1957, la Asamblea General estableció que los planes de seguro médico y hospitalización aplicables al personal deberían financiarse sobre la base de “la repartición global en proporciones aproximadamente iguales del costo total entre el personal afiliado y la Organización”, si bien en 1983⁴⁹ introdujo con carácter experimental una relación máxima de 2 a 1 entre las aportaciones de la Organización y las de los afiliados en el caso de los planes de seguro médico basados en los Estados Unidos, debido al elevado costo de la atención de la salud en ese país⁵⁰. Si bien la distribución global de las aportaciones se ajusta a esa relación, no se aplica de manera uniforme, ya que, de conformidad con la resolución mencionada, las aportaciones de los afiliados se realizan en función de su remuneración neta, por lo que las aportaciones de la organización, que cubren el saldo pendiente de cada una de las primas, son inversamente proporcionales a los niveles salariales. Además, también sobre la base de las cantidades de las primas y los porcentajes fijados para las aportaciones del personal, la parte correspondiente a la Organización es ligeramente superior en el caso de las personas con familias numerosas, incorporando así en la fijación de las aportaciones un factor de protección familiar que también está vinculado al perfil de riesgo diferenciado de las familias en función de su tamaño.

84. **El nivel real de las aportaciones de las organizaciones a las primas del seguro médico se sitúa entre el 50 % y el 75 %.** Un grupo de organizaciones participantes —OIT, OACI (para el personal de contratación internacional), Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, Oficina de las Naciones Unidas en Viena, UNESCO, ONUDI y UPU— mantiene el porcentaje de aportación en torno al 50 % para los funcionarios en activo. En los planes de seguro médico destinados exclusivamente al personal de contratación local fuera de la sede, las organizaciones efectúan las aportaciones más elevadas, entre el 50 % y el 75 %, como en el caso de los Planes de Seguro Médico administrados por la Secretaría de las Naciones Unidas, el PNUD, el ACNUR, el UNICEF y la UNOPS, el Plan de Seguro Médico administrado por la FAO y el Plan de Prestaciones Médicas administrado por la OACI. El Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS es el único plan que tiene una proporción de

⁴⁹ Resolución 38/235 de la Asamblea General.

⁵⁰ La Asamblea General confirmó por última vez esta decisión en 2014, en su resolución 69/251, a saber, mantener en las proporciones vigentes el prorrateo de las primas de seguro médico entre la Organización y el personal en activo y jubilado afiliado a los planes de seguro médico.

aportaciones de 2 a 1 entre la organización y los afiliados que tienen derecho, y es aplicable a los afiliados en todo el mundo.

85. **Solo la mitad de los planes prevén un nivel de subvención más elevado para los funcionarios jubilados que para los funcionarios en activo**, lo que refuerza el principio de solidaridad intergeneracional arraigado en el concepto de seguro o mutualización de los riesgos para la salud. Varios planes establecen porcentajes fijos de participación en la aportación. La proporción de las aportaciones a los planes de la OIT y de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena, por ejemplo, es de 50 a 50 entre la organización y el personal y de 67 a 33 entre la organización y los funcionarios jubilados, como se muestra en el cuadro 9. En el documento complementario del presente examen figuran más pormenores sobre el porcentaje de las aportaciones.

86. **En algunas organizaciones, en general, el personal paga una proporción mayor de la prima que la organización**. Como se observa en el cuadro 10, este es el caso del Plan de Seguro Médico de la FAO, del Plan Mundial de las Naciones Unidas de la Secretaría de las Naciones Unidas (para los funcionarios en activo) y de los dos planes de la ONUDI para los jubilados.

87. **Aunque los principios de solidaridad interpersonal e intergeneracional están presentes en la mayoría de los planes, existen desigualdades en el prorrateo de las primas**. El Inspector observó que las disposiciones vigentes para compartir los costos de las primas del seguro médico entre las organizaciones y los afiliados se ajustan en general a las resoluciones pertinentes de la Asamblea General y a los principios de solidaridad interpersonal e intergeneracional inherentes a la noción de seguridad social, ya que los funcionarios con una tasa de remuneración más baja y los que tienen familias más numerosas suelen recibir una proporción mayor de las aportaciones de sus organizaciones, mientras que los funcionarios jubilados y los familiares a su cargo aportan menos, reciben subvenciones más elevadas y pueden percibir reembolsos más elevados del seguro médico. Sin embargo, como ya se ha mencionado, se observan muchas desigualdades comparativas en la distribución del costo del seguro médico, como se muestra en el cuadro 9 y se detalla en la siguiente subsección.

Cuadro 9

Porcentajes globales de las aportaciones, por plan de seguro médico en 2022^a

	Porcentajes de las aportaciones (en porcentaje)	
	Organización: funcionarios en activo	Organización: funcionarios jubilados
<i>Plan de seguro médico</i>		
FAO Plan Básico de Seguro Médico/Cobertura Médica Posterior a la Separación del Servicio	61:39	63:37
FAO Plan de Seguro Médico/Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio	39:61	No se aplica
OIEA Plan de Seguro Médico Integral/Plan de Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio	40:60	44:56
OACI Plan de Prestaciones Médicas	48:52	52:48
OIT Caja del Seguro de Salud del Personal	52:48	67:33
OMI Plan de Seguro Médico Colectivo	63:37	83:17
Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas	47:53	65:35
Oficina de las Naciones Unidas en Viena/UNODC, Plan de Seguro Médico Integral	56:44	77:23
Secretaría de las Naciones Unidas, Aetna	51:49	75:25
Secretaría de las Naciones Unidas, Cigna Dental	55:45	71:29
Secretaría de las Naciones Unidas, Empire Blue Cross	59:41	78:22
Secretaría de las Naciones Unidas, Plan de Seguro Médico	79:21	67:33

<i>Plan de seguro médico</i>	<i>Porcentajes de las aportaciones (en porcentaje)</i>	
	<i>Organización: funcionarios en activo</i>	<i>Organización: funcionarios jubilados</i>
Secretaría de las Naciones Unidas, Plan Mundial de las Naciones Unidas	34:66	61:39
PNUD Plan de Seguro Médico	77:23	75:28
UNESCO Caja de Seguros Médicos	50:50	50:50
ACNUR Plan de Seguro Médico	78:22	
	No se dispone de datos desglosados	
UNICEF Plan de Seguro Médico	79:21	No se dispone de datos
ONUDI Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno	53:47	30:70
ONUDI Plan de Seguro Médico Integral	53:47	30:70
UNOPS Plan de Seguro Médico	77:23	89:11
ONU Turismo Plan de Seguro de Enfermedad y Accidentes	No se dispone de datos	
UPU Plan de Seguro Médico	No se dispone de datos	
PMA Plan Básico de Seguro Médico	52:48	57:43
OMS Seguro de Enfermedad del Personal	67:33	69:31
OMPI Plan de Seguro Médico Colectivo	47:53	48:52

Fuente: Elaborado por la DCI sobre la base de información financiera proporcionada por las organizaciones participantes.

^a Las aportaciones de las organizaciones también incluyen el pago adicional de los honorarios de un administrador externo o de una tasa administrativa interna relacionada con las solicitudes de reembolsos, de ser procedente.

^b La cuantía de las aportaciones de los funcionarios en activo y jubilados incluye las cantidades no subvencionadas. Esto tiene una ligera repercusión en el cálculo del porcentaje.

88. Es necesario disponer de normas comunes sobre la participación en los costos del seguro médico. De conformidad con la recomendación 4 del presente examen, el Inspector considera que, con independencia de las diferencias de cobertura, no hay ninguna razón clara, aparte de la variación de los costos médicos en cada lugar, para aplicar diferentes porcentajes de participación en las primas entre las organizaciones y los beneficiarios de los distintos planes. **El Inspector considera también que el derecho a la seguridad social y, en particular, al seguro médico requiere que, como mínimo, las organizaciones asuman la mitad del costo de los planes.**

4. Estudio comparativo de las aportaciones de los funcionarios a las primas del seguro médico en seis lugares de destino

89. En el examen se utilizaron estudios de casos para examinar los pagos de primas del seguro médico efectuados por funcionarios en activo, mediante la selección de seis lugares de destino de distintas regiones: Bangkok, Brasilia, El Cairo, Ginebra, Yuba y Nairobi. Estos lugares de destino acogen a diversas entidades de las Naciones Unidas, lo que significa que hay varios planes de seguro médico diferentes. En los estudios de casos se examinó el porcentaje de la remuneración de un funcionario de contratación internacional de categoría P-3, escalón V, y de un funcionario de contratación nacional de categoría GS-5, escalón V⁵¹, destinado a la prima del seguro médico.

⁵¹ Los datos se basan en las escalas de sueldos, las tasas de ajuste por lugar de destino y los tipos de cambio operacionales de las Naciones Unidas a 31 de julio de 2023.

90. **En un mismo lugar de destino, en función de la organización y del plan, el costo del seguro médico para funcionarios de la misma categoría puede variar en un factor de hasta 2,5.** Los datos de los estudios de casos indican que puede haber una variación en un factor de hasta 2,5 entre las cantidades más bajas y las más altas de las primas para los funcionarios de categoría P-3, escalón V, en los mismos lugares de destino. Por ejemplo, en Bangkok, un funcionario de categoría P-3, escalón V, asegurado en el Plan Mundial de las Naciones Unidas, de la Secretaría de las Naciones Unidas, pagaría 121,73 dólares al mes por su parte de la aportación a la prima del seguro (solo para el funcionario), es decir, el 1,48 % de su remuneración neta, mientras que si estuviera asegurado en la Caja del Seguro de Salud del Personal de la OIT, el funcionario pagaría 291,99 dólares al mes, es decir, el 3,55 % de la misma remuneración neta. Asimismo, para una familia de tres miembros (un funcionario, un cónyuge y un hijo) en Nairobi, un funcionario acogido al Plan Mundial de las Naciones Unidas pagaría 309,01 dólares al mes, es decir, el 3,6 % de su remuneración neta, frente a 541,25 dólares al mes, es decir, el 6,31 % de la remuneración neta, si estuviera asegurado en el Seguro Médico Colectivo de la Sede de la ONUDI.

91. **Puede haber variaciones importantes en el caso de los funcionarios de la categoría del Cuadro de Servicios Generales.** En el caso de un funcionario de categoría GS-5, escalón V, la diferencia de aportación a las primas entre dos planes puede llegar a cuadruplicarse. Por ejemplo, en Nairobi, la aportación mensual a la prima para un funcionario y un familiar adulto es de 18,27 dólares, es decir, el 1,35 % de la remuneración neta, en el caso de los Planes de Seguro Médico de la Secretaría de las Naciones Unidas y del ACNUR, y de 77,65 dólares, es decir, el 5,74 % de la misma remuneración neta, en el caso del Plan de Prestaciones Médicas de la OACI. En el cuadro 10 se muestra la cuantía de la prima mensual y el porcentaje de la remuneración neta asignado a la prima de un funcionario de categoría P-3, escalón V, en Bangkok. En el cuadro 11 se presenta un conjunto similar de datos para un funcionario de categoría GS-5, escalón V, en el mismo lugar de destino. En el documento complementario del presente examen pueden consultarse los datos de los seis lugares de destino seleccionados para los estudios de casos.

Cuadro 10

Cuantía de las primas mensuales del seguro médico y porcentaje de la remuneración neta de un funcionario de categoría P-3, escalón V, en Bangkok

Plan de seguro médico	Cuantía de la prima mensual (en dólares) (porcentaje del sueldo del funcionario destinado a la prima de seguro)		
	Solo el funcionario	Funcionario + un familiar calificado	Funcionario + dos familiares calificados
Lugar de destino: Bangkok			
FAO Plan Básico de Seguro Médico	176,43 (2,15)	344,63 (3,95)	432,27 (4,82)
OACI Plan de Prestaciones Médicas	147,12 (1,79)	294,44 (3,38)	294,44 (3,29)
OIT Caja del Seguro de Salud del Personal	291,99 (3,55)	402,80 (4,62)	446,34 (4,98)
Secretaría de las Naciones Unidas, Plan Mundial de las Naciones Unidas para funcionarios de la Secretaría de las Naciones Unidas, el PNUD, ONU-Mujeres, el UNFPA y la UNOPS	121,73 (1,48)	199,66 (2,29)	322,66 (3,60)
UNESCO Caja de Seguros Médicos	259,91 (3,16)	414,30 (4,75)	496,53 (5,54)
ONUDI Plan de Seguro Médico Integral	259,35 (3,15)	412,35 (4,73)	565,15 (6,31)
Oficina de las Naciones Unidas en Viena, Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas para el ACNUR	279,65 (3,40)	383,62 (4,40)	430,21 (4,80)
PMA Plan Básico de Seguro Médico	141,64 (1,72)	285,13 (3,27)	359,92 (4,02)
OMS Seguro de Enfermedad del Personal, también para los funcionarios de ONUSIDA	209,74 (2,55)	444,65 (5,10)	488,47 (5,45)

Fuente: Elaborado por la DCI.

Cuadro 11

Cuantía de las primas mensuales del seguro médico y porcentaje de la remuneración neta de un funcionario de categoría GS-5, escalón V, en Bangkok

Plan de seguro médico	Cuantía de la prima mensual (en dólares) (porcentaje del sueldo del funcionario destinado a la prima de seguro)		
	Solo el funcionario	Funcionario + un familiar calificado	Funcionario + dos familiares calificados
Lugar de destino: Bangkok			
FAO Plan de Seguro Médico	29,81 (1,43)	38,8 (1,82)	56,10 (2,61)
OACI Plan de Prestaciones Médicas	45,82 (2,20)	91,13 (4,36)	91,13 (4,24)
OIT Caja del Seguro de Salud del Personal	74,0 (3,55)	96,67 (4,62)	107,5 (4,98)
Secretaría de las Naciones Unidas, Plan de Seguro Médico	21,89 (1,05)	28,25 (1,35)	39,77 (1,85)
PNUD Plan de Seguro Médico	22,93 (1,10)	29,29 (1,40)	42,99 (2,00)
UNESCO Caja de Seguros Médicos	65,87 (3,16)	99,2 (4,73)	119,8 (5,54)
UNICEF Plan de Seguro Médico	22,93 (1,10)	29,29 (1,40)	40,84 (1,90)
ACNUR Plan de Seguro Médico	21,89 (1,05)	28,25 (1,35)	39,77 (1,85)
ONUDI Plan de Seguro Médico Integral	38,57 (1,85)	58,6 (2,78)	119,8 (5,54)
UNOPS Plan de Seguro Médico	22,93 (1,10)	29,29 (1,40)	42,99 (2,00)
PMA Plan Básico de Seguro Médico	25,22 (1,21)	32,22 (1,54)	47,29 (2,20)
OMS Seguro Médico del Personal, también para los funcionarios de ONUSIDA	53,16 (2,55)	106,71 (5,10)	117,15 (5,45)

Fuente: Elaborado por la DCI.

92. **Es necesario mejorar la coordinación para evitar la competencia nociva y garantizar unas condiciones de servicio más comparables.** A la vista de los datos que figuran en los cuadros 10 y 11 y de los resultados de las entrevistas realizadas, al parecer no hay razones válidas que justifiquen las disparidades observadas, salvo la existencia de múltiples planes de seguro con coberturas variables (véase la sección E) y los gastos administrativos en el mismo lugar. Aunque esta explicación puede ser aceptable en términos de comprensión de las diferencias, el resultado es discutible, ya que indica que funcionarios que trabajan en las mismas circunstancias reciben un trato diferente basado únicamente, o, sobre todo, en su afiliación a un plan de seguros determinado. Esta situación, junto con otras mencionadas anteriormente y las diferencias de cobertura expuestas en la sección E, es claramente incompatible con el objetivo de un régimen común que evite la competencia nociva entre las organizaciones del sistema al contratar personal y que, al mismo tiempo, ofrezca las mismas condiciones de trabajo a los empleados en el mismo lugar de destino, independientemente de su empleador. **El Inspector propone que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas coordinen sus actividades en los lugares de destino para evitar en la medida de lo posible disparidades en las aportaciones y la cobertura.**

E. Cobertura y prestaciones

93. **Se seleccionaron 11 aspectos esenciales para comparar el nivel de cobertura y las prestaciones entre los distintos planes.** No existen índices de referencia o estándares reconocidos internacionalmente sobre el nivel de cobertura del seguro médico de los empleados que puedan utilizarse en el presente examen para evaluar la idoneidad de los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas. Además, debido a los detalles más específicos sobre lo que ofrecen los distintos planes en cuanto a su cobertura y prestaciones, y a las diferentes cantidades de las primas, resulta poco práctico determinar si un plan ofrece mejor cobertura que los demás. No obstante, en el presente examen se seleccionaron 11 aspectos esenciales para comparar el nivel de cobertura y las prestaciones

de estos planes y ofrecer algunas ideas para lograr una mayor armonización. Los aspectos se seleccionaron teniendo en cuenta las características y los ámbitos de cobertura más comunes de la mayoría de los planes de seguro médico y los más utilizados por los afiliados. En esta sección se ofrece un resumen de las constataciones principales, mientras que en el documento complementario del presente examen figuran más pormenores. Además, en el capítulo IV del informe se analizan las opiniones de los afiliados sobre el grado en que la cobertura y las prestaciones satisfacen sus necesidades⁵².

1. Elección de los proveedores de atención de salud y cobertura geográfica

94. **Todos los planes permiten a sus afiliados la libre elección de los proveedores de atención de salud**, pero algunos, sobre todo los concebidos para los afiliados de América del Norte, ofrecen importantes prestaciones preferentes a quienes acuden a los proveedores participantes en su red. Los planes Aetna y Empire Blue Cross de la Secretaría de las Naciones Unidas, por ejemplo, ofrecen a los afiliados una cobertura completa sin franquicias y unos pagos directos máximos más bajos para la mayoría de los servicios de los proveedores participantes en su red. Fuera de América del Norte, la mayoría de los planes no ofrecen ventajas de importancia entre los distintos proveedores, salvo cuando se establecen precios negociados con proveedores específicos de determinadas ciudades.

95. **La cobertura es mundial, excepto para la mayor parte del personal de contratación local sobre el terreno.** En cuanto a la cobertura geográfica, los planes destinados a los funcionarios en activo y jubilados de todo el mundo, independientemente de su situación en materia de contratación (contratación internacional o local), ofrecen una cobertura mundial a un “costo razonable y habitual” en el lugar donde se recibe el servicio, aunque muchos planes prevén una cobertura limitada en los Estados Unidos debido a los elevados costos de los servicios en ese país. Los planes concebidos específicamente para el personal de contratación local, por ejemplo, los Planes de Seguro Médico de la Secretaría de las Naciones Unidas, el PNUD, el ACNUR y el UNICEF, ofrecen una cobertura limitada o nula fuera de los lugares de destino o de residencia de los afiliados en circunstancias normales⁵³. Esto podría suponer un reto importante para los afiliados que residen en lugares de destino donde el acceso a la atención de la salud es limitado; esta situación merece una atención más estrecha y constante para evitar carencias en la prestación adecuada del seguro médico como parte del derecho a la seguridad social de los funcionarios y los jubilados.

2. Cobertura financiera y protección frente a gastos catastróficos

96. **Los límites anuales de reembolso varían de forma sustancial entre los distintos planes en el mismo lugar de destino e incluso en la misma organización.** Entre los 26 planes, el límite global de reembolso anual varía entre 60.000 dólares por persona y una cantidad ilimitada. En el mismo plan, la cantidad máxima global se ofrece por igual a todos los afiliados que se encuentren en el mismo lugar de destino, independientemente de su situación en materia de contratación y de su categoría profesional. En consecuencia, se observa que en el nivel de cobertura financiera del plan se aplica el principio de solidaridad, lo cual permite que los afiliados con distintos niveles de ingresos, edad y condiciones de salud se beneficien por igual del plan en función de sus necesidades de atención de la salud y no de su sueldo o de la categoría de su contrato. Sin embargo, la cobertura financiera puede variar de forma sustancial entre los distintos planes y en el mismo lugar de destino, en particular cuando en la misma organización participante se asignan diferentes planes de seguro médico a los funcionarios de contratación local y de contratación internacional y a los jubilados. En el documento complementario del presente examen figuran más pormenores sobre los límites anuales de reembolso previstos en estos planes.

⁵² Cabe señalar que los datos aquí presentados se basan en los documentos de política disponibles en el momento de redactar el presente informe. Determinadas prestaciones y coberturas pueden requerir autorización previa y determinadas condiciones por parte del plan responsable. A efectos comparativos, estos detalles no se incluyen en el análisis.

⁵³ Cabe señalar que, en el caso de los planes de seguro médico, mediante el acuerdo Regional Area of Care los afiliados pueden acceder a servicios médicos que no están disponibles en su lugar de destino desplazándose a lugares de destino cercanos.

97. **Existe una protección adicional frente a las dificultades financieras derivadas de unos costos de atención de la salud inusualmente elevados.** Dado que el seguro médico se considera parte de la protección de la seguridad social que ofrecen las Naciones Unidas a sus funcionarios y jubilados, así como a sus familiares y asociados calificados, la mayoría de sus planes de seguro médico ofrecen una protección adicional frente a las dificultades financieras que puedan derivarse de unos costos de atención de la salud elevados o catastróficos. Se trata de una medida para limitar las pérdidas y/o de una disposición para caso de dificultades. Las medidas para limitar las pérdidas imponen un límite máximo a la cuantía de los gastos directos (coaseguro, es decir, un porcentaje de los costos médicos por cada consulta o tratamiento) en el caso de los costos de atención de la salud del afiliado. Una vez alcanzado ese límite, el seguro médico cubriría el resto de los costos en su totalidad o en un porcentaje superior, independientemente del límite máximo de financiación global del plan.

98. **La protección contra los gastos catastróficos debe basarse en la noción de un esfuerzo financiero igual para todos los afiliados.** De los 26 planes, 22 prevén una medida para limitar las pérdidas, pero con diferentes cantidades máximas para los gastos directos. En varios planes, la cuantía de los gastos directos se determina como porcentaje de la remuneración mensual o anual del afiliado principal, mientras que otros utilizan una cantidad fija igual para todos. Teniendo en cuenta la finalidad de esta cláusula, a saber, evitar que los afiliados tengan que hacer frente a dificultades financieras importantes a causa de una enfermedad, el Inspector considera que la cláusula para limitar las pérdidas debe determinarse siempre en valores relativos y no en cantidades absolutas, por la sencilla razón de que, por ejemplo, 1.000 dólares tienen mayor importancia financiera para alguien cuyo sueldo es de 1.000 dólares al mes que para alguien que gana diez veces más.

99. **Existe una cobertura excepcional en caso de que se alcance el límite máximo del plan y se incurra en gastos extraordinarios.** La disposición para caso de dificultades ofrece una cobertura financiera adicional con carácter excepcional a los afiliados cuyos reembolsos hayan alcanzado la cobertura financiera total del plan. Por consiguiente, la disposición para caso de dificultades no es aplicable a los planes que no tienen límites máximos, como los administrados por el OIEA, la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, la Oficina de las Naciones Unidas en Viena, la UNODC, la ONUDI, la OMS y la OMPI. De los planes que limitan el nivel de reembolso, diez ofrecen una disposición para caso de dificultades. En el documento complementario del presente examen figuran más pormenores sobre las medidas para limitar las pérdidas y las disposiciones para caso de dificultades⁵⁴.

100. **Las cláusulas para limitar las pérdidas y para caso de dificultades, combinadas con límites máximos globales de reembolso, son buenas prácticas.** Teniendo en cuenta las diferencias en la cobertura financiera global y en la disponibilidad y el alcance de las disposiciones para limitar las pérdidas y para caso de dificultades, es evidente que el nivel de protección social del seguro médico varía de forma sustancial entre los distintos planes. El Inspector considera que las cláusulas para limitar las pérdidas y para caso de dificultades, combinadas con límites máximos globales de reembolso, son buenas prácticas para contener los costos y garantizar al mismo tiempo una protección plena en caso de necesidad, sobre todo con objeto de permitir la cobertura de los riesgos para la salud más graves y costosos. **El Inspector sugiere que las organizaciones participantes adapten sus políticas y contratos de seguro médico a fin de asegurar que las disposiciones para limitar las pérdidas o para caso de dificultades se basen en un principio de apoyo financiero equivalente para todos los afiliados y que el apoyo se conceda únicamente cuando exista una dificultad financiera real en términos que guarden relación con la capacidad de pago de la persona asegurada.**

3. Atención ambulatoria general y productos farmacéuticos

101. **Los porcentajes de reembolso se sitúan entre el 75 % y el 100 % de los gastos médicos y farmacéuticos.** Los planes de seguro médico que no están basados en América

⁵⁴ En la Encuesta Mundial del Personal realizada en el marco del examen, el 13 % de los encuestados (2.580 personas) indicaron que habían presentado una solicitud de reembolso excepcional en los cuatro años anteriores y el 56 % de estos encuestados informaron de que sus solicitudes habían sido concedidas.

del Norte, casi todos reembolsan el 80 % de los gastos de atención ambulatoria sin franquicia, a excepción del plan de la UNESCO, que reembolsa el 75 %, el plan de ONU Turismo, que cubre el 100 % de los proveedores de la red en España y el 90 % en el resto del mundo, y los planes de la UPU y la OMPI, que cubren el 90 % de los gastos después de la franquicia deducible anual. En el caso de los planes basados en América del Norte, la cobertura es del 100 % de los proveedores participantes en la red, con una pequeña cantidad (entre 15 y 20 dólares) de copago por visita, y del 80 % después de las franquicias deducibles para los proveedores que no participan en la red. Además, en el caso de los productos farmacéuticos de venta con receta, los porcentajes de reembolso son en su mayoría del 80 %, y solo en unos pocos planes del 90 %⁵⁵. En el documento complementario del presente examen figuran más pormenores.

4. Hospitalización

102. **En cuanto a los costos de hospitalización (habitación y alimentación), la mayoría de los planes cubren el 100 % de una habitación semiprivada o de una cama en un pabellón público.** En algunos lugares de destino, especialmente en Europa y América del Norte, puede establecerse una cantidad máxima para los reembolsos como medida de contención de costos, lo que se considera una buena práctica. Se ofrece un nivel de reembolso inferior, por ejemplo, el 80 % en lugar del 100 %, por una habitación privada, lo que constituye otra buena práctica de contención de costos. El plan de ONU Turismo es el único que cubre el 100 % de los gastos de todo tipo de habitaciones cuando se trata de proveedores participantes en su red en España. En el documento complementario del presente examen figuran más pormenores.

5. Fisioterapia

103. **En el caso de la fisioterapia, el nivel de prestaciones varía de forma considerable entre los diversos planes,** incluido el tipo de atención que queda cubierto. Aunque la mayoría de los planes ofrece cobertura para diferentes tipos de fisioterapia, por ejemplo, fisioterapia, ergoterapia y osteopatía, al 80 % de los costos, los límites máximos son muy diferentes: hasta 4.000 dólares anuales en el plan de la OIT, frente a un máximo de 600 dólares anuales en el Plan Básico de Seguro Médico de la FAO. Varios planes limitan el costo por sesión o el número de sesiones, o ambos, pero no establecen una cantidad máxima anual. Algunos planes, como el del OIEA, cubren también las terapias alternativas, como la terapia de ondas de choque, y el de la OMPI cubre la kinesiología y el *shiatsu* (al 90 %), pero la mayoría de los demás planes no ofrecen esa cobertura. En el documento complementario del presente examen figura una comparación detallada.

6. Atención preventiva para adultos

104. **Cuatro planes no cubren los reconocimientos físicos de rutina y, entre los planes que cubren tales procedimientos, el nivel de cobertura varía de forma sustancial⁵⁶.** En cuanto a los reconocimientos físicos de rutina, cuatro planes, los de la OMI⁵⁷, la UNESCO, el PMA (Plan Básico de Seguro Médico) y la OMPI no ofrecen cobertura alguna, no ofrecen cobertura a los funcionarios o no lo mencionan específicamente en la información sobre las prestaciones. En el caso de los planes que cubren los reconocimientos de rutina, el límite máximo de reembolso varía, por ejemplo, entre 300 dólares cada dos años (Plan Básico de

⁵⁵ Existen algunas diferencias en los pormenores de lo que queda cubierto en el marco de los productos farmacéuticos, pero la mayoría de los planes no cubren las vitaminas y los minerales, aunque sean de venta con receta. No hay mucha diferencia entre los diversos planes en este aspecto de la cobertura del seguro médico.

⁵⁶ El plan Cigna Dental de la Secretaría de las Naciones Unidas no es relevante a este respecto.

⁵⁷ La OMI cubre de forma directa, no a través de su plan de seguro médico, los reconocimientos médicos completos anuales de los funcionarios de más de 50 años y los reconocimientos que se efectúan cada dos años de los que tienen más de 40 años. En el caso de los familiares a cargo de más de 40 años, se reembolsa el 100 % de los gastos, hasta un máximo de 580 dólares de los Estados Unidos y hasta un reconocimiento físico de rutina cada dos años naturales como máximo. En el caso de los jubilados y sus cónyuges, se reembolsa el 100 % de los gastos, hasta un máximo de 580 dólares y hasta un reconocimiento físico de rutina cada dos años naturales.

Seguro Médico de la FAO) y 1.050 dólares anuales (Plan Mundial de las Naciones Unidas de la Secretaría de las Naciones Unidas); y algunos planes no fijan un límite específico (por ejemplo, el Plan de Seguro Médico de la FAO, la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, y Aetna y Empire Blue Cross de la Secretaría de las Naciones Unidas).

105. **Casi todos los planes cubren entre el 80 % y el 100 % de los gastos de las pruebas rutinarias de detección de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y cáncer de próstata**, en algunos casos además de los límites máximos de los reconocimientos físicos de rutina. Once planes ofrecen cobertura específica para la colonoscopia en el marco del reconocimiento de rutina en relación con el cáncer colorrectal. En el documento complementario del presente examen figuran más pormenores.

106. **La medicina preventiva forma parte del derecho a la salud y es una vía para contener los costos**. El Inspector estima que los servicios de atención de la salud prestados a una persona con objeto de prevenir la enfermedad, la discapacidad u otros problemas de salud, o de proceder a la detección precoz de tales problemas, no solo son aconsejables por motivos médicos, sino que también forman parte integrante del derecho a la salud en el sentido más amplio y son una vía para contener los costos a largo plazo⁵⁸. Como afirma el Secretario General de las Naciones Unidas en su cuarto informe sobre la gestión de las obligaciones correspondientes a las prestaciones del seguro médico posterior a la separación del servicio⁵⁹, “estas mejoras [la inclusión de la atención preventiva en las políticas] se justifican porque la atención preventiva es más eficiente en función de los costos que el tratamiento. La detección temprana de enfermedades crónicas y graves permite a los afiliados tomar medidas para gestionar mejor su salud. El tratamiento temprano de esas enfermedades también puede traer aparejadas tasas más bajas de absentismo y una mayor productividad de los funcionarios en actividad, lo cual no se refleja fácilmente en el costo del programa de seguro médico”. **El Inspector sugiere que los planes de seguro médico patrocinados por las Naciones Unidas proporcionen cobertura para la atención preventiva, incluidos los reconocimientos médicos completos de rutina.**

7. Atención oftalmológica y odontológica

107. **La cobertura de la atención odontológica y de los dispositivos ópticos varía de forma sustancial entre los diversos planes**. Las cantidades máximas establecidas para la atención odontológica varían de forma sustancial, entre 500 dólares anuales (los Planes de Seguro Médico de la FAO y el PMA, concebidos especialmente para el personal de contratación local sobre el terreno) y 4.469 dólares anuales en el Plan de Seguro Médico de la UPU (aunque son reembolsados al 75 %). En cuanto a la atención oftalmológica, el Plan de Seguro Médico Colectivo de la OMI⁶⁰ es el único que no cubre las pruebas oftalmológicas para determinar las dioptrías, mientras que otros planes reembolsan el 80 % de los gastos. La cantidad máxima establecida para los dispositivos ópticos varía entre 102 dólares anuales en la OMI y 1.117 dólares anuales en el Plan de Seguro Médico Colectivo de la OMPI. En el documento complementario del presente examen figura una comparación de la cobertura de la atención odontológica y oftalmológica entre los planes de seguro médico pertinentes. En varios planes se permite arrastrar al año siguiente las cantidades no gastadas, entre ellos, los planes de la OIT, la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, la Oficina de las Naciones Unidas en Viena, ONU Turismo, la UPU y la OMS, lo cual se asemeja a un reembolso de prima (si los gastos se producen realmente en el año siguiente) ya que esta cobertura era para un riesgo que se materializaría, de ser el caso, durante el año en que se efectuaron esas aportaciones. **En opinión del Inspector, esta práctica debería sustituirse por una cobertura anual suficiente para hacer frente a las necesidades médicas reales cuando se presenten, manteniendo así la correlación temporal entre las aportaciones y la**

⁵⁸ Según la OMS, por cada dólar invertido en intervenciones preventivas para las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias, se podría obtener un rendimiento de hasta 7 dólares mediante la reducción del gasto en atención de salud y la mejora de la productividad (“Salvar vidas, reducir el gasto: una respuesta estratégica a las enfermedades no transmisibles” (Ginebra, 2021).

⁵⁹ A/68/353.

⁶⁰ Clases 3 y 5.

cobertura del riesgo y evitando que los beneficiarios se vean obligados a postergar la compra de los dispositivos necesarios hasta haber acumulado el crédito máximo disponible.

108. **Los límites máximos no deben impedir que los asegurados reciban lo que es médicamente necesario y razonable.** Los límites máximos variables de algunos planes de seguro médico para la atención oftalmológica y odontológica reflejan el elevado costo de la vida de los lugares de destino donde residen la mayoría de los afiliados (por ejemplo, en Ginebra, Nueva York, París y Roma). Sin embargo, en un mismo lugar de destino, el nivel de la cobertura podría variar de forma sustancial de un plan a otro, lo que podría crear diferencias importantes en los gastos directos de los afiliados a los distintos planes. Los límites máximos para la atención oftalmológica y odontológica, al igual que para otras prestaciones de la seguridad social, son comprensibles teniendo en cuenta la necesidad de mantener los gastos dentro de unos límites razonables y asequibles. Sin embargo, esto no debe suponer que los límites impidan que los asegurados reciban los cuidados médicamente necesarios para curar sus enfermedades y evitar su deterioro, al menos según dicten las circunstancias imperantes en el lugar o país de residencia. **El Inspector recomienda que las diferencias entre límites máximos en un mismo lugar de destino se reduzcan o eliminen progresivamente con carácter prioritario mediante la coordinación y armonización de las políticas.**

8. Atención de salud mental

109. **La cobertura de los servicios de salud mental es también uno de los ámbitos en los que existen mayores divergencias entre los distintos planes.** Como en el caso de otros aspectos examinados, el nivel de cobertura de este importante elemento del seguro médico varía de forma sustancial entre los distintos planes de seguro médico⁶¹. La mayoría de los planes reembolsa el 80 %, salvo la UNESCO, que reembolsa el 75 %; la OMPI, ONU Turismo y la UPU, que reembolsan el 90 %; y Aetna y Empire Blue Cross, de la Secretaría de las Naciones Unidas, que reembolsan el 100 % a los proveedores participantes en la red (con un pequeño copago). Además, la mayoría de los planes también imponen un límite financiero a la cuantía del reembolso, una cantidad máxima por sesión de asesoramiento y/o un número máximo anual de sesiones autorizado. En cuanto a la terapia psiquiátrica y la psicoterapia ambulatorias, los planes del OIEA, la Oficina de las Naciones Unidas en Viena/UNODC, la Secretaría de las Naciones Unidas (plan Aetna), la ONUDI y ONU Turismo no imponen ningún límite a la cuantía del reembolso para los funcionarios en activo y los jubilados, y sus planes tampoco prevén límites financieros globales. Esto significa que los afiliados a estos planes tienen la cobertura más alta (e ilimitada) para los servicios de psiquiatría/psicoterapia. Los dos planes que ofrecen la FAO y el PMA para su personal de contratación local sobre el terreno prevén la cobertura financiera más baja, ya que su límite anual para la terapia psiquiátrica y la psicoterapia ambulatorias está fijado en 800 dólares. En el documento complementario del presente examen figura una comparación de la cobertura relacionada con la salud mental entre los distintos planes. El Inspector acoge con satisfacción la Estrategia del Sistema de las Naciones Unidas sobre Salud Mental y Bienestar para 2024 y años posteriores del Comité de Alto Nivel sobre Gestión, en la que se pide a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que examinen su cobertura del seguro médico en relación con la atención de salud mental.

110. **Varios administradores de planes ajustaron la cobertura de sus planes en relación con la salud mental para hacer frente a la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19).** En las entrevistas, varios administradores de planes comunicaron la incorporación de nuevos servicios o mejores coberturas para apoyar a los afiliados afectados por la pandemia. Por ejemplo, la incorporación de servicios de telesalud con terapeutas y profesionales de salud mental (OMI, PNUD y UNICEF), el aumento de hasta 24 sesiones de psicoterapia sin receta, una definición más amplia de expertos en salud mental

⁶¹ Véase el informe de la DCI “Examen de las políticas y prácticas de salud mental y bienestar en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas” (JIU/REP/2023/4) en el que figuran más detalles sobre las políticas y prácticas de salud mental y bienestar en las organizaciones participantes en la DCI.

basada en el contexto local y la supresión del límite máximo para los tratamientos por abuso de sustancias (OMS).

9. Salud reproductiva, planificación familiar y tratamiento de la infecundidad

111. **Aunque los 25 planes de seguro médico ofrecen una cobertura similar para los gastos relacionados con la maternidad**, la mayoría del 80 %, la cobertura de la planificación familiar es dispar y sería conveniente una mayor armonización. En el caso de los procedimientos de planificación familiar y los dispositivos anticonceptivos, la cobertura varía desde ninguna (en el caso de los planes de la FAO⁶², la UNESCO, la ONUDI⁶³, la UNOPS⁶⁴ y ONU Turismo) hasta reembolsos del 80 % al 100 % de los costos de interrupción del embarazo, las esterilizaciones y los dispositivos anticonceptivos.

112. **Los tratamientos de la infecundidad solo están disponibles en 17 planes.** Para los tratamientos de la infecundidad médicamente necesarios, que se consideran procedimientos de alto costo, se ofrecen diversos niveles de cobertura en 17 planes, mientras que en 8 no se ofrece cobertura alguna. En los planes que ofrecen cobertura se impone a las mujeres un límite máximo de edad, de entre 40 y 46 años. En algunos planes se limita el número de intentos y la cantidad máxima durante toda la vida, mientras que en otros se impone un límite por embarazo logrado. Cabe observar que los tratamientos de la infecundidad están disponibles para las mujeres que reúnan los requisitos independientemente de su estado civil, incluidas las que estén casadas con personas del mismo sexo, lo cual es encomiable. La gestación subrogada no está cubierta por ninguno de los planes. En el documento complementario del presente examen figuran más pormenores sobre la cobertura del tratamiento de la infecundidad, desglosada por planes.

10. Pediatría preventiva

113. **La mayoría de los planes ofrecen cobertura para los servicios de atención preventiva de rutina para niños**, también denominados servicios de pediatría preventiva, desde el nacimiento hasta una edad determinada. El Plan de la OMI es el único que no cubre la pediatría preventiva, incluidas las vacunas, ya que el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido cubre el bienestar y el cuidado del niño y las vacunas. En algunos planes no se indica expresamente que la pediatría preventiva esté cubierta, pero la cobertura que ofrecen en concepto de atención preventiva podría servir para sufragar estos gastos conexos. En los planes que incluyen explícitamente la pediatría preventiva, el número de reconocimientos de rutina autorizados varía en función de la edad del niño. En el documento complementario del presente examen figuran más pormenores.

11. Cuidados a largo plazo

114. **En general los cuidados a largo plazo no están cubiertos por el seguro médico y siguen siendo una necesidad no atendida.** El objetivo principal del seguro para cuidados a largo plazo no es prevenir o curar enfermedades, sino ayudar al asegurado a atender las necesidades cotidianas a las que no puede hacer frente debido a problemas de salud, lesiones, accidentes o a la edad. En consecuencia, por cuidados a largo plazo se entiende principalmente la ayuda no médica para las actividades cotidianas tanto en el hogar como en establecimientos de atención de salud, por ejemplo, residencias para personas dependientes y servicios de vivienda asistida. Si bien los cuidados a largo plazo suelen asociarse a la atención geriátrica, también pueden necesitarlos personas jóvenes que padecen enfermedades físicas o mentales de duración prolongada o indefinida. Los cuidados a largo plazo suelen estar cubiertos por un seguro específico independiente y no forman parte del conjunto de prestaciones del seguro médico. De los 25 planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas, solo 8 ofrecen algún tipo de cobertura para los cuidados a largo plazo. En el documento complementario del presente examen figuran más pormenores.

⁶² Plan de Seguro Médico para el personal de contratación local fuera de la sede.

⁶³ Plan de Seguro Médico para el personal de contratación local fuera de la sede.

⁶⁴ Plan del Cuadro de Servicios Generales para el personal de contratación local fuera de la sede.

115. La prestación de cuidados a largo plazo como parte del sistema de seguridad social de las Naciones Unidas se debate desde hace tiempo, pero no se ha llegado a una conclusión debido a las dificultades para financiarla. En 1994, la ONUDI, la Federación de Asociaciones de Exfuncionarios Internacionales y la Asociación de Exfuncionarios Internacionales (Nueva York) presentaron a la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto una propuesta para dotar al régimen común de un seguro colectivo mundial de carácter voluntario para los cuidados a largo plazo; los debates sobre esta cuestión han continuado desde entonces. La justificación para ofrecer un seguro de cuidados a largo plazo, en particular destinado a los funcionarios de contratación internacional, se basa en la movilidad del personal, ya que por ese motivo muchos de ellos no pueden acogerse a los planes de protección social de su país de origen y posiblemente se vean privados de la red de seguridad que habrían constituido sus familiares cercanos. Se han estudiado varias opciones, también a través de un grupo de trabajo sobre cuidados a largo plazo creado en el marco de las redes conjuntas de recursos humanos y de finanzas y presupuesto. Sin embargo, al igual que en el caso de las disposiciones relativas al seguro médico, no se ha emprendido ninguna iniciativa conjunta.

116. La protección de la ONUDI contra este riesgo es un buen ejemplo que debe imitarse. Si bien el plan de Seguro Médico Colectivo de la Sede de la ONUDI no cubre los cuidados a largo plazo, la organización ha previsto un plan de seguro específico para esos cuidados al que están suscritos automáticamente los afiliados al plan de seguro médico (con opción de exclusión voluntaria). La prima (65,7 dólares anuales por persona) está copatrocinada por la ONUDI (25 %) y el Consejo del Personal de la ONUDI (25 %). La cobertura principal consiste en la concesión de una suma fija de 986 dólares mensuales a los afiliados cuando el asegurador les reconozca, por razones médicas, un estado de dependencia. **Si bien, debido a su diferente naturaleza, el Inspector desaconseja que los cuidados a largo plazo se incluyan en las políticas o los planes de seguro médico, sugiere que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas colaboren con los representantes de los funcionarios en activo y jubilados con miras a establecer un plan de seguro separado que cubra estos tipos de riesgos y cuidados de manera coordinada y asequible.**

F. Protección de los datos médicos y relacionados con la salud del personal

117. Ningún plan exige que los funcionarios en activo revelen su estado de salud y médico al afiliarse, ni tampoco al hacer la transición al seguro médico posterior a la separación del servicio. Sin embargo, la forma en que se tratan y protegen los datos recibidos a través de las solicitudes de reembolso depende en gran medida de la modalidad de administración de las solicitudes de reembolso del plan y de las políticas de protección de los datos personales de la organización participante.

118. Los planes de seguro médico con administración externa se rigen por un amplio marco jurídico de protección de datos. En el caso de los 22 planes de seguro médico con administración externa o con seguros totalmente comerciales (véase el cuadro 2), se llegó a un acuerdo sobre la protección de los datos personales de los afiliados, incluidos los datos médicos y relacionados con la salud, en el marco de un contrato o acuerdo de prestación de servicios. Además, todos los administradores externos y los aseguradores comerciales a los que recurren estos planes de seguro médico están basados en los Estados Unidos o en Europa, lo que les obliga a cumplir la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, en el primer caso, o el Reglamento General de Protección de Datos, en el segundo. De las entrevistas mantenidas tanto con las organizaciones participantes como con los representantes de las asociaciones de funcionarios en activo y jubilados se desprende que se han señalado casos aislados de divulgación de datos personales por aseguradores o administradores externos pero que posteriormente se han resuelto.

119. El nivel de madurez de las políticas de protección de datos varía de forma considerable entre las organizaciones participantes. El grado de protección de los datos médicos y relacionados con la salud de los afiliados depende en gran medida de las políticas y los reglamentos de protección de datos personales de cada organización. Si bien el análisis en profundidad de estas políticas queda fuera del alcance del presente examen, las entrevistas

mostraron que el nivel de madurez de esas políticas variaba de forma sustancial entre las organizaciones participantes. Aunque la mayoría de las solicitudes de reembolso presentadas en el marco de estos 22 planes de seguro médico se tramitan externamente, en algunos casos los datos médicos relacionados con las solicitudes de un afiliado se divulgaron a las organizaciones, entre otras cosas, a efectos de la aplicación de la disposición para caso de dificultades, las controversias sobre las solicitudes y las investigaciones sobre posibles fraudes al seguro médico. Se informó al Inspector de que, en tales casos, los expedientes se examinaban sin revelar la identidad del afiliado, pero no quedaba claro si la práctica se regía por políticas adecuadas de protección de datos personales.

120. La centralización de la tramitación de las solicitudes de reembolso ofrece mayores garantías en cuanto a los riesgos relacionados con la protección de datos. En el caso de los cuatro planes de autoseguro y autoadministrados de la OIT, la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, el ACNUR y la OMS, el tratamiento de los datos médicos y relacionados con la salud de los afiliados está sujeto a las normas internas de estas organizaciones. En el caso de los planes de la OIT, la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y la OMS, la tramitación de las solicitudes de reembolso corre a cargo de una unidad centralizada en su sede, lo que proporciona un nivel adicional de protección de los datos médicos de los afiliados en términos estructurales. En el caso de la OIT, los datos personales relacionados con su seguro médico se rigen por una directiva⁶⁵ en virtud de la cual el estado de salud de una persona se incluye en el marco de los “datos personales de carácter sensible” que no pueden divulgarse a terceros sin el consentimiento explícito por escrito de la persona interesada. Las políticas de protección de datos de la Mutualidad del Personal de las Naciones Unidas de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra incluyen la declaración de que no se difundirán los datos personales de los afiliados, pero también mencionan excepciones en las que es posible divulgar la información personal de los afiliados. Estas excepciones no están claramente definidas y no se requiere el consentimiento de los afiliados antes de proceder a la divulgación. En el caso de la OMS, la información personal, incluidos los historiales médicos, se rige por su política de divulgación de información y se considera “información confidencial”. En esta categoría, la divulgación de información refleja lo que es necesario para preservar intereses públicos o privados legítimos (incluida la privacidad personal). Sin embargo, las normas del seguro médico no establecen claramente cómo se tratarán los datos médicos relacionados con las solicitudes de reembolso y las controversias.

121. Existen riesgos asociados al hecho de que los datos relativos a la salud de los funcionarios sean gestionados directamente por las dependencias locales de recursos humanos. El Plan de Seguro Médico del ACNUR es el único en el que el examen y la aprobación de las solicitudes de reembolso se tramitan en su mayor parte localmente en las oficinas nacionales y regionales. En el marco del procedimiento de tramitación de las solicitudes de reembolso del Plan se exige la presentación de un recibo de pago que incluya los costos detallados de los servicios o tratamientos prestados o una receta que incluya los detalles del diagnóstico. En estas oficinas se designa a un asociado de recursos humanos para tramitar las solicitudes. Aunque el personal que tramita las solicitudes de reembolso está obligado a firmar un acuerdo de confidencialidad, el hecho de que estas solicitudes las gestione directamente una dependencia local de recursos humanos, y posteriormente las apruebe el jefe de la oficina, plantea un grave problema, especialmente en cuanto al riesgo de que los datos médicos y relacionados con la salud de los funcionarios puedan ser utilizados de forma indebida. **El Inspector recomienda que se mantenga una separación clara de funciones entre las dependencias de recursos humanos y las funciones de tramitación de las solicitudes de reembolso y las reclamaciones al seguro médico para garantizar el máximo nivel de protección de los datos personales de salud y del seguro médico.**

122. El reembolso a través de la nómina de las cantidades solicitadas al seguro médico no aumenta la protección de datos, sino que incrementa el riesgo de divulgación de esa información. Independientemente de la entidad que tramite las solicitudes, los dos Planes de Seguro Médico que dependen de la Secretaría de las Naciones Unidas y del ACNUR abonan las cantidades solicitadas al seguro médico a través de la nómina, lo que puede exponer información privada estrechamente vinculada al estado de salud a entidades ajenas, por

⁶⁵ Directiva de la Oficina de la OIT, IGDS núm. 457 (versión 1), “Protección de los datos personales”.

ejemplo, en el caso de que el interesado tenga que demostrar su remuneración a un tercero o en relación con transacciones bancarias que conlleven préstamos o garantías bancarias.

123. Se espera que la siguiente recomendación refuerce las políticas de protección de datos y mejore el control y el cumplimiento.

Recomendación 5

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

124. **Reconocer la realidad sin renunciar a mejorarla.** Las diferencias de cobertura se deben principalmente a la evolución de los planes y a la dinámica variable de las negociaciones con los representantes del personal. Este es un hecho que no se puede pasar por alto al considerar si es posible lograr una mayor armonización de las políticas. Resultaría difícil eliminar las diferencias de cobertura ya que ello conllevaría un aumento de los costos para los planes con una cobertura limitada o una reducción inaceptable de la cobertura en el caso de los planes que ofrecen más protección. Precisamente por este motivo todavía no se ha elaborado un marco de análisis comparado sobre la cuestión de la cobertura del seguro médico.

125. Es necesario coordinar todas las futuras modificaciones importantes del seguro médico entre todas las entidades, siempre en estrecha colaboración con los beneficiarios. El objetivo final debe seguir siendo avanzar hacia una mayor armonización, mediante la introducción de cambios específicos y concretos en determinados aspectos (como propone el presente informe) y mediante la reducción de las diferencias entre los planes. Ambas estrategias deben basarse en la transparencia y la disponibilidad de información detallada que permita que los tomadores del seguro evalúen su posición relativa en el sistema en cada momento para determinar si es necesario o no introducir un cambio. A partir de esa información sería posible trazar una vía de convergencia a largo plazo que, en opinión del Inspector, pasaría por una coordinación lo más estricta posible de las reformas entre todas las entidades, al menos en los lugares de destino donde se administran las políticas de seguro médico (es decir, Ginebra, Nueva York, Roma y Viena).

III. Eficacia y eficiencia de los planes de seguro médico

126. Este capítulo se divide en tres partes: la sección A se centra en la supervisión de los objetivos y el desempeño de los planes de seguro médico y la presentación de informes al respecto; la sección B se centra en la ejecución financiera de los planes; y la sección C trata de la prevención del fraude, la contención de costos y la contratación de administradores externos y proveedores de seguros médicos.

A. Supervisión de los objetivos y el desempeño de los planes de seguro médico y presentación de informes al respecto

127. **No se mide la consecución de objetivos de alto nivel en materia de política.** Como ya se ha mencionado, todas las organizaciones participantes indican, en sus respectivos estatutos y reglamentos de personal, su compromiso y obligación de establecer y gestionar un sistema de seguridad social para sus funcionarios en activo y jubilados. Sin embargo, estas normas suelen redactarse en términos muy generales, lo que no permite comprender con precisión el alcance de los compromisos y dificulta la supervisión de su cumplimiento. En el cuadro 12 se destacan algunos ejemplos de este tipo de declaraciones.

Cuadro 12

Objetivos institucionales de alto nivel relacionados con el seguro médico para los funcionarios en activo y los jubilados

<i>Organización participante</i>	<i>Objetivo de alto nivel</i>
FAO	Ofrecer una cobertura de seguro médico eficiente y de alta calidad a todo el personal de la FAO en todo el mundo, cumplir su deber de diligencia respecto del personal y, al mismo tiempo, mantener su sostenibilidad financiera.
OIT	El objetivo es... asegurar, dentro de los límites prescritos por los presentes Estatutos y su Reglamento Administrativo, el reembolso de los gastos que las personas que protege se vieran obligadas a hacer para la protección de su salud, y en especial para atención médica en caso de enfermedad, accidente o maternidad, así como para la atención médica preventiva personal.
Secretaría de las Naciones Unidas	El Secretario General establecerá un sistema de seguridad social para el personal ... a fin de proporcionar la cobertura de seguro médico más completa posible a los funcionarios en activo, los jubilados y sus familiares a cargo reconocidos oficialmente ... y garantizar que todos los participantes (los funcionarios en activo, los jubilados y sus familiares a cargo reconocidos oficialmente) afiliados a los planes de atención de salud que administra el Comité de Estudio sobre los Seguros Médicos y de Vida tengan acceso a prestaciones y productos que proporcionen una protección adecuada frente a la enfermedad y la pérdida.
ACNUR	El Plan de Seguro Médico forma parte del régimen de seguridad social del personal, establecido por el Secretario General de conformidad con la cláusula 6.2 del Estatuto del Personal. El Plan ofrece protección frente al elevado costo de la asistencia médica que conlleva la atención preventiva, la gestión de enfermedades crónicas, la maternidad o los sucesos catastróficos que causan lesiones o enfermedades graves. Sin embargo, el Plan no tiene por objeto cubrir todos los tipos de gastos médicos u odontológicos ni cubrirlos en su totalidad.

<i>Organización participante</i>	<i>Objetivo de alto nivel</i>
UNOPS	El objetivo del Plan de Seguro Médico es ayudar a los afiliados y a los familiares calificados a hacer frente a los gastos ocasionados por determinados servicios, establecimientos y productos sanitarios en caso de enfermedad, accidente o maternidad y que deben reembolsarse de conformidad con los límites establecidos en las normas del Plan de Seguro Médico de la UNOPS.
UPU	Asegurar el bienestar de los funcionarios en activo y jubilados, así como de sus familiares, mediante la prestación de una atención de salud de calidad.
PMA	Proporcionar a los empleados y a los jubilados del PMA, así como a sus familiares a cargo en todo el mundo un acceso sostenible y eficaz en función de los costos a una atención de salud y protección financiera de calidad mediante servicios de seguros asequibles, a fin de mitigar los riesgos sanitarios y promover una cultura institucional que fomente la salud y un lugar de trabajo propicio y solidario.
OMS	La misión del Seguro de Enfermedad del Personal es proporcionar acceso a servicios de atención de la salud y medicamentos de calidad, inocuos, eficaces y asequibles, y garantizar la protección contra riesgos financieros a un costo asequible, además de atender a los afiliados con eficiencia, dignidad e integridad.

Fuente: Recopilado por la DCI a partir de documentos presentados por las organizaciones participantes.

128. **El desempeño en relación con los objetivos de alto nivel se suele medir mediante encuestas de satisfacción.** El Inspector observó algunos casos en los que se supervisaban y medían estos objetivos generales. En el cuadro 13 se destacan algunos ejemplos; todavía no se consideran óptimos, pero el esfuerzo es encomiable. Se ha determinado que el PMA es la única organización que vincula claramente la prestación del seguro médico con su Estrategia de Bienestar⁶⁶ y su Política en materia de Personal, lo que constituye una buena práctica adicional⁶⁷.

Cuadro 13

Ejemplos de indicadores para supervisar la consecución de los objetivos del seguro médico

<i>Organización participante</i>	<i>Resultado/Actividad</i>	<i>Indicador clave del desempeño</i>
PNUD Estrategia de Salud, Seguridad y Bienestar en el Trabajo 2021-2023	Desarrollar, aplicar y evaluar programas con base empírica, herramientas y recursos de atención al personal a nivel institucional y local para ayudar a los funcionarios y a sus familiares a cargo reconocidos oficialmente a mantener su seguridad, salud y bienestar, y garantizar que tengan acceso a estos servicios desde su ingreso al PNUD y durante todo el tiempo que trabajen en la organización.	Porcentaje de funcionarios que conoce los distintos derechos a prestaciones, así como los recursos y servicios para la salud y el bienestar disponibles en el PNUD. Porcentaje de funcionarios que considera que la organización adopta medidas adecuadas para proteger la salud y el bienestar (medido mediante una encuesta mundial anual del personal)

⁶⁶ Véase https://executiveboard.wfp.org/document_download/WFP-0000127406.

⁶⁷ Véase https://executiveboard.wfp.org/document_download/WFP-0000127449.

<i>Organización participante</i>	<i>Resultado/Actividad</i>	<i>Indicador clave del desempeño</i>
PMA Estrategia de Bienestar 2020-2024	Acceso al servicio: ampliación de la red de proveedores del plan de seguro institucional del PMA; elaboración y administración eficaz en función de los costos de planes de prestaciones de seguro médico para todos los empleados	Grado de satisfacción de los empleados de contratación local sobre el terreno con las prestaciones y los servicios del seguro (medido mediante una encuesta anual de satisfacción)

Fuente: Elaborado por la DCI.

129. Los datos de las solicitudes de reembolso podrían utilizarse para supervisar los objetivos de alto nivel. Los datos anónimos de las solicitudes de reembolso son una valiosa fuente de información sobre el estado de salud y el bienestar del personal, pero están muy infrautilizados. El seguro médico de los funcionarios se percibe en gran medida como una prestación independiente a los funcionarios y casi nunca se vincula a la estrategia institucional de salud y bienestar del personal. En consecuencia, en el examen no se ha encontrado ningún buen ejemplo de utilización de datos anónimos de las solicitudes de reembolso para formular políticas relacionadas con la salud y el bienestar del personal o para hacer una evaluación global de los planes.

130. Los planes de seguro médico con administración externa tienen carencias en cuanto al compromiso institucional y la supervisión. Como ya se ha mencionado, la mayoría de los servicios de seguro médico se externalizan, ya sea en su totalidad o solo en lo que respecta a su administración⁶⁸. En ocasiones, esto disminuye la implicación y hace que las organizaciones actúen, en mayor o menor medida, como si su responsabilidad de ofrecer un seguro médico también se hubiera externalizado. Esta deficiencia quedó patente en las entrevistas con muchas organizaciones participantes; cuando se les preguntó cómo evaluaban la consecución de los objetivos del seguro médico, los encuestados se limitaron a señalar la ausencia de quejas de los afiliados como indicador de que el seguro médico proporcionado era eficaz y satisfacía de forma adecuada sus necesidades. Los interesados sobre el terreno también señalaron que la calidad de los servicios prestados por los administradores externos no siempre se supervisaba a nivel regional o subregional. El Inspector considera que es necesario mantener una mayor interacción con los tomadores de los seguros y los afiliados en todas las ubicaciones geográficas para comprender mejor las dificultades con que tropiezan tanto el personal como la administración con respecto a la provisión de una cobertura de calidad y completa, y también para demostrar que el seguro médico es una parte esencial de las políticas institucionales para el bienestar del personal⁶⁹. **Por lo tanto, se sugiere que, independientemente de la modalidad de prestación del servicio (autoadministrado o externalizado), las organizaciones reafirmen su empeño en supervisar la prestación del servicio de seguro médico y que lo hagan de forma sistemática y mensurable.**

131. La organización debería definir y publicar cartas de servicio al cliente. La mayoría de los planes de seguro médico tienen una carta o acuerdo de servicio al cliente para demostrar su compromiso de servicio con los afiliados, pero dichos documentos emanan principalmente de su administrador externo o asegurador comercial y no existe ningún

⁶⁸ Los planes de algunas organizaciones están doblemente externalizados, primero a otra organización del sistema que administra la póliza de seguros de la organización en su nombre, y luego a un administrador externo contratado para gestionar los reembolsos, la red de proveedores y otras actividades conexas. Este es el caso del PNUD, el UNFPA, el UNICEF y la UNOPS, cuyos funcionarios de contratación internacional están afiliados a los planes administrados por la Secretaría de las Naciones Unidas; y de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena/UNODC con la ONUDI.

⁶⁹ Una de las recomendaciones del anterior informe de la DCI (JIU/REP/2007/2) sobre la cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas, que no se ha aplicado hasta la fecha, era precisamente que “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”.

instrumento de política oficial, lo que da a entender que se trata de un asunto que se ha externalizado. **El Inspector sugiere que las cartas de servicio al cliente sean elaboradas y publicadas por las propias organizaciones, con independencia de la forma en que se presten los servicios de seguro médico.**

132. **Los cuatro planes de autoseguro y autoadministrados tienen objetivos relacionados con el servicio al cliente menos completos que los planes que cuentan con administración externa.** Esto se debe en parte a que las normas que rigen estos planes se establecieron hace mucho tiempo, mientras que los aseguradores comerciales y los administradores externos siguen actualizando los objetivos de servicio para sus clientes. Por ejemplo, la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas, de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, señala que su objetivo de servicio al cliente es reembolsar, de conformidad con los límites establecidos en el Reglamento Interno de la Sociedad, los gastos en que incurran los afiliados en caso de enfermedad, accidente o maternidad. En comparación, los objetivos de servicio al cliente de la compañía de seguros médicos (Cigna) del OIEA son garantizar el acceso a una atención de la salud de calidad con tasas preferenciales, promover la libre elección de los proveedores de atención de salud, facilitar el pago directo de los gastos médicos y tramitar rápidamente las solicitudes de reembolso de gastos médicos. **Si bien todos ellos son buenos ejemplos de objetivos centrados en el cliente, el Inspector propone que se hagan operativos mediante indicadores clave del desempeño pertinentes.**

133. **Para supervisar el desempeño se utilizan indicadores clave, pero su calidad y exhaustividad son dispares.** Los planes de seguro médico que cuentan con un administrador externo o un asegurador comercial suelen establecer una lista de indicadores clave del desempeño con sus contratistas mediante un acuerdo de prestación de servicios⁷⁰. Esta lista no está estandarizada, aunque en algunos casos estos acuerdos se concertaron con la misma empresa. Es evidente que hubo poca coordinación o intercambio de experiencias e información entre los administradores de los planes⁷¹. La mayoría de los administradores de planes carecían de experiencia interna para negociar condiciones eficaces y seguir de cerca los indicadores acordados a fin de que los contratistas de seguros médicos rindieran plenamente cuentas por la prestación de sus servicios, mientras que otros obtuvieron mejores resultados e impusieron incluso multas a los contratistas que no cumplieron los objetivos acordados. En el anexo II se recopilan los indicadores clave del desempeño extraídos de acuerdos de prestación de servicios concertados por las organizaciones participantes en la DCI con administradores externos. **En opinión del Inspector, estos indicadores constituyen una buena práctica que debería reproducirse y posiblemente armonizarse en todos los planes, con independencia de su modalidad, y formar parte de las cartas de servicios al cliente, según proceda.**

134. **Es necesario que los resultados de los planes sean más transparentes para los beneficiarios.** Los informes periódicos sobre los seguros médicos se centran básicamente en el desempeño operacional de los planes, como el número y el valor de las solicitudes de reembolso presentadas y la duración media de su tramitación. Estos informes fueron elaborados en su mayoría por las organizaciones o las empresas que administran los planes y los principales destinatarios son las jefaturas ejecutivas o el órgano rector, o ambos. Solo elaboran un informe para los afiliados ocho entidades, lo que es encomiable (FAO, OACI, OIT, UNESCO, Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, ONU Turismo, PMA y OMS). **Teniendo en cuenta que los costos del seguro médico son cofinanciados tanto por los funcionarios en activo como por los jubilados y que el seguro médico es un elemento esencial de sus derechos de seguridad social, es indispensable que los afiliados reciban informes periódicos, independientemente de la entidad que administre el plan.**

⁷⁰ En el anexo II figura una lista consolidada de indicadores clave del desempeño extraídos de acuerdos de prestación de servicios en vigor.

⁷¹ Existió cierta colaboración, por ejemplo, en el proceso de licitación conjunta de la Secretaría de las Naciones Unidas, el PNUD y el UNICEF destinado a contratar a un administrador externo para sus Planes de Seguro Médico, que permitió elaborar una lista armonizada de indicadores clave del desempeño, pero se trata de una excepción a la norma.

B. Ejecución financiera de los planes de seguro médico

1. Definiciones e información metodológica

135. **Cuatro indicadores para analizar la ejecución financiera del seguro médico desde la perspectiva de los planes y sus beneficiarios.** El presente análisis se basa en el cálculo de cuatro indicadores clave que, en conjunto, pueden utilizarse para describir la ejecución financiera global de los planes de seguros, desde el punto de vista del asegurador y desde el de los asegurados. Los dos primeros indicadores son la “tasa de siniestralidad” y la “tasa de siniestralidad total” y representan los resultados desde la perspectiva del proveedor de seguros⁷², mientras que la “tasa de reembolso efectiva” y la “tasa de autocobertura financiera” reflejan la repercusión financiera de un plan de seguro médico en sus afiliados.

136. **Las tasas de siniestralidad para medir la ejecución financiera desde la perspectiva del asegurador.** La tasa de siniestralidad mide hasta qué punto las aportaciones son suficientes para hacer frente a los gastos o, de forma más general, desde la perspectiva a largo plazo del asegurador, la sostenibilidad financiera de los planes. Al analizar las tasas de siniestralidad, es importante entender que comparan los gastos efectuados⁷³ con los recursos o ingresos del plan⁷⁴. Así pues, las tasas de siniestralidad expresan el superávit alcanzado en el período examinado si la tasa es inferior al 100 %, o el exceso de los gastos respecto de los ingresos (déficit) si la tasa es superior al 100 %⁷⁵.

137. **La tasa de reembolso efectiva mide la parte de los gastos médicos reales efectuados por los beneficiarios que el asegurador había reembolsado efectivamente.** La tasa de reembolso efectiva compara los reembolsos realizados y el valor de las facturas correspondientes a los reembolsos solicitados o a los gastos efectuados. Se trata, pues, de un cálculo de la parte de los gastos médicos realmente efectuados por los beneficiarios que el asegurador había reembolsado efectivamente durante el período, que es el último sobre el que se disponía de datos cuando se facilitaron a la DCI, es decir, 2022⁷⁶.

138. **La tasa de autocobertura financiera expresa el costo real del seguro asumido por los beneficiarios.** Para calcular la tasa de autocobertura financiera, se parte de la base de que los gastos médicos totales (“gastos brutos”) de cada asegurado son la suma de sus aportaciones al plan de seguro más el costo de la atención médica recibida durante el año, es decir, la cantidad que abonaron por concepto de facturas de atención médica o las cantidades

⁷² Aunque la tasa de siniestralidad solo computa los gastos médicos como “gasto”, la tasa de siniestralidad total añade junto a los gastos (el numerador de la fracción) no solo los reembolsos, sino también los costos administrativos conexos.

⁷³ Para simplificar la recogida de datos y los cálculos, los gastos aquí contabilizados corresponden únicamente a los reembolsos médicos (en el caso de la tasa de siniestralidad) y a los reembolsos médicos más los gastos administrativos para la tasa de siniestralidad total.

⁷⁴ A efectos del estudio, los ingresos de un plan son las aportaciones de los beneficiarios y de la organización, ya sean estas últimas en efectivo o en especie (servicios administrativos prestados por el plan sin imputar su costo a las aportaciones que deben pagar los asegurados).

⁷⁵ Por consiguiente, en el caso de los planes de autoseguro, unas tasas muy bajas indican que sería posible reducir las aportaciones o aumentar las reservas. En el caso de los planes externalizados, una tasa de siniestralidad muy baja indica, *ceteris paribus*, que las primas son demasiado elevadas o que existen obstáculos para el uso adecuado de los servicios de atención de la salud y que, en principio, hay margen para renegociar las condiciones del contrato con el proveedor de seguros o para mejorar el cumplimiento de los contratos.

⁷⁶ Cuando no se dispone de las solicitudes de reembolso de períodos anteriores, el valor máximo posible de esta tasa es 1 (100 %) en el caso de los planes sin copagos ni coaseguro. Dado que la mayoría de los planes tienen coaseguro para la mayoría de los servicios, lo que significa que los asegurados tienen que pagar de forma directa un porcentaje (normalmente el 20 %) por cada consulta o tratamiento, cabe esperar que esta tasa registre valores iguales o inferiores al 80 %, ya que el 80 % sería normalmente la cantidad máxima reembolsada. Así, cuanto mayor sea la tasa de reembolso efectiva por encima del 80 % en el caso de estos planes en un año determinado, mayores serán las cantidades adeudadas (y ahora abonadas) por el asegurador con respecto a períodos anteriores y más amplio será el plazo medio de reembolso. En los planes sin copagos ni coaseguro relevantes y, por tanto, con porcentajes de reembolso más elevados (normalmente del 90 % o el 100 %), la tasa de reembolso efectiva solo señalaría un problema en relación con el tiempo empleado en tramitar los reembolsos si su valor fuera muy superior al 100 %.

abonadas en su nombre por el asegurador en el caso de los pagos directos (habitualmente por consultas con proveedores participantes en la red y por hospitalización). Los gastos netos se calculan luego deduciendo los reembolsos recibidos de los gastos brutos. Los gastos netos representan, en valor absoluto, cuánto ha gastado el asegurado en salud en términos netos durante el período. Así pues, la tasa de autocobertura financiera indica la proporción de gastos netos en comparación con las necesidades reales de atención de la salud (gastos médicos efectuados). Por definición, cuando esta tasa rebasa el 100 % significa que los beneficiarios pagaron más de lo que recibieron en términos monetarios, normalmente porque sus aportaciones superaron sus necesidades médicas. En cambio, cuanto más desciende esta tasa por debajo del 100 %, mayor es la subvención obtenida por los asegurados.

Cuadro 14

Indicadores clave para medir la ejecución financiera de los planes

<i>Indicador</i>	<i>Descripción</i>	<i>Fórmula</i>
Tasa de siniestralidad (porcentaje)	Suficiencia de las aportaciones y otras subvenciones de la organización para hacer frente a los gastos médicos	Gastos médicos totales x 100/Ingresos del plan
Tasa de siniestralidad total (porcentaje)	Suficiencia de las aportaciones y otras subvenciones de la organización para hacer frente a los gastos médicos y administrativos	(Gastos médicos totales + gastos administrativos) x 100/Ingresos del plan
Tasa de reembolso efectiva (porcentaje)	Parte de los gastos médicos que asume efectivamente el asegurador	Cuantía total de los reembolsos efectuados x 100/Cuantía total de las facturas o gastos médicos efectuados
Tasa de autocobertura financiera (porcentaje)	Parte del costo de las necesidades de atención de la salud (incluidas las primas del seguro médico) que asumen los propios beneficiarios	(Aportaciones de los beneficiarios + costo de la atención médica recibida - reembolsos recibidos) x 100/Costo de la atención médica recibida = (Gastos netos) x 100/Gastos médicos efectuados

Fuente: Elaborado por la DCI.

139. **Salvedades metodológicas.** Al interpretar los resultados que se exponen a continuación, hay que tener en cuenta que el principal objetivo del presente análisis es proporcionar un conjunto limitado de indicadores clave del desempeño que permita describir de forma homogénea los planes a efectos de una evaluación comparativa y con miras a fomentar la armonización de las políticas. Por este motivo, habida cuenta de la carga de trabajo que supone para las organizaciones participantes la recopilación de series cronológica de datos completas y plurianuales sobre la demografía y los resultados financieros de sus planes, no se solicitó información más allá de 2022 para el examen⁷⁷; por lo tanto, no cabe descartar que si se analizaran los mismos datos durante un período más largo, que abarcara varios años del ciclo económico, los resultados fueran diferentes⁷⁸. Otra restricción metodológica que cabe tener en cuenta es que, por el mismo motivo —evitar una carga de trabajo excesiva en la recogida de datos—, los datos solicitados sobre los reembolsos se basan en el efectivo, por lo que incluyen todos los pagos efectuados en el año, independientemente

⁷⁷ Una organización participante proporcionó datos de 2021, ya que los de 2022 no estaban disponibles cuando se solicitó la información.

⁷⁸ En particular, como indican los entrevistados, los datos correspondientes a 2022 se vieron claramente afectados por la pandemia de COVID-19, ya que gran parte de los gastos médicos que normalmente se habrían efectuado en 2021 se pospusieron a 2022 debido a las restricciones impuestas durante el primer año de la pandemia en la mayoría de los países. Esto tuvo un impacto negativo directo en los resultados individuales de todos los planes, en particular en las tasas de siniestralidad. Sin embargo, dado que este efecto negativo se distribuye por igual entre todos los planes, el análisis comparativo sigue siendo una medida (puntual) de la solidez y la generosidad relativas de cada plan.

de la fecha en que fueron devengados; en la misma línea, la cuantía de los gastos efectuados es el valor de las facturas recibidas en 2022, aunque los servicios a los que estas se refieren se hayan prestado con anterioridad⁷⁹.

140. Los costos administrativos deben considerarse ingresos adicionales del plan cuando esos costos no se incluyen en el cálculo de las aportaciones. En los casos en que el plan o la organización promotora prestan servicios administrativos (por ejemplo, la afiliación, el cobro de las aportaciones, la supervisión y el enlace con administradores o aseguradores externos) cuyo valor no se tiene en cuenta en el cálculo de las aportaciones de los beneficiarios, también se solicitó una estimación de ese valor para agregarlo como ingreso en especie del plan. La cantidad pagada por la organización a un administrador externo, siempre que este costo no se incluya en el cálculo de la aportación de los beneficiarios, también se incluyó como ingreso del plan a efectos del presente análisis. Los ingresos totales de cada plan son, pues, la suma de las aportaciones en efectivo de ambas partes y el valor estimado o exacto de los servicios administrativos no incluidos en las aportaciones de los afiliados, con independencia de que estos servicios se hayan prestado internamente (como en el caso de la OIT) o a través de un administrador externo (como la ONUDI). Por motivos relacionados con la simplificación de la recogida de datos, no se han tenido en cuenta los ingresos financieros ni cualquier otro ingreso que pueda existir en la práctica.

141. Los datos facilitados presentan limitaciones que podrían subsanarse mediante una supervisión más estrecha del desempeño del plan. Entre los planes de los que se recibieron datos, 11 facilitaron información completa⁸⁰ y 11 carecían de información sobre el costo de los servicios internos de administración relativos a la salud, lo que conlleva una subestimación del coste total y, por tanto, una subestimación de la tasa de siniestralidad total⁸¹. Cinco planes carecían de información sustancial, en particular en relación con los gastos totales presentados por concepto de solicitudes de reembolso⁸², lo que indica una falta de supervisión sobre el administrador externo o el asegurador. **El Inspector sugiere que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas se pongan en contacto con los aseguradores o los administradores externos para solicitarles información periódica sobre la ejecución financiera de sus planes, de modo que puedan evaluar sus resultados y utilizarlos para promover cambios en las políticas y los contratos cuando proceda.**

2. Resultados del análisis⁸³

142. Los funcionarios en activo y sus familiares representan el 83 % de los asegurados, mientras que los jubilados constituyen el resto. En total, se facilitó

⁷⁹ En un análisis de series cronológicas, las diferencias resultantes de estos desajustes temporales tienden a compensarse entre sí, pero no ocurre así cuando solo se analiza un año (análisis transversal), como en el presente estudio.

⁸⁰ Plan Básico de Seguro Médico y Plan de Seguro Médico de la FAO, Caja del Seguro de Salud del Personal de la OIT, Plan de Seguro Médico Colectivo de la OMI, Mutualidad del Personal de las Naciones Unidas de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, Plan de Seguro Médico del PNUD, Caja de Seguros Médicos de la UNESCO, Plan Básico de Seguro Médico y Plan de Seguro Médico del PMA, Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS y Plan de Seguro Médico Colectivo de la OMPI.

⁸¹ Plan de Seguro Médico Integral del OIEA; Plan de Prestaciones Médicas de la OACI; Aetna, Cigna Dental, Empire Blue Cross, Plan de Seguro Médico y Plan Mundial de las Naciones Unidas, de la Secretaría de las Naciones Unidas; Plan de Seguro Médico del UNICEF; Plan de Servicios Generales sobre el Terreno y Plan de Seguro Médico Integral de la ONUDI y Plan de Seguro Médico de la UPU.

⁸² Plan de Seguro Médico Integral de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena, Plan de Seguro Médico del ACNUR, Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno y Plan de Seguro Médico Integral de la ONUDI y Plan de Seguro Médico de la UNOPS.

⁸³ Para elaborar el análisis que se presenta a continuación, se solicitó información a las organizaciones participantes sobre el personal asegurado (número, haciendo una distinción entre funcionarios en activo y jubilados e incluyendo a sus respectivos familiares cubiertos también por el seguro en cada grupo); los ingresos de cada plan, incluidas las aportaciones recibidas de los afiliados en activo, los jubilados y los empleadores, en este último caso con detalles de las aportaciones a favor de cada uno de los dos subgrupos de beneficiarios y el valor estimado de los servicios administrativos que no se tienen en cuenta en el cálculo de las aportaciones de los beneficiarios; la cuantía de los gastos correspondientes a la atención de la salud recibida por los beneficiarios en el año examinado; los

información sobre 26 planes que cubren a 447.869 personas⁸⁴, de las cuales 373.707 son funcionarios en activo y sus familiares y 74.162 son jubilados y sus familiares asegurados. Los primeros representan el 83 % de todos los asegurados, mientras que los segundos representan el 17 % restante.

143. **En promedio, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas aportaron un 17 % más que los funcionarios en activo y un 83 % más que los jubilados.** En 2022, por cada asegurado de las familias de los funcionarios en activo, el funcionario aportó en promedio 1.349 dólares, mientras que las organizaciones aportaron 1.576 dólares (un 17 % más), con lo que la aportación total ascendió a 2.926 dólares anuales por persona. Por cada asegurado de la familia de un funcionario jubilado, el jubilado aportó en promedio 1.388 dólares, mientras que las organizaciones aportaron 2.540 dólares, un 83 % más. La aportación media anual total por miembro asegurado de la familia del jubilado fue de 3.928 dólares en 2022. Esto supone un 34 % más que la aportación media para un familiar de un funcionario en activo. En total, las aportaciones anuales de 2022⁸⁵ por asegurado, tanto de los beneficiarios como de las organizaciones, ascendieron en promedio a 3.079 dólares. En el caso de los funcionarios en activo y sus familiares a cargo, las aportaciones totales para los 24 planes de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas con datos disponibles ascendieron a 845.770.821 dólares en 2022, mientras que en el caso de los jubilados y sus familiares a cargo fueron de 367.528.901 dólares, con lo que la suma combinada de las aportaciones ascendió a 1.200 millones de dólares en ese año.

144. El siguiente cuadro muestra los indicadores financieros estimados correspondientes a los datos de 2022 facilitados por las organizaciones participantes.

Cuadro 15

Coefficientes financieros por plan de seguro médico (2022)

(En porcentaje)

<i>Tomador del seguro y plan</i>	<i>Modalidad</i>	<i>Tasa de siniestralidad total</i>	<i>Tasa de siniestralidad</i>	<i>Tasa de reembolso efectivo</i>	<i>Tasa de autocobertura financiera</i>
FAO Plan Básico de Seguro Médico	Seguro comercial	97,6	93,5	85,4	49,3
FAO Plan de Seguro Médico	Seguro comercial	169,0	127,1	77,3	59,8
OIEA Plan de Seguro Médico Integral	Seguro comercial	No se dispone de datos	99,0	80,8	67,1
OACI Plan de Prestaciones Médicas	Autoseguro	No se dispone de datos	89,3	78,5	65,6
OIT Caja del Seguro de Salud del Personal	Autoseguro	93,5	96,8	82,7	53,93
OMI Plan de Seguro Médico Colectivo	Seguro comercial	85,9	85,5	87,6	41,8
Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas	Autoseguro	81,1	77,8	77,8	70,4
Oficina de las Naciones Unidas en Viena, Plan de Seguro Médico Integral	Seguro comercial	72,2	65,2	No se dispone de datos	No se dispone de datos

reembolsos y los pagos directos efectuados por los aseguradores; y los costos administrativos en que incurridos.

⁸⁴ No se incluye el número de afiliados al plan Cigna Dental de la Secretaría de las Naciones Unidas para evitar un doble cómputo.

⁸⁵ No se contabilizan aquí las contribuciones en especie ni las cantidades pagadas directamente por la organización a administradores externos (que no se han incluido en el cálculo de las aportaciones de los beneficiarios).

<i>Tomador del seguro y plan</i>	<i>Modalidad</i>	<i>Tasa de siniestralidad total</i>	<i>Tasa de siniestralidad</i>	<i>Tasa de reembolso efectivo</i>	<i>Tasa de autocobertura financiera</i>
Secretaría de las Naciones Unidas, Aetna	Autoseguro	No se dispone de datos	87,9	64,9	60,9
Secretaría de las Naciones Unidas, Cigna Dental	Autoseguro	No se dispone de datos	90,5	48,3	73,0
Secretaría de las Naciones Unidas, Empire Blue Cross	Autoseguro	No se dispone de datos	97,7	33,6	78,8
Secretaría de las Naciones Unidas, Plan de Seguro Médico	Autoseguro	No se dispone de datos	107,2	87,5	30,1
Secretaría de las Naciones Unidas, Plan Mundial de las Naciones Unidas	Autoseguro	No se dispone de datos	87,9	87,2	72,4
PNUD Plan de Seguro Médico	Autoseguro	169,8	148,9	84,4	29,0
UNESCO Caja de Seguros Médicos	Autoseguro	66,7	64,1	87,7	80,6
ACNUR Plan de Seguro Médico	Autoseguro	59,8	55,0	No se dispone de datos	No se dispone de datos
UNICEF Plan de Seguro Médico	Autoseguro	No se dispone de datos	63,5	85,7	44,6
ONUDI Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno	Seguro comercial	No se dispone de datos	83,2	No se dispone de datos	No se dispone de datos
ONUDI Plan de Seguro Médico Integral	Seguro comercial	No se dispone de datos	68,7	No se dispone de datos	No se dispone de datos
UNOPS Plan de Seguro Médico	Seguro comercial	68,3	53,4	No se dispone de datos	No se dispone de datos
UPU Plan de Seguro Médico	Seguro comercial	No se dispone de datos		86,9	No se dispone de datos
ONU Turismo Plan de Seguro de Enfermedad y Accidentes	Seguro comercial	28,6	28,5	86,9	No se dispone de datos
PMA Plan Básico de Seguro Médico	Seguro comercial	86,0	81,9	84,8	64,2
PMA Plan de Seguro Médico	Seguro comercial	88,8	75,4	84,9	41,8
OMS Seguro de Enfermedad del Personal	Autoseguro	58,5	54,6	73,7	69,8
OMPI Plan de Seguro Médico Colectivo	Seguro comercial	94,9	94,8	88,8	44,4

Fuente: Elaborado por la DCI.

145. **La media aritmética simple de la tasa de siniestralidad total es del 88,1 %, lo que indica, en general, un buen ajuste entre las aportaciones y los gastos.** En cuanto al cuadro 15, de los 15 planes con información completa sobre el cálculo de la tasa de siniestralidad total, 6 tienen valores entre el 85 % y el 100 %, lo que denota una armonización particularmente buena entre las aportaciones y los gastos por concepto de reembolso y de administración, mientras que otro grupo de 6 también registra tasas adecuadas entre el 50 % y el 85 %⁸⁶. Respecto de las tasas de siniestralidad, la media aritmética simple de los 25 planes

⁸⁶ Cuatro planes (Plan de Seguro Médico de la FAO, Plan de Seguro Médico Integral de la ONUDI, Caja de Seguros Médicos de la UNESCO y Plan de Seguro de Enfermedad y Accidentes de

que disponen de información completa asciende al 83,1 %. En conjunto, 21 planes, el 84 % del total, presentan tasas de siniestralidad adecuadas.

146. **En total, 14 de los 21 planes sobre los que se dispone de información tienen una tasa de reembolso efectiva entre el 80 % y el 88,8 %.** Hay cinco planes con una tasa de entre el 65 % y el 80 %, mientras que dos de los planes de la Secretaría de las Naciones Unidas registran tasas inferiores al 50 %. El Plan de Seguro Médico Colectivo de la OMPI presenta los valores más elevados (88,8 %), seguido de cerca por el Plan de Seguro Médico Colectivo de la OMI, la Caja de Seguros Médicos de la UNESCO, el Plan de Seguro Médico de la Secretaría de las Naciones Unidas y el Plan Mundial de las Naciones Unidas, el Plan de Seguro de Enfermedad y Accidentes de ONU Turismo y el Plan de Seguro Médico de la UPU, todos ellos con tasas en torno al 87 %.

147. **De los 19 planes sobre los que se dispone de datos, 17 presentan tasas de autocobertura financiera inferiores al 75 %.** En cuanto a la tasa de autocobertura financiera, se recibieron datos de 19 planes (véase el cuadro 16). De ellos, 7 presentan tasas inferiores al 50 %, lo que indica que sus planes cubren más de la mitad del costo real de los servicios de salud necesarios durante el año. Los planes con mayores niveles de protección financiera en 2022 eran los Planes de Seguro Médico del PNUD y de la Secretaría de las Naciones Unidas, seguidos del Plan de Seguro Médico Colectivo de la OMI y el Plan de Seguro Médico del PMA. En concreto, los beneficiarios de estos dos Planes de Seguro Médico tenían una tasa de autocobertura financiera de tan solo el 30 % y, por lo tanto, obtuvieron la mayor subvención (en torno al 70 % de sus gastos) para cubrir sus necesidades de atención de salud en 2022. En el caso de los planes con tasas de autocobertura financiera superiores al 50 %, la subvención recibida por los beneficiarios fue inferior a sus aportaciones y gastos médicos directos. La media aritmética simple de la autocobertura financiera de este grupo de 19 planes es del 57,7 %.

148. **Un examen más detenido de la tasa de cobertura financiera confirma que la solidaridad intergeneracional está firmemente arraigada en los planes de seguro médico de las Naciones Unidas⁸⁷.** Con referencia al cuadro 16, la tasa correspondiente a los funcionarios en activo de los 19 planes que facilitaron datos es, por término medio, del 75,3 %, mientras que en el caso de los jubilados es del 39 %, lo que significa que las subvenciones a estos últimos (61 %) fueron 14 puntos porcentuales superiores a las de los funcionarios en activo (24,7 %).

Cuadro 16

Tasa de autocobertura financiera (en porcentaje) por plan de seguro médico y por tipo de afiliado (2022)

Tomador del seguro y plan	Modalidad	Funcionarios en activo + familiares a cargo	Jubilados + familiares a cargo	Tasa global
FAO Plan Básico de Seguro Médico	Seguro comercial	72,0	38,4	49,3
FAO Plan de Seguro Médico	Seguro comercial	59,8	No se aplica	59,8
OIEA Plan de Seguro Médico Integral	Seguro comercial	93,2	48,8	67,1
OACI Plan de Prestaciones Médicas	Autoseguro	66,9	64,4	65,6

ONU Turismo) presentan tasas de siniestralidad inusualmente bajas o elevadas, lo que podría señalar un posible problema en relación con la calidad de la información facilitada.

⁸⁷ Parte de la subvención adicional que reciben los jubilados tiene por objeto cubrir los impuestos sobre las pensiones, como se reconoce en el último informe del Secretario General sobre el seguro médico posterior a la separación del servicio, [A/76/373](#), párr. 57. (“Desde enero de 1974, se han prorrateado los costos [del seguro médico] entre el personal jubilado y en activo, lo cual ha redundado en que la tasa de aportación de los jubilados sea aproximadamente la mitad de la de los funcionarios en activo, manteniendo al mismo tiempo los coeficientes de participación en los gastos establecidos por mandato entre la Organización y los afiliados como grupo. Este mecanismo, en el que se toma en consideración que las pensiones tributan, mientras que las aportaciones de los funcionarios se basan en los ingresos netos, se establece transfiriendo una porción de la parte de las primas correspondiente a la Organización de los funcionarios en activo a los jubilados, lo que equivale a una subvención intergeneracional de los primeros a los segundos.”)

<i>Tomador del seguro y plan</i>	<i>Modalidad</i>	<i>Funcionarios en activo + familiares a cargo</i>	<i>Jubilados + familiares a cargo</i>	<i>Tasa global</i>
OIT Caja del Seguro de Salud del Personal	Autoseguro	94,2	35,3	53,93
OMI Plan de Seguro Médico Colectivo	Seguro comercial	65,3	24,8	41,8
Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas	Autoseguro	107,8	40,1	70,4
Oficina de las Naciones Unidas en Viena, Plan de Seguro Médico Integral	Seguro comercial	No se dispone de datos		
Secretaría de las Naciones Unidas, Aetna	Autoseguro	75,3	29,8	60,9
Secretaría de las Naciones Unidas, Cigna Dental	Autoseguro	75,5	68,6	73,0
Secretaría de las Naciones Unidas, Empire Blue Cross	Autoseguro	75,2	84,2	78,8
Secretaría de las Naciones Unidas, Plan de Seguro Médico	Autoseguro	35,5	13,2	30,1
Secretaría de las Naciones Unidas, Plan Mundial de las Naciones Unidas	Autoseguro	99,9	31,2	72,4
PNUD Plan de Seguro Médico	Autoseguro	30,6	24,8	29,0
UNESCO Caja de Seguros Médicos	Autoseguro	144,8	50,5	80,6
ACNUR Plan de Seguro Médico	Autoseguro	No se dispone de datos		
UNICEF Plan de Seguro Médico	Autoseguro	48,9	26,1	44,6
ONUDI Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno	Seguro comercial	No se dispone de datos		
ONUDI Plan de Seguro Médico Integral	Seguro comercial	No se dispone de datos		
UNOPS Plan de Seguro Médico	Seguro comercial	No se dispone de datos		
PMA Plan Básico de Seguro Médico	Seguro comercial	89,5	34,1	64,2
PMA Plan de Seguro Médico	Seguro comercial	44,3	21,7	41,8
OMS Seguro de Enfermedad del Personal	Autoseguro	91,4	42,0	69,8
OMPI Plan de Seguro Médico Colectivo	Seguro comercial	60,7	24,4	44,4

Fuente: Elaborado por la DCI.

C. Prevención del fraude, contención de costos y adquisiciones

1. Prevención y detección del fraude

149. **La sensibilización al fraude es dispar en las distintas organizaciones.** El hecho de defraudar al seguro médico no solo va en contra de las normas de conducta del personal del sistema de las Naciones Unidas, sino que también puede dar lugar a primas más altas u otras modificaciones de las políticas en detrimento de los tomadores del seguro y los beneficiarios, independientemente de si los planes son de autoseguro o de seguro comercial. Sin embargo, el examen puso de manifiesto que el grado de sensibilización al fraude es dispar en las distintas organizaciones, siendo menos activas en este ámbito las organizaciones cuyos planes cuentan con seguros comerciales. Una buena práctica observada a este respecto es la inclusión en los contratos con aseguradores comerciales de una fórmula según la cual el ahorro resultante de un menor nivel de gastos se reparte entre el tomador del seguro y el asegurador hasta un cierto límite, lo que, al menos en teoría, crea un incentivo para la contención de costos y el control del fraude por ambas partes⁸⁸.

⁸⁸ Este es el caso del artículo 25 del contrato que la ONUDI ha concertado con su asegurador.

150. **La prevalencia de los casos de fraude al seguro médico denunciados es inferior a la media, pero hay que mantener la vigilancia.** Las organizaciones participantes en la DCI notificaron 226 casos presuntos y resueltos de fraude al seguro médico entre 2019 y 2022, con un monto combinado de 2,2 millones de dólares, de los cuales aproximadamente 142.000 dólares se han recuperado hasta la fecha⁸⁹. Los datos disponibles indican que en los sistemas de atención de salud en todo el mundo el fraude representa entre el 3,29 % y el 10 % del gasto en concepto de atención de salud⁹⁰. En el caso de los planes de seguro médico de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, que registraron una cantidad total de reembolso de 1.050 millones de dólares en 2022, la cuantía del fraude notificado fue muy inferior a esos índices de referencia mundiales. Sin embargo, esto no significa que la prevalencia del fraude sea menor, sino más bien que el número de casos de fraude conocidos oficialmente podría ser bajo. En este sentido, algunos encuestados mencionaron posibles prácticas fraudulentas en determinadas regiones (por ejemplo, la connivencia entre proveedores de servicios de salud o farmacéuticos y los asegurados, las tarifas inusualmente elevadas cobradas al personal de las Naciones Unidas o el uso de tarjetas de seguro por familiares no asegurados) que pasan desapercibidas o sobre las que no se actúa porque el sistema de control es deficiente.

151. **La detección del fraude al seguro médico es un ámbito técnico que requiere conocimientos y recursos especializados.** Los planes de seguro médico que tienen un administrador externo o un seguro comercial dependen principalmente de que el contratista en cuestión establezca un sistema de detección e investigación de posibles fraudes. En estos casos, las organizaciones participantes se benefician de la experiencia de los contratistas, ya que la vigilancia y la detección del fraude al seguro médico requieren competencias específicas que no suelen estar disponibles internamente, salvo en el caso de los planes autoadministrados; sin embargo, esto no debe impedirles realizar actividades de control del fraude. En la figura II se muestra un ejemplo de sistema de detección del fraude de un proveedor internacional de seguros médicos.

Figura II

Sistema de detección del fraude, el despilfarro y el abuso de un proveedor internacional de seguros médicos

Recursos específicos: médicos clínicos, científicos de datos, auditores e investigadores

Ejemplos de diversos factores de activación para examinar las solicitudes de reembolsos presentadas

- Normas automatizadas que señalan combinaciones inusuales de diagnósticos y códigos de procedimiento.
- Auditoría clínica y examen de precios para solicitudes de reembolsos ajenos a la red.
- Cuantía de las solicitudes de reembolso que superen un umbral determinado.
- Normas protegidas por la propiedad intelectual relativas a situaciones o sistemas fraudulentos conocidos.
- Revelación de proveedores de atención de salud fraudulentos conocidos.
- Utilización del índice de sospecha.
- Ejercicios de exploración de datos de análisis de fraudes posteriores al pago para descubrir amenazas y tendencias emergentes.

Fuente: Elaborada por la DCI.

⁸⁹ Todavía se están investigando varios casos.

⁹⁰ Jim Gee y otros, "The financial cost of healthcare fraud" (MacIntyre Hudson LLP y Centre for Counter Fraud Studies, Universidad de Portsmouth, 2010).

152. **Los cuatro planes autoadministrados detectaron y notificaron casos de presunción de fraude, mientras que 9 de los 22 planes con administración externa no lo hicieron.** Si bien es evidente que los proveedores de seguros médicos comerciales o los administradores externos tienen gran experiencia en la detección del fraude, ya que forma parte de sus competencias básicas, el examen no llevó a cabo un análisis comparativo detallado para determinar la eficacia de los sistemas aplicados por los planes autoadministrados. No obstante, los administradores de los planes detectaron y notificaron casos de presunción de fraude en los cuatro planes autoadministrados (64 casos entre 2019 y 2022), mientras que no se notificó ningún caso de fraude en 9 de los 22 planes con administración externa o con seguros comerciales.

153. **Imposición de límites a los pagos en efectivo para evitar el fraude.** En el caso de los cuatro planes de autoseguro y autoadministrados, los tomadores del seguro crearon su propio sistema para vigilar los posibles casos de fraude o elaboraron medidas para minimizar los riesgos de fraude. El plan de la OMS, por ejemplo, limita la cantidad de los pagos en efectivo que efectúan los afiliados a los proveedores de atención de salud a 250 dólares en el caso Ginebra y la zona fronteriza de Francia y a 2.000 dólares para el resto del mundo, mientras que el plan de la OIT limita los pagos en efectivo a 1.000 dólares y la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas, de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, los limita a 500 dólares. Aunque estas organizaciones merecen un reconocimiento por sus políticas de lucha contra el fraude, llama la atención la gran diferencia entre las cantidades, sobre todo teniendo en cuenta que todas están basadas en Ginebra. Esto sugiere que todavía hay margen de mejora en la coordinación de las políticas y prácticas en este ámbito. El Inspector estima que los pagos en efectivo deberían limitarse estrictamente a las cantidades consideradas razonables y habituales en el país de residencia, ya que cuanto mayor sea la cuantía, menor será su repercusión en la prevención del fraude. **El Inspector sugiere que se actualicen y reduzcan los límites impuestos a los pagos en efectivo siempre que sea posible para todos los tipos de seguro médico.**

154. **Muestreo aleatorio de solicitudes de reembolso para detectar casos fraudulentos.** En los planes de la OIT y de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, cada mes se realiza un control en profundidad de unas muestras de solicitudes de reembolso cuya cuantía supere un umbral específico, lo que también se considera una buena práctica, aunque su eficacia depende de que el umbral sea lo suficientemente bajo como para desalentar los comportamientos adaptativos u oportunistas. **El Inspector propone que se examine periódicamente la eficacia de estos umbrales para garantizar que son válidos y dan los resultados previstos.**

155. **Uso de indicadores para señalar posibles fraudes.** Los sistemas de tramitación de solicitudes de reembolso de la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas, la OIT y la OMS incluyen determinados indicadores que podrían señalar anomalías, por ejemplo, el uso de la relación entre la cuantía de las solicitudes de reembolso y el sueldo como factor de activación para examinar las solicitudes en el caso de la OIT. Aunque se recomienda encarecidamente el uso de indicadores para vigilar el riesgo de fraude, en opinión del Inspector, el hecho de vincular la probabilidad de fraude al sueldo del beneficiario implica suponer que también se espera que las solicitudes de reembolso de los empleados peor remunerados sean bajas, como si el costo de los tratamientos o la probabilidad de materialización de los riesgos para la salud dependieran de los ingresos personales. **El Inspector sugiere que se utilicen indicadores para vigilar el riesgo de fraude, pero los indicadores que vinculan la probabilidad de fraude al sueldo del beneficiario deberían suprimirse y sustituirse por otros que reflejen mejor los riesgos en cuestión.**

156. **La formación y la coordinación también contribuyen a la eficacia de la prevención del fraude.** Algunos planes confían en la competencia y experiencia de sus revisores de solicitudes de reembolso en las oficinas nacionales y regionales para detectar posibles fraudes. Aunque la descentralización de esta función no supone, en sí misma, un riesgo para la integridad del proceso de examen de las solicitudes de reembolso es necesario que las personas encargadas de realizarlo estén debidamente capacitadas y coordinadas para garantizar la máxima objetividad, profesionalidad y equidad en la aplicación de las medidas de detección y control pertinentes. **En el caso de los planes autoadministrados, el Inspector recomienda que sus programas de trabajo no descuiden la importancia de**

impartir formación sobre la prevención y detección del fraude al personal que interviene en la tramitación de las solicitudes de reembolso, y que los planes se mantengan actualizados o adopten las últimas tecnologías de detección del fraude, incluidas las herramientas de inteligencia artificial generativa.

157. **Las medidas disciplinarias en caso de fraude probado varían entre los diversos planes.** Los funcionarios en activo que, con arreglo al sistema de investigación de su organización, hayan cometido fraude al seguro médico se exponen a diversas medidas disciplinarias; estas medidas varían en función de la organización. Para un caso probado las medidas disciplinarias abarcan desde el despido, independientemente de la cuantía del fraude, por ejemplo, en la UNOPS y el ACNUR, hasta medidas disciplinarias adaptadas a la gravedad del caso en la UIT, la Secretaría de las Naciones Unidas, la UNESCO, la ONUDI y el PNUD. Los casos de fraude probados que afectan a funcionarios jubilados suelen dar lugar a la cancelación de su afiliación al seguro médico posterior a la separación del servicio.

158. **Las medidas disciplinarias deben ser proporcionales a la gravedad de la falta de conducta.** Si bien el Inspector está de acuerdo en que los casos de sospecha de fraude deben investigarse a fondo y de forma sistemática, también hay que tener en cuenta que no todas las infracciones merecen la misma respuesta. Uno de los principios de derecho, que debe aplicarse en todos los ámbitos relativos a las infracciones de prohibiciones o normas imperativas, es que la sanción debe ser proporcional a la gravedad de la falta (“Toda medida disciplinaria impuesta a un funcionario deberá ser proporcional a la naturaleza y gravedad de su falta de conducta”, de conformidad con la regla 10.3 b) del Reglamento del Personal de las Naciones Unidas), pues es evidente que no todas las infracciones causan el mismo daño⁹¹. Por otra parte, no debe privarse al funcionario del derecho a la seguridad social a menos que se haya separado del servicio de forma voluntaria o como consecuencia de un proceso disciplinario, ya que se trata de un derecho íntimamente vinculado a la relación laboral. **El Inspector recomienda que las sanciones derivadas de los casos de fraude al seguro médico, al igual que en cualquier otro fraude o falta de conducta, se establezcan siempre en función de la gravedad de la falta, de conformidad con los estatutos y reglamentos del personal pertinentes.**

2. Contención de costos

159. **La colaboración y los debates interinstitucionales sobre contención de costos han sido muy limitados.** En 2018, El Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio formuló la recomendación de que “en el contexto de las reuniones entre organismos bajo los auspicios del Comité de Alto Nivel sobre Gestión se sigan considerando todas las vías para contener el costo del seguro médico”⁹². La recomendación tenía por objeto reducir los costos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas relacionados con los planes de seguro médico, incluido el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio. Las entrevistas y conversaciones mantenidas con las organizaciones participantes en la DCI pusieron de manifiesto que no se había producido esa colaboración interinstitucional en todo el sistema. No obstante, se ha observado alguna iniciativa esporádica basada en la localización, especialmente a través de los intercambios y debates entre las organizaciones con sede en Ginebra (OIT, Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y OMS)⁹³ y las organizaciones con sede en los Estados Unidos (Secretaría de las Naciones Unidas, PNUD y UNICEF para sus Planes de Seguro Médico)⁹⁴.

⁹¹ No es lo mismo solicitar indebidamente un reembolso de 30 dólares que uno de 30.000. Mientras que, en el primer caso, además de la denegación del reembolso, el solicitante debería ser objeto de una pequeña sanción, en el segundo caso debería ser objeto de una medida mucho más grave, que podría incluir, de ser procedente, el despido disciplinario. Véase <https://www.un.org/internaljustice/oaj/en/proportionality-sanction> para consultar la jurisprudencia sobre el principio de proporcionalidad del Tribunal de Apelaciones de las Naciones Unidas.

⁹² A/73/662.

⁹³ La iniciativa conjunta de las organizaciones con sede en Ginebra se centra en la negociación de precios con los proveedores de servicios de salud en Suiza.

⁹⁴ Las organizaciones con sede en los Estados Unidos contrataron conjuntamente a un administrador externo para sus planes de seguro médico.

El Inspector sugiere que las organizaciones participantes revitalicen las reuniones entre organismos con miras a aplicar esa recomendación.

160. **La mayoría de los administradores de planes no cuenta con un plan de acción claro para la contención de costos.** En las entrevistas, muchos administradores de planes declararon que no tenían ningún plan de contención de costos, mientras que el resto explicó que se habían aplicado algunas medidas. Los que cuentan con aseguradores o administradores externos confían principalmente en la experiencia de estas empresas comerciales, que, a través de ejemplos compartidos, demostraron que eran capaces de aplicar diversas medidas para reducir o evitar costos innecesarios. Sin embargo, cabe señalar que en los acuerdos contractuales con estas compañías nunca se incluye un objetivo de contención de costos en su sistema de supervisión del desempeño. La contención de costos tampoco forma parte de los indicadores clave del desempeño de los planes de autoseguro. Además de los administradores de los planes, las asociaciones de jubilados han desempeñado un papel importante en la concienciación de sus miembros sobre las medidas de contención de costos, lo cual es encomiable.

161. **Las modificaciones del diseño de los planes y de los requisitos de admisibilidad promueven reducciones de costos a largo plazo, pero podrían lograrse a expensas de una cobertura dispar para el personal.** La FAO puso en marcha un nuevo plan de seguro médico concebido específicamente para el personal de contratación local sobre el terreno cuya fecha de ingreso a la organización sea el 1 de octubre de 2016 o posterior. Anteriormente, la FAO solo contaba con un plan, el Plan Básico de Seguro Médico, para el conjunto del personal en el mundo, que proporcionaba una cobertura equitativa para todos. El nuevo plan, el Plan de Seguro Médico, tiene en general una cobertura inferior a la del plan original, y una prima anual considerablemente inferior, a saber, 39,93 dólares por persona para 2023, frente a los 143,53 dólares del plan original. La puesta en marcha del nuevo plan, por tanto, ha reducido los costos del seguro médico de la organización, incluido el costo futuro del seguro médico posterior a la separación del servicio. Se observa que el establecimiento de dos planes separados, uno para el personal de la sede y el personal de contratación internacional sobre el terreno y otro para el personal de contratación local sobre el terreno, es una modalidad común utilizada por la mayoría de las organizaciones participantes⁹⁵. El número de participantes en ambos planes en la FAO sigue siendo reducido (223 funcionarios en activo a finales de 2022). Queda por ver hasta qué punto este plan atendería de forma adecuada las necesidades del personal destinatario.

162. **Algunas medidas de contención de costos requieren una planificación a largo plazo.** En 2023, el OIEA rebajó de 30 a 25 años la edad de los hijos que no estaban a cargo de los afiliados al plan de seguro médico posterior a la separación del servicio como medida de contención de costos⁹⁶. Esto también contribuirá a limitar a largo plazo el número de afiliados a ese plan de seguro médico de la organización. El resultado de esta medida de contención de costos aún está por ver, pero demuestra que las medidas de reducción de costos a largo plazo pueden requerir una planificación a largo plazo.

163. **El recurso a planes nacionales de seguro médico ha permitido reducir los costos, pero no es aplicable en todas partes.** En 2011, la Secretaría de las Naciones Unidas exigió a su personal jubilado radicado en los Estados Unidos y beneficiario del seguro médico posterior a la separación del servicio que se inscribiera en la Parte B de Medicare, un programa federal estadounidense cuya prima reembolsa la organización. En el caso de los funcionarios jubilados, la Parte B de Medicare es la cobertura principal⁹⁷ mientras que los planes de las Naciones Unidas ofrecen una cobertura secundaria. Básicamente no se produce ningún cambio en la cobertura de los afiliados, pero las Naciones Unidas pueden contener

⁹⁵ Entre las 28 organizaciones participantes, solo el OIEA, la OIT, la UNESCO, ONU Turismo, la UPU, la OMS y la OMPI tienen un único plan de seguro médico para todo el personal. Cabe señalar que, entre estas organizaciones, solo la OIT, la UNESCO y la OMS cuentan con un número considerable de personal sobre el terreno.

⁹⁶ Esto es aplicable únicamente a los funcionarios cuya fecha de ingreso sea el 1 de marzo de 2023 o posterior.

⁹⁷ La Parte B de Medicare cubre dos tipos de servicios: a) los servicios o suministros necesarios para diagnosticar o tratar enfermedades; y b) la atención preventiva.

costos mediante la reducción de los reembolsos efectuados en el marco de sus propios planes. Para el ejercicio económico terminado el 31 de diciembre de 2020, los actuarios consultores calcularon que el ahorro previsto debido a esta iniciativa reducía la valoración del pasivo devengado por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio en un 8 %, lo que representaba una reducción estimada de 600 millones de dólares del pasivo devengado en ese momento⁹⁸. La OMS ha modificado en consecuencia sus normas de seguro médico para sus funcionarios jubilados radicados en los Estados Unidos. La FAO está estudiando actualmente esta opción.

164. Es posible acceder a planes nacionales en Austria, el Canadá, Suiza y el Reino Unido. En el Reino Unido, los funcionarios de la OMI tienen acceso al Servicio Nacional de Salud del país. Aunque el recurso a las prestaciones del Servicio Nacional de Salud se considera complementario, el plan de seguro médico de la OMI ofrece incentivos económicos a los afiliados que utilicen el Servicio, lo que constituye una buena práctica. En otros países, como Austria y el Canadá, los funcionarios tienen la posibilidad de renunciar a los planes propios de las organizaciones y afiliarse, con una subvención de la organización, a los planes nacionales. No se dispone de datos sobre la forma en que esto ha generado una reducción de costos para las organizaciones. La UPU subvenciona las primas y ofrece un plan de seguro médico complementario subvencionado a los jubilados de la Unión que optan por afiliarse al seguro médico nacional de Suiza, regulado por la Ley Federal de Seguro de Enfermedad. La organización no comunicó ninguna reducción de costos como resultado de esta medida.

165. La mayoría de los administradores de planes no pudieron demostrar resultados tangibles de sus medidas de contención de costos. El examen encontró muy pocos ejemplos de administradores externos que notificaran ahorros financieros (o costos evitados) como resultado de sus medidas de contención de costos. En el caso del Plan de Seguro Médico del PNUD, por ejemplo, su administrador externo notificó en 2021 que se habían evitado o reducido costos por valor de 1,06 millones de dólares gracias a su negociación con los proveedores de atención de salud, a la prestación de servicios médicos y la gestión de casos, así como a las medidas contra el fraude, el despilfarro y el abuso. En el marco del Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS, el ahorro de costos se controla mediante sus actividades de gestión de casos, que en 2022 resultaron también en un ahorro de 1,06 millones de dólares. Por lo demás, el Inspector comprobó que la labor general de contención de costos del seguro médico no se había llevado a cabo de forma rigurosa y sistemática. Las prácticas actuales de contención de costos son las siguientes:

- Supervisión de la cuantía de las solicitudes de reembolso para garantizar unos costos razonables y habituales.
- Negociación de tasas preferenciales con proveedores de servicios de salud locales y de la red.
- Concesión de incentivos económicos a los afiliados que demuestren que ahorran costos, por ejemplo, utilizando los servicios del seguro médico nacional, acudiendo a proveedores menos caros o utilizando medicamentos genéricos.
- Prestación de servicios médicos directos en los lugares de destino que no tienen acceso a servicios de calidad.
- Colaboración con los afiliados, especialmente sobre la situación financiera del plan.
- Promoción de la atención preventiva.
- Consultas clínicas y gestión de casos, especialmente para enfermedades crónicas.
- Refuerzo de la prevención y el control del fraude.
- Concienciación de los afiliados.

⁹⁸ Véase [A/76/373](#).

166. **La mayoría de los planes de seguro médico no son auditados periódicamente por las organizaciones.** La función de auditoría desempeña un papel insustituible en la contención de costos, la detección del fraude y la mejora general de las políticas y prácticas relativas al seguro médico. Las actividades de control, como la auditoría prevista de las solicitudes de reembolso de gastos médicos y la evaluación de la política sobre los planes de seguro médico administrados por la Sede de las Naciones Unidas, revisten suma importancia para garantizar un entorno de control adecuado y fomentar la contención de costos y la prevención y detección del fraude en todos los tipos de planes. **El Inspector recomienda que se realicen auditorías periódicas para evaluar, entre otras cosas, la exactitud de los registros de admisibilidad y la resolución de las solicitudes de reembolso, y si la actuación del administrador se ajusta a los criterios convenidos.**

167. **Los contratos deberían permitir que los titulares del plan auditaran a los administradores y los aseguradores.** Otra buena práctica observada en el examen es la inclusión en algunos contratos de seguros o de administración de una cláusula que exige que el contratista esté certificado por una entidad externa acreditada en el ámbito de la gestión, detección y prevención del riesgo de fraude, así como de disposiciones que permitan a la organización participante realizar auditorías *in situ* o *ex situ* de los sistemas, procedimientos y prácticas de control interno del asegurador o del administrador externo en relación con la gestión de las solicitudes de reembolso y la prevención, el control y la corrección del fraude. **El Inspector sugiere que los acuerdos contractuales de los planes que cuentan con aseguradores o administradores externos se revisen siempre que sea posible para incorporar esas condiciones y garantizar que su facultad de auditoría se ejerza de forma eficaz.**

3. Adquisiciones

168. **La colaboración interinstitucional y el intercambio de buenas prácticas y enseñanzas sobre adquisiciones de los proveedores de seguros médicos comerciales y los administradores externos han sido escasos.** En 2015, el Secretario General informó⁹⁹ acerca de la necesidad de que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas negociaran de forma colectiva con los administradores externos de seguros médicos y los proveedores de seguros médicos comerciales para optimizar los precios y el acceso a la red. En su informe posterior¹⁰⁰, se recomendaba a las organizaciones que estudiaran la posibilidad de alinear sus requisitos para los administradores externos con las mejores prácticas, lo que incluye lograr la armonización en varios aspectos esenciales, como los indicadores clave del desempeño, la metodología de fijación de precios, la estructura y frecuencia de los informes y los controles y auditorías. El Inspector no detectó ninguna actividad derivada de esta recomendación, aparte de la colaboración interinstitucional existente e histórica en materia de adquisiciones conjuntas, como la colaboración entre los administradores de los Planes de Seguro Médico.

169. **Debido a la falta de coordinación interinstitucional las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas pierden oportunidades de aumentar su poder de negociación en el mercado de los seguros médicos, en el que hay muy pocos proveedores.** Cerca de 240.000 afiliados al Plan de las Naciones Unidas están asegurados en planes de seguro médico que cuentan con administración externa y casi 83.000 personas están aseguradas en planes de seguro comercial. A pesar de ello, la contratación de servicios de seguro médico se llevó a cabo por separado, incluso para los planes de la UNOPS, ONU Turismo y la UPU, cada uno de los cuales cubre a menos de 1.000 personas (los tres planes están adscritos a la misma compañía de seguros médicos). Cabe señalar que no resulta fácil hacer adquisiciones conjuntas debido a las divergencias en los ciclos de adquisición, las normas operacionales y los sistemas de gestión institucional, por citar solo algunas razones. Los esfuerzos realizados en el pasado para promover la armonización de los requisitos para las adquisiciones, incluida la utilización de un modelo de acuerdo que reflejara las mejores prácticas del sector, no han prosperado al no existir un organismo central de coordinación ni un repositorio para la gestión del conocimiento, tras la discontinuación del Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico

⁹⁹ A/70/590.

¹⁰⁰ A/73/662.

Posterior a la Separación del Servicio. En las entrevistas, varios administradores de planes destacaron las dificultades que planteaba la elaboración del mandato debido a la falta de experiencia interna y de acceso a buenos ejemplos de otras organizaciones. Algunas organizaciones participantes contrataron a un consultor externo experto en seguros médicos para apoyar el proceso de licitación, lo que constituye una buena práctica. Otro reto es la escasez de proveedores cualificados que se presenten a un proceso de licitación competitiva. En el caso de los 19 planes con administración externa y que están asegurados comercialmente fuera de los Estados Unidos, solo se han utilizado tres compañías: Cigna (15 planes), Allianz Care (3 planes, y un tomador del seguro) y MSH International (1 plan). Aunque esto supone un reto, también es una oportunidad para las negociaciones colectivas y la armonización de los acuerdos de prestación de servicios, especialmente con Cigna.

IV. Idoneidad y calidad de los servicios

170. **Encuesta mundial sobre la cobertura del seguro médico, con más de 23.000 respuestas.** En esta sección se presentan las percepciones y opiniones de los funcionarios en activo y jubilados sobre la pertinencia, idoneidad y eficacia de los planes de seguro médico a los que están afiliados. Para llevar a cabo el examen, se recopilaron y analizaron datos, principalmente procedentes de una encuesta en línea a gran escala realizada entre el 4 de mayo y el 20 de junio de 2023, que acabó recibiendo respuestas de 23.163 funcionarios en activo y jubilados de todo el mundo. El número de encuestados representaba el 14,7 % del total de funcionarios en activo y jubilados asegurados en los 25 planes de seguro médico de las Naciones Unidas (157.266 personas)¹⁰¹. Aunque, debido a la metodología utilizada, no cabe afirmar que los resultados de la encuesta sean estadísticamente representativos de la población consultada, el volumen de respuestas recibidas permite llegar a conclusiones válidas a efectos de este análisis, cuyo objetivo principal es detectar deficiencias y ámbitos de mejora.

171. **La encuesta abordó la suficiencia de la cobertura, el acceso a la atención de la salud y la eficacia de la administración de los planes de seguro médico.** Se preguntó a los encuestados su opinión sobre los aspectos relacionados con: a) la medida en que su plan de seguro médico había satisfecho sus necesidades de atención de la salud y las de sus familiares a cargo; b) el nivel de acceso a la atención de la salud y otros servicios afines en su lugar de destino; y c) la eficacia de la administración de su plan de seguro médico. Esta sección contiene un resumen de las constataciones. En el documento complementario del presente examen figuran los resultados globales de la encuesta.

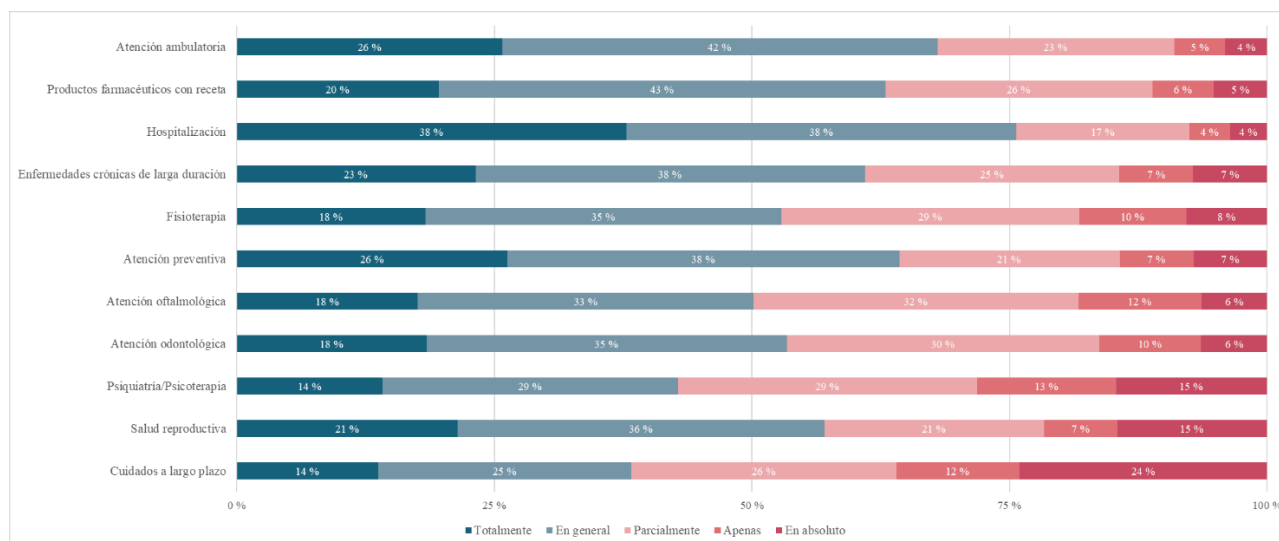
A. Cobertura y costos

172. **La cobertura no es plenamente satisfactoria en varios ámbitos de la atención.** Se pidió a los encuestados que calificaran en qué medida la cobertura de su plan de seguro médico copatrocinado por sus organizaciones había satisfecho sus necesidades, incluidas las de sus familiares a cargo afiliados. De los 11 ámbitos de cobertura sobre los que se preguntó en la encuesta, la hospitalización, la atención ambulatoria y la atención preventiva fueron los mejor valorados, ya que satisfacían “totalmente” o “en general” las necesidades de los encuestados. En cambio, los cuidados a largo plazo, la atención de salud mental (psiquiatría y psicoterapia) y la atención oftalmológica recibieron el menor número de respuestas que indicaban que su cobertura satisfacía “totalmente” o “en general” las necesidades de los encuestados. En la figura III se muestran los resultados globales de la encuesta.

¹⁰¹ Número de funcionarios en activo y jubilados afiliados al plan, sin incluir a los familiares asegurados.

Figura III

Opinión de los encuestados sobre la medida en que el plan de seguro médico primario copatrocinado por su organización satisfacía sus necesidades, incluidas las de sus familiares a cargo



Fuente: DCI, encuesta mundial del personal sobre los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas realizada en 2023.

173. **En total, el 68 % de los encuestados considera que la atención ambulatoria satisface sus necesidades.** En cuanto a la asistencia ambulatoria, entre los 25 planes de seguro médico, los encuestados asegurados en los Planes de Seguro Médico de la UPU, ONU Turismo y la OMPI dieron la calificación más alta, al considerar que la cobertura satisfacía “totalmente” o “en general” sus necesidades. Los encuestados asegurados en la Caja de Seguros Médicos de la UNESCO, los Planes de Seguro Médico de la UNOPS, el PNUD, el UNICEF y el ACNUR y el Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno de la ONUDI dieron la calificación más baja a la pregunta de si la cobertura satisfacía “totalmente” o “en general” sus necesidades. Además del plan de la UNESCO, los cuatro últimos planes se destinan específicamente al personal de contratación local fuera de los lugares con sede.

174. **La cobertura de hospitalización cumple totalmente o en general las expectativas para el 76 % de los encuestados.** En cuanto a la hospitalización, la mayoría de los encuestados (más del 60 % para cada plan) indicaron que la cobertura de sus planes de seguro médico satisfacía “en general” o “totalmente” sus necesidades, siendo el plan de la OMPI el que recibió la calificación más alta (97 %) y el de la UNESCO la más baja (62 %).

175. **Alrededor del 63 % de los encuestados estima que la cobertura de medicamentos es satisfactoria.** En cuanto a los medicamentos de venta con receta, si bien el 63 % de los encuestados consideraba que sus necesidades estaban “totalmente” o “en general” satisfechas, se recibieron más de 2.000 comentarios en los que se afirmaba que estas necesidades no estaban atendidas, por ejemplo, en relación con determinados productos farmacéuticos, como vitaminas y minerales, que no estaban cubiertos a pesar de ser recetados por médicos. En cuanto al análisis de las respuestas por planes, el menor número de respuestas sobre las necesidades cubiertas “totalmente” o “en general” procedía de los encuestados asegurados en el Plan de Seguro Médico del PMA, los Planes de Seguro Médico de la Secretaría de las Naciones Unidas, el PNUD, el ACNUR, el UNICEF y la UNOPS para el personal de contratación local fuera de los lugares con sede, y el plan de la UNESCO.

176. **Aunque el 61 % de los encuestados consideró que su seguro médico satisfacía de forma adecuada sus necesidades en relación con las enfermedades crónicas de larga duración, los resultados de la encuesta variaban considerablemente entre los distintos planes.** Más del 90 % de los encuestados de la OMPI estimaba que su plan de seguro médico satisfacía “totalmente” o “en general” estas necesidades, en comparación con solo el 50 % de los encuestados de la UNESCO y el personal de contratación local sobre el terreno del UNICEF. Al comparar los encuestados de contratación local con los de contratación

internacional, el 57 % de los primeros consideraba adecuada la cobertura de su seguro médico en este ámbito de asistencia, frente al 66 % de los segundos. No hubo diferencias importantes entre las mujeres y los hombres encuestados¹⁰². Entre los comentarios recibidos, las principales preocupaciones estaban relacionadas con la cobertura insuficiente o los límites máximos fijados para las solicitudes de reembolso de los cuidados a largo plazo prestados a las personas de edad, la fisioterapia prolongada, los problemas de salud relacionados con discapacidades físicas y los medicamentos para enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión arterial, el cáncer y el dolor crónico.

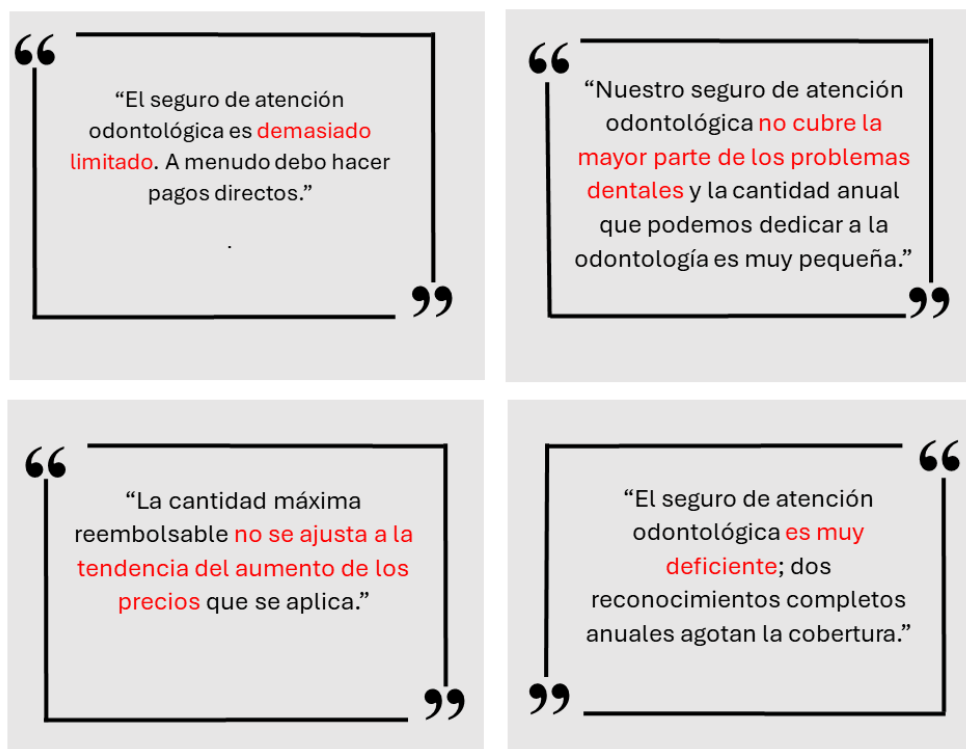
177. Solo el 53 % de los encuestados consideró que la fisioterapia satisfacía totalmente o en general sus necesidades. En cuanto a la fisioterapia, alrededor del 53 % de los encuestados afirmó que sus necesidades estaban “totalmente” o “en general” satisfechas. El análisis de las respuestas por plan de seguro médico muestra que los planes de la OIT, ONU Turismo y la OMPI recibieron el mayor número de respuestas en las que se afirmaba que satisfacían “totalmente” o “en general” las necesidades de los encuestados (más del 70 % cada uno). ONU Turismo y la OMPI ofrecen la tasa de reembolso más elevada en este ámbito (tasa de reembolso del 100 % para los proveedores de la red en España en el caso de ONU Turismo, y tasa de reembolso del 90 % en el caso de la OMPI). Aparte de estos dos planes, no parece existir una fuerte correlación entre el nivel de cobertura y las respuestas a la encuesta, salvo en el caso del plan de la UNESCO, que recibió la calificación más baja (solo el 30 % de los asegurados en este plan consideraba que sus necesidades de fisioterapia estaban “totalmente” o “en general” satisfechas). Este plan es uno de los que ofrecen el nivel más bajo de cobertura, con un porcentaje de reembolso del 70 % y un máximo de 15 dólares por sesión y hasta 50 sesiones anuales. Además, siguiendo una pauta similar a la de otros ámbitos de la atención, los Planes de Seguro Médico de la Secretaría de las Naciones Unidas, el ACNUR, el UNICEF y el PNUD recibieron también algunas de las valoraciones más bajas, ya que menos del 50 % de los encuestados indicó que sus necesidades estaban “totalmente” o “en general” satisfechas.

178. Según el 64 % de los encuestados, la cobertura de la atención preventiva es buena. La atención preventiva es un ámbito que recibió una buena tasa de respuesta en conjunto, ya que los encuestados declararon que sus necesidades estaban “totalmente” o “en general” satisfechas (64 %), a pesar de que el nivel de cobertura variaba entre los distintos planes. Al igual que en otros ámbitos de la atención, los encuestados asegurados por la UNESCO y en los Planes de Seguro Médico del PNUD, el ACNUR y el UNICEF registraron la tasa de respuesta más baja al indicar si sus necesidades estaban “totalmente” o “en general” satisfechas (entre el 50 % y el 52 %). En el caso de los afiliados o de sus familiares a cargo que se identificaban con una orientación sexual distinta a la heterosexual, las preocupaciones más frecuentes estaban relacionadas con la falta de cobertura de las pruebas rutinarias de detección de enfermedades de transmisión sexual distintas del VIH y la cobertura de la profilaxis preexposición para la prevención del VIH.

179. La cobertura de la atención odontológica es insuficiente para el 46 % de los encuestados, con diferencias importantes entre los distintos planes. En cuanto a la atención odontológica, el 54 % de todos los encuestados consideró que su cobertura satisfacía “totalmente” o “en general” sus necesidades, pero el porcentaje de las respuestas variaba de forma sustancial en función del seguro médico, entre el 37 % (la UNESCO y el Plan de Seguro Médico del PMA) y el 80 % (la OMPI). Los encuestados asegurados en los planes basados en Roma de la FAO y el PMA (Plan Básico de Seguro Médico) dieron la siguiente valoración más baja (40 % y 41 %, respectivamente). Esto puede indicar que el nivel actual de cobertura no guarda una buena relación con los gastos efectuados en el país. En las respuestas enviadas al buzón de libre acceso de la encuesta para formular comentarios sobre las necesidades que no estaban atendidas, la atención odontológica fue una de las cuestiones que más se mencionaron como insuficientes (más de 1.700 comentarios). En la figura IV se citan algunos ejemplos de comentarios.

¹⁰² De los 17 encuestados que se identificaron con otra designación para su sexo, 12 consideraron que la cobertura de su seguro médico no satisfacía sus necesidades o solo las satisfacía parcialmente.

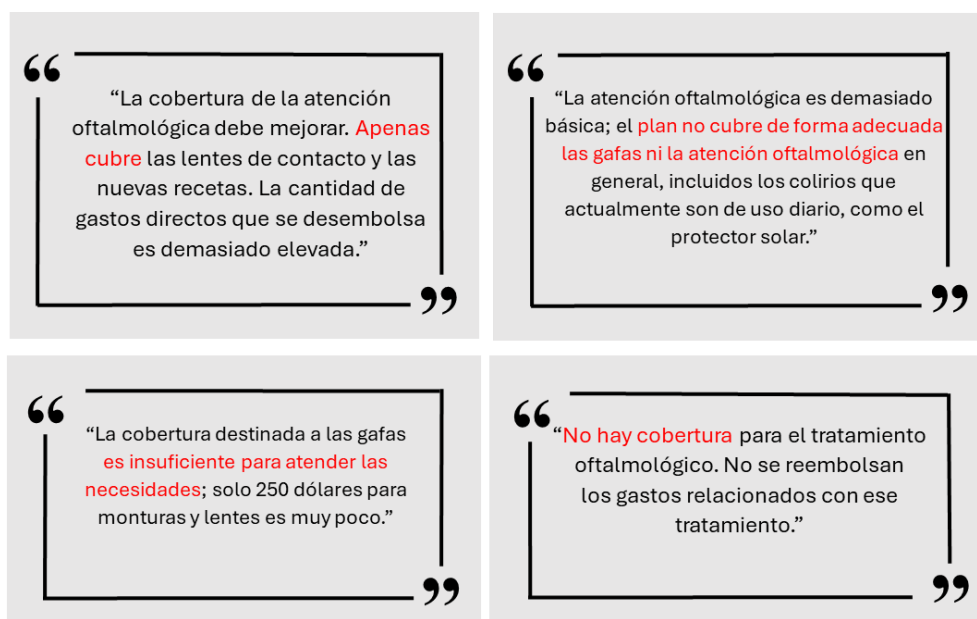
Figura IV

Ejemplos de comentarios relacionados con la cobertura de la atención odontológica

Fuente: Elaborada por la DCI.

180. **La cobertura de la atención oftalmológica no es suficiente para el 49 % de los encuestados, con diferencias sustanciales entre los distintos planes.** En cuanto a la atención oftalmológica, el 51 % de los encuestados consideró que la cobertura en este ámbito satisfacía “totalmente” o “en general” sus necesidades. En las respuestas específicas por plan, más de la mitad de los planes recibieron una valoración baja (por debajo del 50 % en lo relativo a satisfacer “totalmente” o “en general” las necesidades de los encuestados), lo que indica que han quedado sin atender importantes necesidades. Alrededor del 30 % de los encuestados asegurados en los Planes de Seguro Médico del PNUD y la UNOPS y el plan de la OMI indicaron que la cobertura “apenas” satisfacía sus necesidades o no las satisfacía “en absoluto”. Esto refleja un bajo nivel de cobertura de estos planes en este ámbito. Por otra parte, los dos planes que han recibido las calificaciones más altas, los de la OIT y la OMPI, ofrecen un nivel de cobertura mucho más amplio. Se trata de una cuestión que más de 1.200 encuestados mencionaron específicamente en el buzón de libre acceso de la encuesta para formular comentarios como una necesidad que no estaba atendida. En la figura V se citan algunos ejemplos de comentarios.

Figura V

Ejemplos de comentarios relacionados con la cobertura de la atención oftalmológica

Fuente: Elaborada por la DCI.

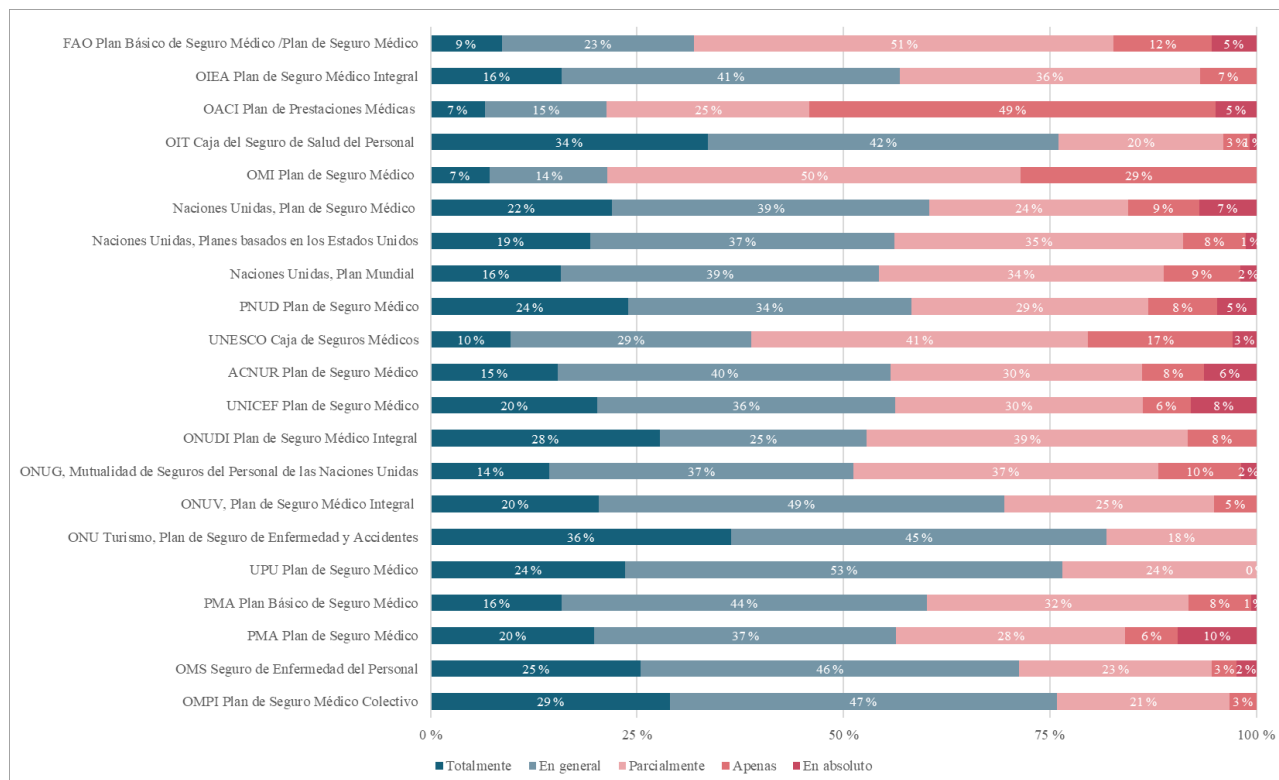
181. Solo el 43 % de los encuestados considera suficiente la cobertura de la atención de salud mental. La atención de salud mental (psiquiatría y psicoterapia) es un ámbito en el que las respuestas a la encuesta señalaron graves necesidades que no estaban atendidas¹⁰³. Más del 50 % de los encuestados indicó que su cobertura satisfacía “totalmente” o “en general” sus necesidades solo en el caso de siete planes de seguro médico¹⁰⁴. Se trata de los dos planes de la Secretaría de las Naciones Unidas basados en los Estados Unidos, y de los planes de la OIT, ONU Turismo, la UPU, la OMS y la OMPI. Los tres planes que recibieron las valoraciones más bajas (entre el 22 % y el 28 % de los encuestados indicó que sus necesidades estaban satisfechas “totalmente” o “en general”) son los planes de la FAO, la OACI y la UNESCO. En la figura VI se muestran los resultados de la encuesta relacionados con las necesidades de atención de salud mental, por plan de seguro médico.

¹⁰³ Esta constatación es coherente con la conclusión a la que llegó la DCI en su examen de las políticas y prácticas de salud mental y bienestar en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas (JIU/REP/2023/4), que contiene la siguiente recomendación: “Se alienta a las organizaciones participantes a utilizar las orientaciones existentes publicadas por la Junta de Aplicación y a emprender un examen exhaustivo de sus planes. Ello contribuirá al objetivo estratégico declarado de que es indispensable que las Naciones Unidas examinen, simplifiquen y normalicen sus planes de seguros de salud en lo relativo a la salud mental, el bienestar y la discapacidad. Una nueva evaluación de los planes de seguros de salud a nivel de todo el sistema también ofrece oportunidades para formular un enfoque común que asegure una cobertura básica para la salud mental y el bienestar del personal, lo cual a su vez incrementará el acceso a los servicios de apoyo psicosocial”.

¹⁰⁴ El número de encuestados asegurados en el Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno de la ONUDI no es suficiente para el análisis.

Figura VI

Opinión de los encuestados sobre la medida en que las prestaciones del seguro médico relacionadas con la psiquiatría y la psicoterapia (atención de salud mental) satisfacía sus necesidades, incluidas las de sus familiares a cargo



Fuente: DCI, encuesta mundial del personal sobre los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas realizada en 2023.

182. **Alrededor del 44 % de los encuestados que necesitaba servicios de salud mental consideró que en los tres años anteriores la cobertura había sido insuficiente.** La encuesta reveló que el 18 % de los encuestados (es decir, 3.797 de las 21.051 personas que respondieron a esta pregunta) había hecho uso de las solicitudes de reembolso del seguro médico en relación con la atención psiquiátrica, psicológica o de salud mental en los tres años anteriores, ya fuera para sí mismos o para sus familiares a cargo. Entre estos encuestados, el 56 % indicó que la cobertura les permitía recibir “totalmente” o “general” la atención de salud mental que ellos o las personas a su cargo necesitaban, mientras que el 32 % respondió “parcialmente”, el 9 % “apenas” y el 3 % “en absoluto”. El análisis no halló diferencias significativas en las respuestas entre hombres y mujeres y entre los funcionarios en activo y los jubilados de contratación local y de contratación internacional. Desde el punto de vista geográfico, los encuestados cuyos lugares de destino o países de residencia principal estaban en África consideraron que la cobertura satisfacía menos sus necesidades que los de otras regiones.

183. **La cobertura de la salud reproductiva también se considera dispar entre los distintos planes, ya que en promedio el 57 % de los encuestados la califica como satisfactoria.** En cuanto a la atención de la salud reproductiva, alrededor del 57 % de los encuestados afirmó que sus necesidades estaban “totalmente” o “en general” satisfechas. Del análisis desglosado se desprende que menos del 50 % de los encuestados afiliados a los planes de la FAO, la OACI y la UNESCO y al plan de seguro médico del ACNUR dio estas respuestas, mientras que el plan de la OMPI recibió estas calificaciones en más del 85 % de las respuestas. En el caso de los afiliados o de sus familiares a cargo que se identifican con una orientación sexual distinta de la heterosexual, el principal reto que se planteó fue la cobertura relacionada con los tratamientos de la infertilidad. Los motivos de preocupación incluyen desde el hecho de que sus planes no ofrezcan ningún tratamiento de la infertilidad hasta los obstáculos para acceder a la cobertura como pareja del mismo sexo.

184. **El nivel de satisfacción con la cobertura de los cuidados a largo plazo era muy bajo.** Los cuidados a largo plazo son el ámbito que ha recibido menos respuestas en términos de necesidades satisfechas “totalmente” o “en general” (38 %). En las entrevistas con los representantes de las asociaciones de jubilados, este fue el ámbito que más se mencionó por no estar suficientemente cubierto por la mayoría de los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas¹⁰⁵.

185. **Alrededor del 65 % de los encuestados consideró que sus necesidades relacionadas con la COVID-19 estaban “totalmente” o “en general” satisfechas.** El principal ámbito en que hubo necesidades desatendidas, señalado en más de 1.350 comentarios de los encuestados, está relacionado con las pruebas de detección de la COVID-19, que no eran reembolsables, aunque pudieran ser necesarias para trabajar o viajar. Una de las dificultades consistía conseguir una receta médica en plena pandemia, lo que también afectó a los costos reembolsables de la atención médica y los medicamentos de venta con receta. La mayoría de los comentarios relativos a las dificultades para recibir los reembolsos del seguro médico procedía de los encuestados asegurados en los Planes de Seguro Médico del PNUD, el UNICEF y e ACNUR y de los asegurados en el Plan Mundial de las Naciones Unidas.

186. **Las necesidades específicas de género estaban bien atendidas por la cobertura del seguro médico, ya que más del 80 % de los encuestados indicó que estaba “muy de acuerdo” o “de acuerdo”.** Las mujeres estaban menos de acuerdo (82 %) que los hombres (87 %). En el caso de las personas o familiares a cargo que se identifican con una orientación sexual distinta de la heterosexual, el 79 % coincidía en que sus necesidades específicas de género estaban bien atendidas por la cobertura de su seguro médico.

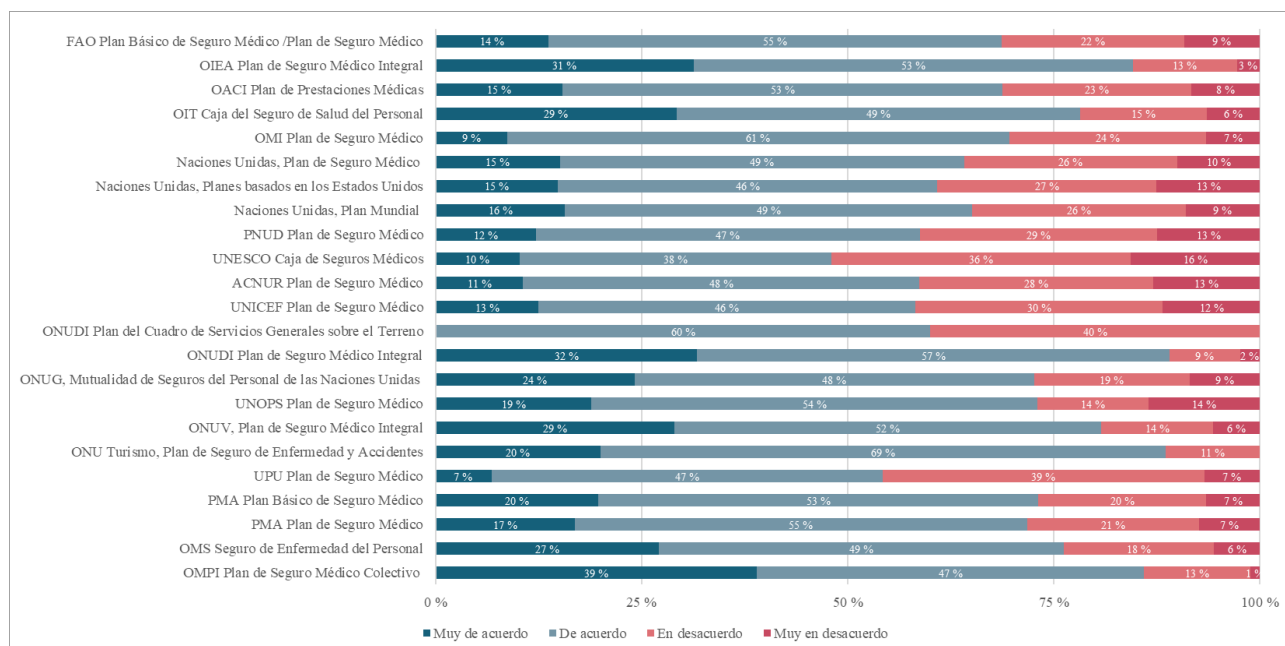
187. **El Inspector propone que las organizaciones participantes reevalúen la cobertura de sus planes de seguro médico a fin de colmar las lagunas más importantes y ajustar su cobertura a los modelos actuales de forma progresiva y sostenible, siempre en estrecha consulta con los representantes de los afiliados para cerciorarse de que se tienen en cuenta sus prioridades y la estabilidad financiera de los planes.** Los ámbitos de particular atención, según la encuesta global de la DCI, deberían ser: la atención ambulatoria, especialmente para el personal de contratación local; los cuidados a largo plazo; los problemas de salud relacionados con las discapacidades físicas y los medicamentos para enfermedades crónicas; la fisioterapia; los reconocimientos médicos completos de rutina; la atención odontológica; la atención oftalmológica; la salud mental; y la atención de la salud reproductiva.

188. **La mayoría de los encuestados estaba satisfecha con la disponibilidad de información relacionada con la cobertura, aunque con opiniones diversas sobre la relación calidad-precio de las primas de seguro.** Solo alrededor del 48 % de los encuestados de la UNESCO se mostró “muy de acuerdo” o “de acuerdo” en que las primas del seguro de enfermedad de copago entre ellos y su organización ofrecían una buena relación calidad-precio. Esto se corresponde con el análisis realizado durante el examen de la cuantía de las primas del plan, que se sitúa en el extremo superior de la horquilla en relación con el nivel de cobertura, ya que el porcentaje de reembolso de la mayoría de los costos es del 75 %. Las respuestas de los asegurados en el resto de los planes que indicaron que estaban “muy de acuerdo” o “de acuerdo” se situaban entre el 54 % (encuestados de la UPU) y el 89 % (encuestados de la ONUDI y la ONU Turismo). En la figura VII se muestran los resultados de la encuesta desglosados por planes.

¹⁰⁵ Véanse los párrafos 114 a 116.

Figura VII

Grado de acuerdo de los encuestados sobre la medida en que la prima del seguro médico de copago entre ellos y sus organizaciones ofrece una buena relación calidad-precio



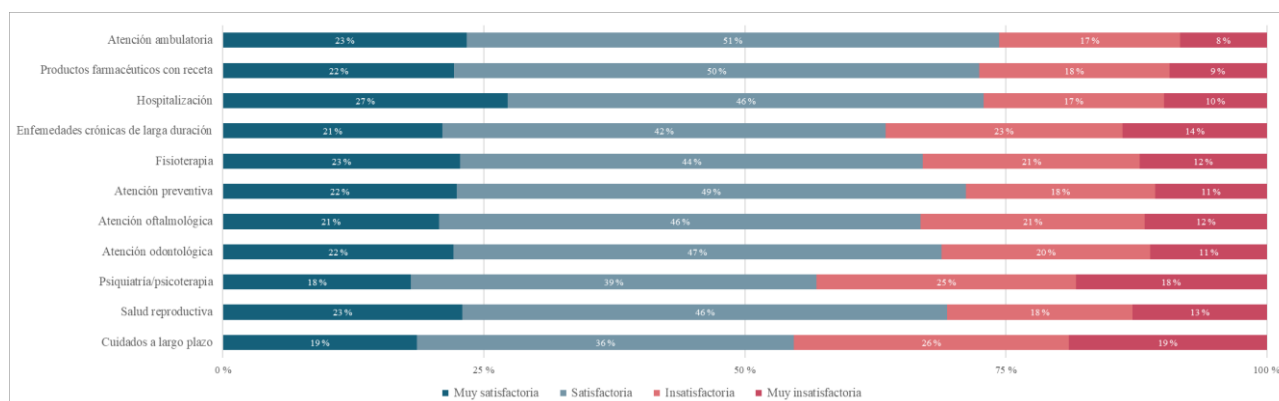
Fuente: DCI, encuesta mundial del personal sobre los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas realizada en 2023.

B. Acceso a la atención de la salud

189. **No basta con tener un seguro; también es necesario disponer de servicios de salud adecuados.** Como parte de la encuesta realizada en el marco del presente examen, también se recabó la opinión de los funcionarios en activo sobre su grado de satisfacción respecto del acceso a la atención de salud en sus lugares de destino. Entre los 11 ámbitos esenciales de cobertura examinados, el 70 % de los encuestados consideró que el acceso a la atención ambulatoria, la hospitalización, los medicamentos y los servicios de exámenes médicos preventivos eran satisfactorios o muy satisfactorios mientras que el acceso a los cuidados a largo plazo y la atención de la salud mental recibieron el mayor nivel de respuestas insatisfactorias, con un 45 % y un 43 %, respectivamente. En la figura VIII se muestran los resultados de la encuesta.

Figura VIII

Opinión de los encuestados sobre el acceso a la atención de la salud en los lugares destino



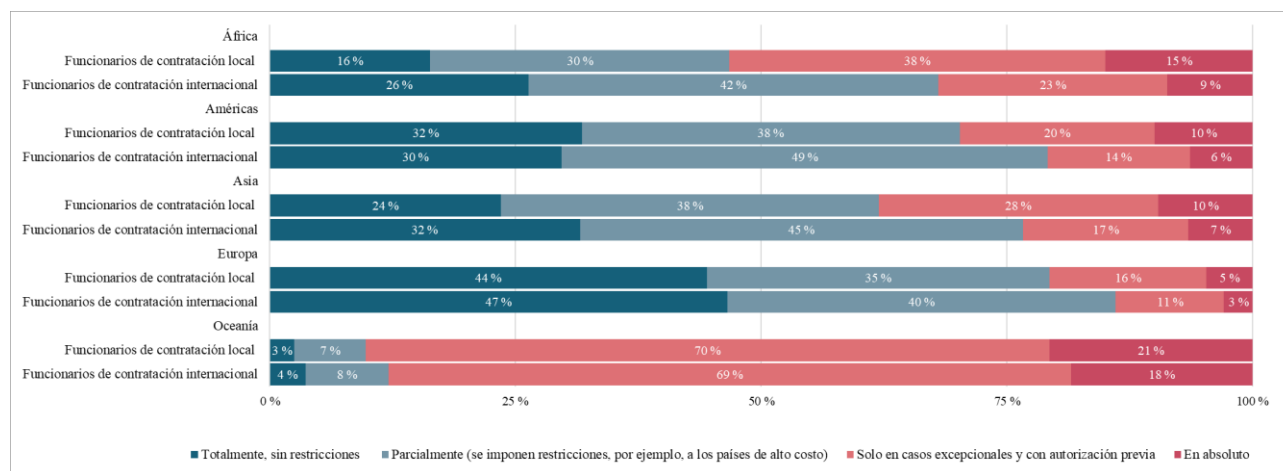
Fuente: DCI, encuesta mundial del personal sobre los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas realizada en 2023.

190. De las cinco regiones examinadas¹⁰⁶, los encuestados que trabajaban en África eran los que estaban menos satisfechos con su acceso a la mayoría de los ámbitos de la atención. En África, el acceso a la atención odontológica y oftalmológica, la fisioterapia, los cuidados a largo plazo, los tratamientos relacionados con las enfermedades crónicas y la salud mental eran los ámbitos que habían registrado el nivel más bajo de satisfacción (todos por debajo del 50 %)¹⁰⁷. Los encuestados de los lugares de destino en Asia se mostraron en general satisfechos con la mayoría de los ámbitos de atención, excepto con el acceso a la atención de salud mental en el caso de los de Asia Central¹⁰⁸, Asia Meridional¹⁰⁹ y Asia Occidental¹¹⁰ (todos ellos registraron una tasa de satisfacción inferior al 50 %). En el documento complementario del presente examen figuran los resultados detallados de la encuesta relacionados con el acceso a la atención de la salud.

191. La satisfacción respecto del acceso a la atención de la salud fuera de los lugares de destino varía en función de las regiones y del tipo de contrato. Cuando se les preguntó en qué medida sus planes de seguro médico les habían permitido acceder a la atención de la salud y a otros servicios conexos que no estaban disponibles en sus lugares de destino (en el caso de los funcionarios) o en su residencia principal (en el caso de los jubilados), las respuestas de los encuestados de África fueron ligeramente más positivas, aunque más de la mitad de los encuestados que eran funcionarios en activo y jubilados de contratación local afirmaron que su plan de seguro médico les ayudaba a acceder a la atención de la salud fuera de sus lugares de destino o de residencia principal solo en casos excepcionales y con autorización previa (38 %) o no les ayudaba en absoluto (15 %)¹¹¹. En la figura IX se muestran los resultados de la encuesta por región y por categoría de contratación de los encuestados.

Figura IX

Opinión acerca de la medida en que los planes de seguro médico han permitido que los encuestados accedan a servicios de atención de la salud que no están disponibles en sus lugares de destino (en el caso de los funcionarios) o en su residencia principal (en el caso de los jubilados)



Fuente: DCI, encuesta mundial del personal sobre los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas realizada en 2023.

¹⁰⁶ Las cinco regiones son África, América, Asia, Europa y Oceanía.

¹⁰⁷ En Oceanía, los encuestados que trabajaban en lugares de destino de Micronesia (como Kiribati y las Islas Marshall) y Polinesia (como Samoa y Tonga) eran los que estaban menos satisfechos con el acceso a la atención preventiva (25 %), la atención ambulatoria (32 %), la hospitalización (17 %), la atención oftalmológica (18 %), la atención de salud mental (6 %) y los cuidados a largo plazo (0 %). Sin embargo, la representatividad de estos datos es limitada, ya que solo entre 14 y 22 encuestados aportaron calificaciones para los distintos ámbitos de atención de estas dos subregiones.

¹⁰⁸ Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán.

¹⁰⁹ Principalmente los de Afganistán, Bangladesh y el Pakistán.

¹¹⁰ Principalmente los del Líbano, Türkiye y Yemen.

¹¹¹ Solo el 3 % de los encuestados radicados en Oceanía respondió “totalmente, sin ninguna restricción” y el 8 % indicó “parcialmente (se imponen restricciones, por ejemplo, a los países de alto costo)”.

192. **Menos de la mitad de los encuestados asegurados en el plan de la UNESCO y los planes de seguro médico del PNUD y el ACNUR consideraron asequibles los gastos directos o los copagos.** Por regiones, menos de la mitad de los encuestados cuyos lugares de destino o países de residencia principal se encontraban en Oceanía y África estaban “muy de acuerdo” o “de acuerdo” en que los gastos directos eran asequibles. Los de otras regiones expresaron un mayor grado de acuerdo con esta afirmación (52 % en Asia, 63 % en América y 67 % en Europa). En general, los encuestados de contratación internacional consideraron más asequibles los gastos directos que sus homólogos de contratación nacional (61 % frente al 56 % que se mostró “muy de acuerdo” o “de acuerdo”).

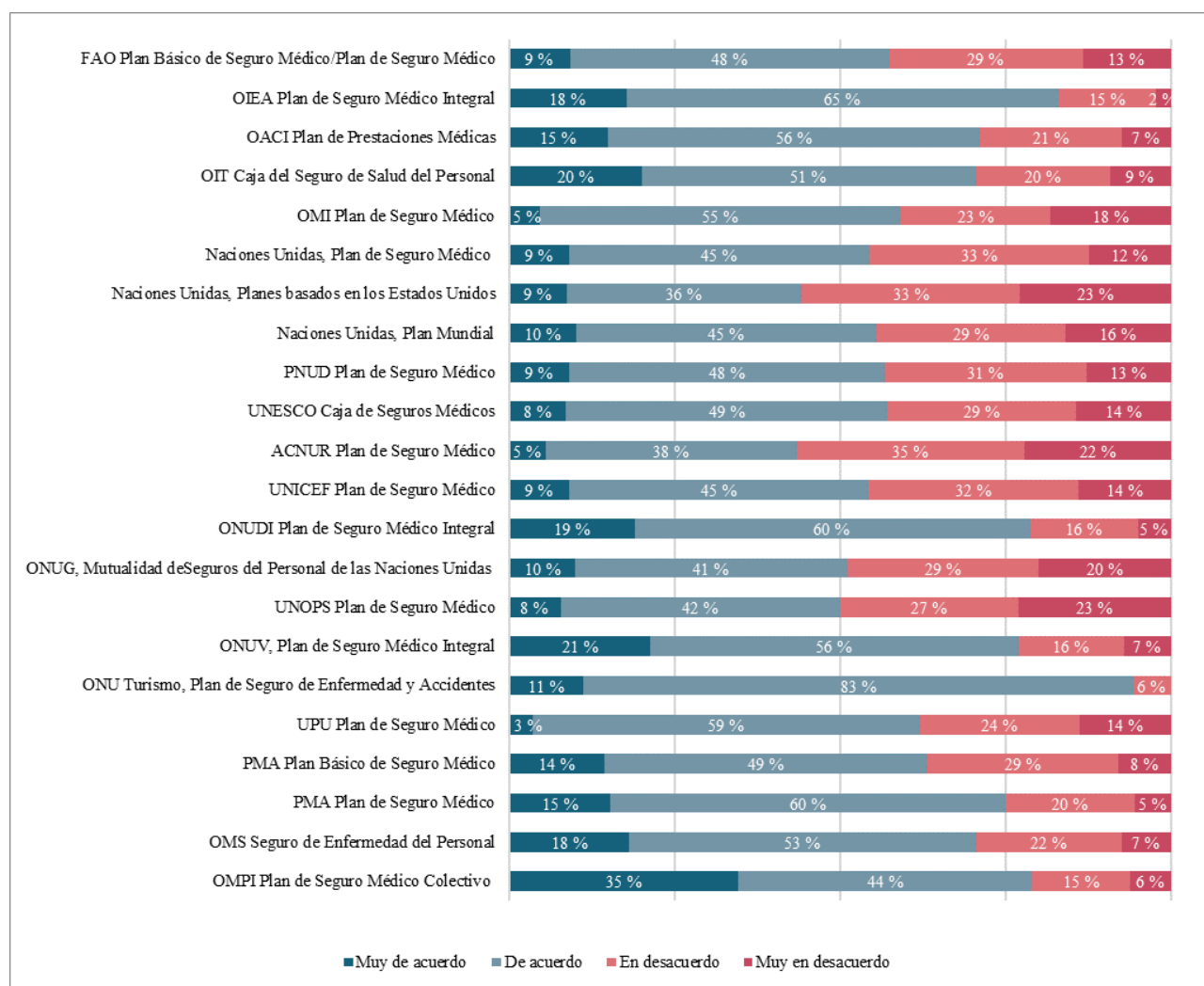
C. Calidad de la administración del seguro médico

193. **El nivel de acuerdo con la eficacia del mecanismo de resolución de controversias en relación con las solicitudes de reembolso varía de forma sustancial entre los distintos planes.** Solo entre el 43 % y el 51 % de los encuestados asegurados en los planes de la Secretaría de las Naciones Unidas basados en los Estados Unidos¹¹², los Planes de Seguro Médico del ACNUR y la UNOPS y la Mutualidad del Personal de las Naciones Unidas de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra coincidió en que sus mecanismos de resolución de controversias en relación con las solicitudes de reembolso eran eficaces, en comparación con el 94 % de los encuestados asegurados en el plan de ONU Turismo y el 83 % de los encuestados del plan del OIEA. En la figura X se muestran los resultados de la encuesta desglosados por planes. Estos guardan correspondencia con los resultados de la encuesta sobre el nivel de satisfacción respecto de la claridad del razonamiento expuesto en los casos de liquidación parcial o no liquidación de solicitudes de reembolso, la capacidad de respuesta a estas consultas y la resolución de controversias relacionadas con los reembolsos.

¹¹² Aetna, Empire y Cigna Dental de la Secretaría de las Naciones Unidas.

Figura X

Nivel de acuerdo de los encuestados sobre el grado de eficacia del mecanismo de resolución de controversias previsto por sus organizaciones¹¹³



Fuente: DCI, encuesta mundial del personal sobre los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas realizada en 2023.

194. **Más del 80 % de los encuestados indicó que estaba satisfecho con la facilidad para presentar las solicitudes de reembolso.** Sin embargo, la tasa de satisfacción descendía a menos del 60 % en el caso de los encuestados asegurados en el Plan de Seguro Médico del ACNUR. Por lo demás, no se observaban diferencias en los resultados, independientemente de que las solicitudes fueran tramitadas por las organizaciones participantes o por un administrador externo. En cuanto a los requisitos lingüísticos para la presentación de las solicitudes de reembolso, más del 90 % de los encuestados indicó que eran “muy satisfactorios” o “satisfactorios”.

195. **El nivel de satisfacción con la eficacia de la tramitación de las solicitudes de reembolso varía algo entre los distintos planes de seguro médico, incluso cuando cuentan con el mismo administrador externo.** Los encuestados asegurados en los Planes de Seguro Médico del ACNUR y la UNOPS eran los menos satisfechos (63 % y 65 %). Por otra parte, más del 90 % de los encuestados asegurados en los planes del OIEA, la OACI, la ONUDI (Plan de Seguro Médico Integral), ONU Turismo y la OMPI estaba satisfecho con la eficacia de la tramitación de las solicitudes de reembolso. Según estas respuestas, no existe correlación entre quién administra las solicitudes de reembolso (ya sea trámite interno o

¹¹³ No se recibió un número suficiente de respuestas de los asegurados en el Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno de la ONUDI.

subcontratado a un administrador externo) y el nivel de satisfacción con la eficacia de la tramitación de las solicitudes. Sorprendentemente, como los niveles de satisfacción con la eficacia de la tramitación de las solicitudes de reembolso por los administradores externos varían de forma considerable entre los distintos planes, incluso cuando cuentan con el mismo administrador externo, **el Inspector sugiere que se armonicen en todo el sistema los acuerdos de prestación de servicios, así como la supervisión y la presentación de informes al respecto.**

196. **La rapidez del reembolso es uno de los principales retos planteados por los afiliados**¹¹⁴. En la encuesta, un 67 % de los encuestados indicó que estaba satisfecho por la rapidez con que recibieron sus reembolsos; los funcionarios de contratación local encuestados se mostraron mucho menos satisfechos (63 %) que sus homólogos de contratación internacional (73 %). Entre los distintos planes, los encuestados asegurados en el Plan de Seguro Médico del ACNUR fueron los menos satisfechos (34 %), mientras que el 94 % de los asegurados en el plan de la OMPI estaba satisfecho. En las entrevistas, el personal de África expresó su preocupación por la falta de opciones en relación con los establecimientos de atención de salud, incluidas aquellas en que los planes de seguro médico podían abonar directamente su parte del reembolso. Además, el hecho de tener que pagar por adelantado y esperar el reembolso se mencionó reiteradamente como un factor que generaba dificultades económicas al personal, en especial el de contratación local. Según los resultados de la encuesta, no existe correlación entre el nivel de satisfacción con la rapidez de los reembolsos y el hecho de que el administrador sea interno o externo. Asimismo, como en el caso de la eficacia en la tramitación de las solicitudes de reembolso, los niveles de satisfacción varían considerablemente entre los distintos planes, incluso cuando cuentan con el mismo administrador externo. **El Inspector propone que las organizaciones afectadas examinen sus políticas y prácticas de concesión de anticipos o pagos directos para agilizar los procesos y evitar dificultades financieras indebidas a los beneficiarios, en particular en situaciones de emergencia y en relación con la hospitalización y los cuidados a largo plazo.**

197. **Se estima que la tramitación de reembolsos a través de la nómina causa retrasos innecesarios.** El personal entrevistado también informó de que el reciente cambio de las normas administrativas del Plan de Seguro Médico de la Secretaría de las Naciones Unidas para que las solicitudes de reembolso se paguen a través de la nómina ha prolongado también el tiempo requerido para recibir los reembolsos y ha distorsionado la interpretación de las nóminas, ya que ahora no solo incluyen los emolumentos sino también la compensación de los gastos médicos efectuados.

198. **Alrededor del 80 % de los encuestados indicó que estaba satisfecho con la profesionalidad general de las comunicaciones de los administradores de los planes de seguro médico.** Los encuestados asegurados en los planes del OIEA, la Oficina de las Naciones Unidas en Viena, la OMS y la OMPI registraron el porcentaje más alto de satisfacción (más del 90 %), mientras que los asegurados en el Plan de Seguro Médico del ACNUR fueron los menos satisfechos (66 %).

199. **Solo el 62 % se sentía seguro para hacer preguntas a su administrador del seguro médico sobre la asistencia relacionada con la afirmación de género**¹¹⁵. Alrededor del 8 % de los encuestados (1.846 personas) indicó que ellos y/o sus familiares a su cargo se identificaban con una orientación sexual distinta de la heterosexual; el 62 % de estos encuestados se sentía seguro al hacer preguntas sobre la cobertura relacionada con la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y/o las características

¹¹⁴ Cabe señalar que el tiempo de tramitación de las solicitudes de reembolso podría verse afectado por los retrasos debidos al aplazamiento de tratamientos y consultas durante la pandemia de COVID-19, lo que podría haber repercutido en el nivel de satisfacción de los encuestados.

¹¹⁵ De conformidad con la definición de la clasificación internacional de la OMS, la asistencia sanitaria relacionada con la afirmación de género abarca todas las intervenciones individuales o combinadas de carácter social, psicológico, conductual o médico (incluidos el tratamiento hormonal o la cirugía) diseñadas para apoyar y afirmar la identidad de género de una persona. Véase <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>.

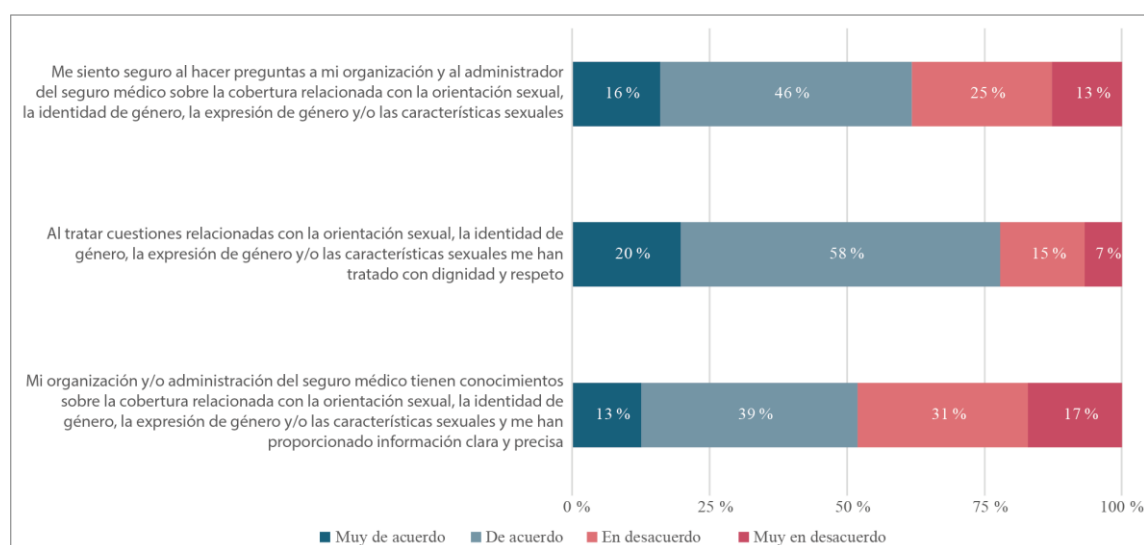
sexuales (por ejemplo, la atención relacionada con la afirmación de género o el apoyo inclusivo para la reproducción). En las respuestas a la encuesta desglosadas por plan de seguro médico, menos de la mitad de los encuestados asegurados en el Plan Básico de Seguro Médico del PMA, el Plan Mundial de las Naciones Unidas de la Secretaría de las Naciones Unidas, el Plan Básico de Seguro Médico del OIEA y la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, se sentía seguro para hacer preguntas sobre la cobertura relacionada con la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y/o las características sexuales, en comparación con los encuestados asegurados en los planes de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena y la OIT (90 % y 85 % respectivamente). En el caso de los encuestados asegurados en el Plan de Prestaciones Médicas de la OACI, 5 de los 7 encuestados no estuvieron de acuerdo en que se sentían seguros al hacer preguntas relacionadas con la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y/o las características sexuales. El examen indica que la percepción de esta cuestión por los encuestados podría estar relacionada con la cultura de la organización en general, en lugar de limitarse a la administración del seguro médico.

200. **En total, el 78 % de los encuestados consideró que era tratado con dignidad y respeto cuando se refería a la cobertura relacionada con la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y/o las características sexuales.** En sus interacciones con la organización y/o el administrador del seguro médico, un porcentaje elevado de los encuestados de cada plan consideró que era tratado con dignidad y respeto, siendo los planes de la Secretaría de las Naciones Unidas basados en los Estados Unidos los que recibieron las calificaciones más altas (94 %) y el Plan Básico de Seguro Médico/Plan de Seguro Médico de la FAO el que recibió la calificación más baja (65 %).

201. **Solo el 52 % consideró que el administrador de su seguro médico estaba informado sobre la cobertura relacionada con la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y/o las características sexuales.** Los beneficiarios asegurados en la Caja de Seguros Médicos de la UNESCO, la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y el Plan Mundial de las Naciones Unidas de la Secretaría de las Naciones Unidas dieron la calificación más baja a este respecto (27 %, 30 % y 34 %, respectivamente). **El Inspector considera que esto señala a un ámbito de mejora en la formación del personal que trabaja en las relaciones con los clientes. Por lo tanto, sugiere que los administradores aborden este asunto de manera habitual en sus programas de formación.** En la figura XI se muestran los resultados de la encuesta.

Figura XI

Opinión de los encuestados sobre la capacidad de su organización y/o del administrador del seguro médico para gestionar las consultas sobre la asistencia relacionada con la afirmación de género

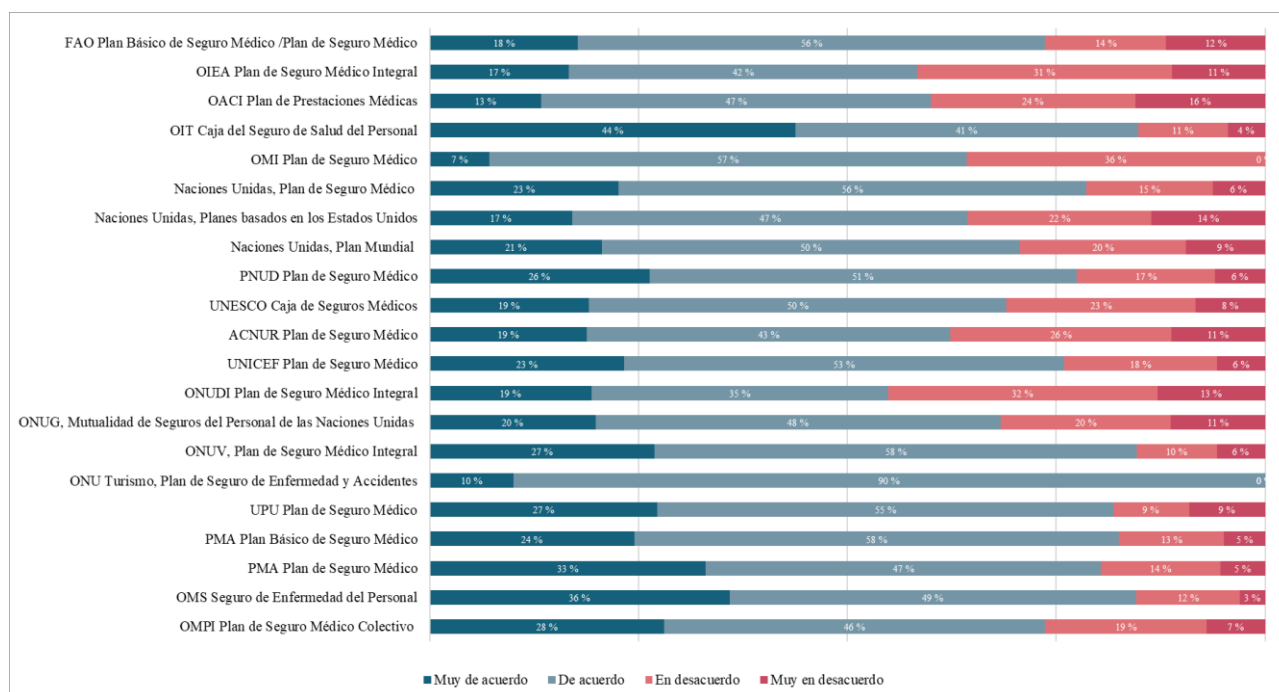


Fuente: DCI, encuesta mundial del personal sobre los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas realizada en 2023.

202. En total, el 73 % de los encuestados se sentía seguro al hacer preguntas sobre la cobertura y los reembolsos relacionados con la atención de salud mental. Alrededor del 18 % de los encuestados (3.797 personas) había recibido reembolsos del seguro médico relacionados con la atención de salud mental en los tres años anteriores. En general, el 73 % de los encuestados se mostró “muy de acuerdo” o “de acuerdo” en que se sentían seguros al hacer preguntas a su organización o al administrador de su seguro médico sobre la cobertura y los reembolsos relacionados con la atención psiquiátrica, psicológica o de salud mental. Sin embargo, si se comparan las respuestas de las mujeres y los hombres, las primeras son menos positivas (70 % de acuerdo) que los segundos (78 %). Entre el personal de contratación nacional y el personal de contratación internacional, los primeros son más positivos (77 % de acuerdo) que los segundos (70 %). Comparando los planes¹¹⁶, los encuestados asegurados en los planes de la ONUDI (Plan de Seguro Médico Integral), el OIEA y la OACI fueron los que estaban menos satisfechos (55 %, 58 % y 60 % respectivamente). En la figura XII se muestran los resultados de la encuesta desglosados por plan de seguro médico.

Figura XII

Nivel de acuerdo de los encuestados cuando se les preguntó si se sentían seguros al hacer consultas a su organización o al administrador de su seguro médico sobre la cobertura y los reembolsos relativos a la atención psiquiátrica, psicológica o de salud mental



Fuente: DCI, encuesta mundial del personal sobre los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas realizada en 2023.

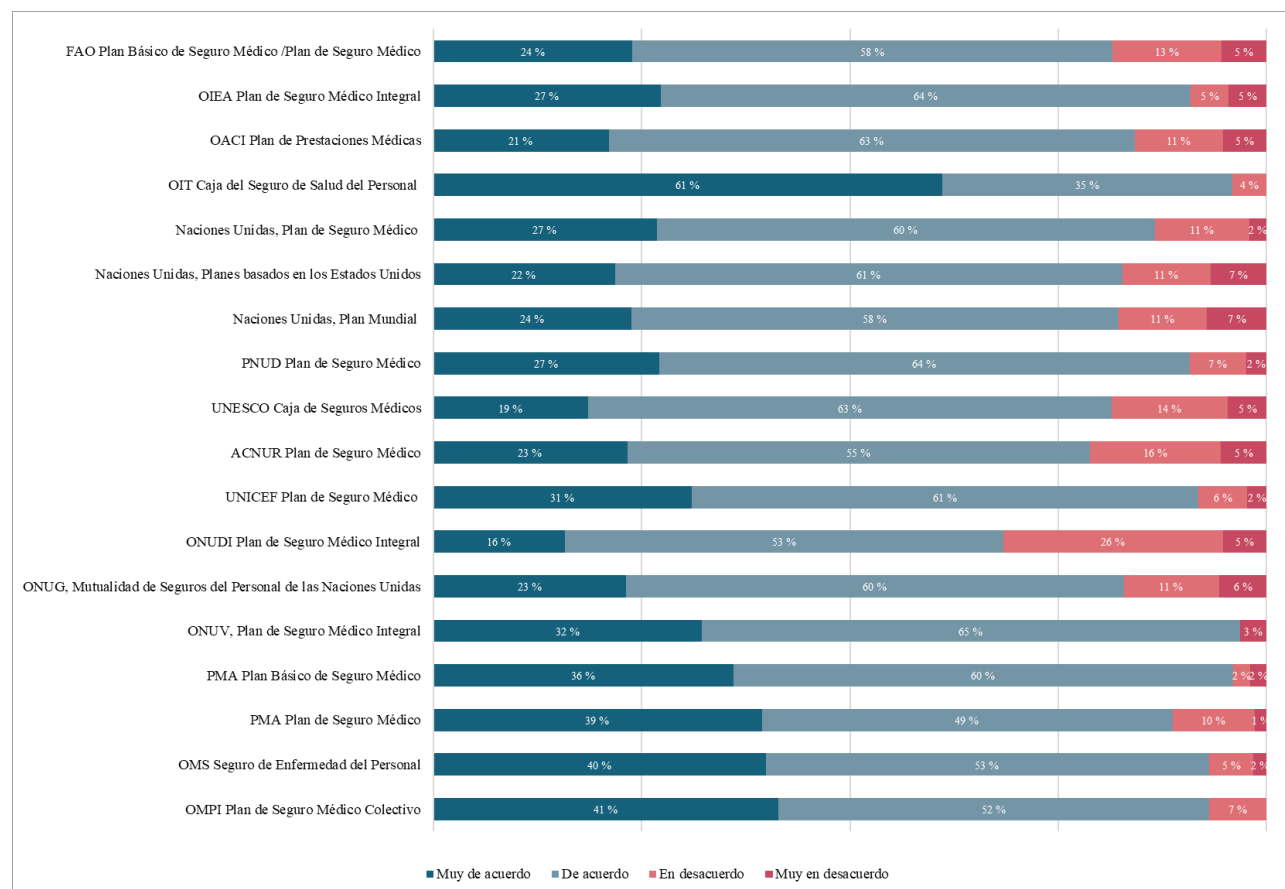
203. Alrededor del 83 % de los encuestados consideró que, al comentar los reembolsos relacionados con la atención a la salud mental, se les trataba con dignidad y respeto, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. Los encuestados de contratación nacional estaban ligeramente más de acuerdo (89 %) que sus homólogos de contratación internacional (85 %). Todos¹¹⁷ los planes recibieron más del 75 % de respuestas positivas, excepto el Plan de Seguro Médico Integral de la ONUDI, que solo recibió un 68 % de respuestas favorables. En la figura XIII se muestran los resultados de la encuesta desglosados por plan de seguro médico.

¹¹⁶ Excluido el análisis del Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno de la ONUDI y del Plan de Seguro Médico de la UNOPS, por no contar con un número suficiente de encuestados.

¹¹⁷ Excluido el análisis de la OMI, el Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno de la ONUDI, el Plan de Seguro Médico de la UNOPS, ONU Turismo y la UPU, por no contar con un número suficiente de encuestados.

Figura XIII

Nivel de acuerdo de los encuestados cuando se les preguntó si se les trataba con dignidad y respeto al comentar los reembolsos relacionados con la atención de salud mental



Fuente: DCI, encuesta mundial del personal sobre los planes de seguro médico en el sistema de las Naciones Unidas realizada en 2023.

V. Divulgación, financiación y repercusiones presupuestarias del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio

204. Este capítulo se divide en dos partes: en la sección A se presenta brevemente la evolución y el estado actual de la divulgación y la situación contable del pasivo a largo plazo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio; y la sección B se centra en la financiación y presupuestación de ese pasivo para garantizar la sostenibilidad financiera a largo plazo de los planes de seguro médico. También se examinan las posibles fuentes de financiación, las estrategias y la justificación, así como la repercusión del sistema de cargo a los ingresos corrientes en la transparencia del proceso presupuestario.

A. Situación de la divulgación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio

205. **El derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio es una obligación contractual que genera un pasivo a largo plazo para las organizaciones empleadoras.** En diciembre de 1966, la Asamblea General, en su 1501ª sesión plenaria, aprobó el establecimiento del programa de seguro médico posterior a la separación del servicio y determinó que sería una obligación de prestación definida¹¹⁸ consistente en proporcionar un seguro médico subvencionado al personal jubilado de las organizaciones internacionales y a sus familiares, con sujeción al cumplimiento de determinados requisitos de admisibilidad, como se señala en otras partes del presente informe. Desde entonces, el derecho a ese seguro médico ha sido una obligación contractual que forma parte del paquete de remuneración ofrecido al personal de las Naciones Unidas y es un componente vital de sus derechos de seguridad social. El seguro médico posterior a la separación del servicio genera un pasivo a largo plazo para las organizaciones empleadoras correspondiente a su parte de los pagos futuros en concepto de primas del seguro médico o solicitudes de reembolso presentadas por los beneficiarios, ya que se considera una forma de remuneración diferida. Al igual que las pensiones y otros derechos posteriores al servicio, se trata de cantidades que una organización debe a sus empleados o beneficiarios por prestaciones del seguro médico devengadas durante el servicio activo, pero que no son pagaderas hasta la jubilación.

206. **El reconocimiento en los estados financieros del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio es ahora una práctica común en todo el sistema**¹¹⁹. La divulgación responde a la necesidad de proporcionar información transparente a los usuarios de los estados financieros, a saber, los órganos rectores y legislativos, los Estados Miembros, los donantes y los funcionarios, sobre la naturaleza y el importe del pasivo devengado por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio y la forma en que repercuten en la situación financiera de la entidad informante. En su resolución 58/249, la Asamblea General pidió al Secretario General que le informara de la totalidad de las obligaciones sin financiación prevista por concepto de prestaciones

¹¹⁸ Según las IPSAS, los planes de prestaciones posteriores a la separación del servicio se clasifican en planes de aportaciones definidas o planes de prestaciones definidas. En un plan de aportaciones definidas, la obligación de la entidad se limita a la cantidad que acuerda aportar al fondo. En un plan de prestaciones definidas, como el seguro médico posterior a la separación del servicio, la obligación es proporcionar las prestaciones acordadas a los funcionarios jubilados de conformidad con las normas pertinentes. Un plan de aportaciones definidas y un plan de prestaciones definidas difieren en cuanto a la distribución de los riesgos. En el caso de un plan de prestaciones definidas, el empleador o el plan asumen el riesgo actuarial (la posibilidad de que las prestaciones cuesten más de lo previsto) y el riesgo de inversión (la probabilidad de que se produzcan pérdidas en relación con el rendimiento previsto de las inversiones del fondo del seguro médico posterior a la separación del servicio). En cambio, en un plan de aportaciones definidas todos los riesgos recaen sobre los empleados.

¹¹⁹ La Junta de Auditores recomendó que la información completa sobre el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio se consignara en los estados financieros mucho antes de que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas aprobaran las IPSAS como normas de contabilidad (véase [A/57/201](#)).

posteriores al cese en el servicio en las Naciones Unidas y en sus fondos y programas¹²⁰. Al examinar el informe del Secretario General¹²¹ y el informe conexo de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto¹²², la Asamblea General, en su resolución 60/255, pidió al Secretario General que tomara “las medidas necesarias para presentar esas obligaciones [devengadas por concepto de prestaciones después de la separación del servicio]”, y por tanto el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio, en los estados financieros de las Naciones Unidas, lo que se hizo por primera vez en los estados correspondientes al bienio que finalizó el 31 de diciembre de 2007¹²³. El reconocimiento del pasivo en los estados financieros, que comenzó en 2008, ganó impulso en todo el sistema con la aplicación de las IPSAS y ahora es una práctica habitual.

207. El pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio se estima utilizando un método de valoración actuarial y un conjunto de hipótesis comúnmente acordadas. Habida cuenta de la incertidumbre de los pagos en cuanto a su calendario y cuantía, ya que dependen de diversos factores, como las tasas de mortalidad y de inflación de los costos médicos, la innovación médica y los patrones de utilización de la atención de salud, es preciso estimar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio para contabilizarlo. A tal fin, el pasivo se calcula utilizando un método de valoración actuarial¹²⁴ y algunas hipótesis¹²⁵ para estimar el valor actual¹²⁶ de las prestaciones que los empleados han devengado como resultado de sus servicios en el presente período y en períodos anteriores.

208. Hipótesis financieras y demográficas. Aunque las IPSAS no lo exigen, todos los planes recurren a actuarios cualificados para medir las obligaciones del seguro médico posterior a la separación del servicio¹²⁷. A fin de garantizar la coherencia y la comparabilidad en todo el sistema, se buscó la estandarización de las hipótesis en el marco del estudio sobre los planes de seguro médico de las Naciones Unidas realizado por el Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio, creado por el Secretario General a petición de la Asamblea General¹²⁸. Las hipótesis se basan en las expectativas del mercado para el período de liquidación de las obligaciones y deben ser compatibles entre sí e imparciales, es decir, ni imprudentes ni excesivamente conservadoras¹²⁹. Esas hipótesis se

¹²⁰ En aquel momento, el pasivo solo se indicaba en las notas a los estados financieros (en lugar de contabilizarse en el cuerpo principal del estado de situación financiera).

¹²¹ [A/60/540](#) y [A/60/450/Corr.1](#).

¹²² [A/60/7/Add.11](#).

¹²³ [A/63/5](#) (Vol. I).

¹²⁴ La norma 39 de las IPSAS (*Prestaciones de los empleados*) prescribe una técnica actuarial específica para calcular y contabilizar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio, el denominado método de las prestaciones acumuladas (párrs. 59 a) i) y 69). Se basa en la hipótesis de que las prestaciones del seguro médico de cada trabajador se devengan a lo largo de su relación laboral, por lo que cada período de servicio da lugar a una unidad adicional de derecho a prestación. El método estima el valor actual de la prestación futura del seguro médico de cada empleado descontando los pagos futuros previstos utilizando una tasa de descuento adecuada.

¹²⁵ Norma 39 de las IPSAS, párrs. 77 a 100.

¹²⁶ Las obligaciones se miden en términos de valor actual mediante una tasa de descuento, ya que pueden liquidarse muchos años después de que los funcionarios hayan prestado los servicios que dieron lugar al derecho acumulado al seguro médico posterior a la separación del servicio.

¹²⁷ Norma 39 de las IPSAS, párr. 61.

¹²⁸ En ese sentido, en 2015 se recomendó ([A/70/590](#), párr. 54) que el “Grupo de Trabajo sobre Normas de Contabilidad elaborara un enfoque común de valoración actuarial respecto de las obligaciones correspondientes al seguro médico” posterior a la separación del servicio en todo el sistema de las Naciones Unidas, recomendación que posteriormente hizo suya la Asamblea General en su resolución 70/248 B y que se completó mediante el tercer informe del Secretario General sobre el seguro médico posterior a la separación del servicio ([A/73/662](#)), publicado el 19 de diciembre de 2018. El Grupo de Trabajo interinstitucional sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio fue creado por el Secretario General bajo los auspicios de la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión de la JJE, de conformidad con la resolución 68/244 de la Asamblea General.

¹²⁹ El examen no abordó el cumplimiento de estos y otros requisitos y normas contables, ya que los auditores son los únicos responsables de validar los pasivos consignados en los estados financieros.

indican en los estados financieros de conformidad con las IPSAS y comprenden los siguientes elementos:

- Hipótesis financieras y económicas, como las tasas de descuento, los tipos de cambio, los aumentos salariales, los niveles de las prestaciones, las tasas de inflación y las tasas de tendencia de los costos médicos, que representan la inflación de precios prevista, los avances tecnológicos, las pautas de utilización y la transferencia de costos desde o hacia los programas sociales.
- Hipótesis demográficas, por ejemplo, tablas de mortalidad e invalidez, tasas de jubilación, tasas de cese del servicio y tasas de ajuste de las pensiones. (Estas tablas se han elaborado del mismo modo que las de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas.)

209. **En 2018 se elaboró un enfoque de valoración común a todo el sistema para asegurar la coherencia entre las organizaciones.** De conformidad con el “Memorandum of the Chair of the United Nations System Task Force on Accounting Standards: Common Actuarial Assumptions for ASHI Liabilities Financial Year 2022”, de 17 de enero de 2023, las hipótesis demográficas utilizadas para la evaluación del seguro médico posterior a la separación del servicio son actualmente las mismas que utiliza la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (por ejemplo, tasas de mortalidad, de cese del servicio y jubilación, así como el estado civil)¹³⁰. Además de algunas hipótesis específicas de cada plan, como las tasas de cobertura de los cónyuges, las tasas de afiliación y las tasas de movimiento de personal, todas las organizaciones participantes en la DCI, excepto la UPU, aplican el mismo conjunto de hipótesis actuariales básicas para determinar su respectivo pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio, lo que permite realizar una comparación válida de la contabilización del pasivo en todo el sistema y en el exterior, como exigen las IPSAS.

210. **En diciembre de 2021, el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio ascendía a 20.300 millones de dólares¹³¹; 5 organizaciones participantes representaban casi dos tercios del total mientras que 11 representaban el 90 %.** En el cuadro siguiente figuran las estimaciones más recientes (2021) del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio comunicadas por las organizaciones participantes en la DCI. Como puede observarse, más de una cuarta parte del pasivo total corresponde a la Secretaría de las Naciones Unidas, y las cinco primeras organizaciones suman dos tercios del total.

Cuadro 17

Pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio a 31 de diciembre de 2021^a

<i>Organización participante</i>	<i>Total (en dólares)</i>	<i>Porcentaje del total</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Secretaría de las Naciones Unidas (con inclusión de la UNCTAD y el UNRWA ^b)	5 414 808 000	26,6	26,6
OMS	2 555 000 000	12,6	39,2
OIT	1 991 875 000	9,8	49,0
UNICEF	1 648 546 000	8,1	57,1
FAO	1 362 312 000	6,7	63,8
ACNUR	1 200 464 000	5,9	69,7
PNUD	1 168 732 000	5,7	75,4
PMA	892 000 000	4,4	79,8
OMPI	633 538 547	3,1	82,9

¹³⁰ A/61/730, párr. 21.

¹³¹ Basado en los informes financieros de 2021 de las organizaciones participantes, utilizando el pasivo a largo plazo del seguro médico posterior a la separación del servicio (de estar disponible).

<i>Organización participante</i>	<i>Total (en dólares)</i>	<i>Porcentaje del total</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
UIT	609 649 162	3,0	85,9
UNESCO	606 585 000	3,0	88,9
UNFPA	362 836 000	1,8	90,7
OIEA	345 937 568	1,7	92,4
ONUDI	243 424 973	1,2	93,6
ONUSIDA	236 436 768	1,2	94,8
PNUMA	232 250 000	1,1	95,9
ITC	164 783 000	0,8	96,7
OACI	119 997 726	0,6	97,3
ONU-Mujeres	103 042 000	0,5	97,8
UNODC	101 562 000	0,5	98,3
UNOPS	87 600 000	0,4	98,8
OMM	83 235 754	0,4	99,2
OMI	54 216 255	0,3	99,4
UPU	46 986 439	0,2	99,7
ONU-Hábitat	34 513 000	0,2	99,8
ONU Turismo	33 960 703	0,2	100,0
UNRWA	771 000	0,0	100,0
Total, general	20 335 062 895	100,0	100,0

Fuente: Elaborado por la DCI.

^a Según se indica en los informes financieros de 2021 de las organizaciones participantes. Sobre la base del tipo de cambio operacional de las Naciones Unidas a 30 de junio de 2023.

^b Para los puestos de personal de contratación internacional financiados con cargo al presupuesto ordinario de las Naciones Unidas.

211. Las valoraciones deberían tratarse con cautela ya que son muy sensibles a los cambios en las hipótesis. Cabe subrayar que las valoraciones, debido a su sensibilidad a los cambios en las hipótesis, deben tratarse con prudencia y considerarse únicamente como la mejor estimación de una entidad al final de cada período sobre el que se informa y, por tanto, como una indicación de los pagos futuros que deberán efectuarse y, en su caso, como una guía para tomar decisiones sobre la estrategia global de asignación de fondos para hacer frente a esas obligaciones. En opinión del Inspector, de ello se deduce que la financiación del pasivo a largo plazo del seguro médico posterior a la separación del servicio no debe tener necesariamente como objetivo alcanzar el 100 % cuando se financia mediante cuotas; tanto para evitar una sobrepresupuestación y una sobrefinanciación innecesarias como por el hecho de que unos tipos más realistas y asequibles también pueden ser válidos para lograr el objetivo final de la financiación del pasivo a largo plazo, que es básicamente evitar graves dificultades financieras o presupuestarias cuando venzan los pagos y, al mismo tiempo, que la capacidad o voluntad de los Estados Miembros para compensar las insuficiencias se vea limitada¹³². No obstante, en el caso de los programas financiados con contribuciones

¹³² Este enfoque fue adoptado por el Secretario General en su informe sobre la gestión del seguro médico posterior a la separación del servicio (A/76/373), como se aclara en el párrafo 26 del informe de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto (A/76/579) (“Se informó a la Comisión [a través de la Secretaría] de que la financiación parcial [propuesta] [del 75 %] de las futuras necesidades de tesorería del seguro médico posterior a la separación del servicio se proponía debido a la sensibilidad de las estimaciones de costos futuros a los cambios en las hipótesis demográficas y económicas asociadas a las previsiones actuariales, y que la propuesta no se hacía para una financiación completa a fin de mitigar la posibilidad del exceso de financiación de las obligaciones del seguro médico posterior a la separación del servicio”). La Comisión Consultiva en

voluntarias, el costo total del seguro médico posterior a la separación del servicio debe incluirse en esas contribuciones a medida que se devengue, dado que los donantes no tienen ninguna responsabilidad financiera sobre las entidades en cuestión una vez finalizado el programa o proyecto al que aportaron fondos.

212. **La reciente evolución de los mercados financieros ha confirmado la sensibilidad de las valoraciones a los cambios en las hipótesis, ya que un aumento constante de los tipos bancarios ha tenido una repercusión positiva en los planes.** Esto se refleja en los correspondientes estados de situación financiera y en los estudios conexos consultados sobre el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio¹³³. Sin embargo, a medida que la economía mundial se estabilice y bajen la inflación y los tipos de interés, cabe esperar la tendencia contraria, con el consiguiente aumento del pasivo por ese concepto. Esta volatilidad debe tenerse en cuenta al evaluar las medidas que deben adoptarse si los fondos o activos del seguro médico posterior a la separación del servicio se aproximan o superan a la cuantía del pasivo correspondiente durante un tiempo, como en el caso de los planes que ya han alcanzado el 100 % de financiación.

B. Financiación y presupuestación del seguro médico posterior a la separación del servicio

1. Situación de la financiación

213. **Si bien la divulgación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio ya no es un problema, su financiación sigue siendo un objetivo que no se ha alcanzado, pues solo se ha financiado el 31 % del pasivo.** Es esencial señalar que el reconocimiento en los estados financieros del pasivo por concepto seguro médico posterior a la separación del servicio no depende de las fuentes de financiación de las organizaciones, ni siquiera de la mera existencia de recursos para financiarlas: aunque las organizaciones no dispongan de una reserva específica o de una corriente de ingresos designada para financiar su pasivo, este deben reconocerse, es decir, contabilizarse, sobre la base de las prestaciones adquiridas por los empleados durante el período sobre el que se informa. Sin embargo, si bien la divulgación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio ya no es un problema, su financiación sigue siendo un objetivo que la mayoría de las organizaciones participantes en la DCI no ha alcanzado, ya que actualmente solo está financiado el 31 % del pasivo combinado¹³⁴, como se muestra en el cuadro 18. No obstante, en comparación con las cifras comunicadas en el anterior examen de la DCI sobre la misma cuestión en 2007, la parte financiada del pasivo por ese concepto de la mayoría de las organizaciones participantes, cuando se ha dispuesto de datos, ha mejorado.

Asuntos Administrativos y de Presupuesto ([A/73/792](#), párr. 24) ya había expresado esa misma preocupación por la inestabilidad de esos cálculos, y en ello se basa de la propuesta de revisar cada tres años el cargo imputable a la nómina formulada por el Secretario General en sus informes sobre el seguro médico posterior a la separación del servicio (por ejemplo, [A/76/373](#), párr. 77 c)).

¹³³ Según la Junta de Auditores ([A/78/5](#) (Vol. I)), el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio de las Naciones Unidas alcanzó su nivel máximo en 2020 y ha ido disminuyendo desde entonces. Solo en 2022, el pasivo disminuyó un 23,3 % con respecto a 2021, pasando de 7.240 a 5.550 millones de dólares. En los informes financieros anuales y los estudios actuariales de otras organizaciones participantes figuran resultados similares.

¹³⁴ La OMS fue la primera organización en reconocer la necesidad de prever disposiciones para el seguro médico posterior a la separación del servicio y empezó a financiar el pasivo devengado mediante aportaciones anuales especiales en 1989.

Cuadro 18

Situación de la financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio al 31 de diciembre de 2021^a en comparación con las cantidades indicadas en el examen de la cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas realizado por la DCI en 2007^b

<i>Organización participante</i>	<i>Pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio en el Informe de la DCI de 2007 (en dólares)</i>	<i>Pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio publicado a finales de 2021 (en dólares)</i>	<i>Cuántía de la financiación reservada para el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio en 2021 (en dólares)</i>	<i>Porcentaje del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio financiado en 2021 (en porcentaje)</i>	<i>Porcentaje del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio financiado según se indica en el examen de la DCI de 2007</i>
FAO	562 200 000	1.362.312.000	600 925 000	44,1	32,0
OIEA	80 900 000	345.937.568	219 058	0,1	0,0
OACI	32 500 000	119.997.726	1 137 225	0,9	0,0
OIT	474 000 000	1.991.875.000	27 593 000	1,4	0,0
OMI	No se dispone de información	54.216.255	11 757 962	21,7	No se dispone de información
ITC	No se dispone de información	164.783.000	13 966 000	8,5	No se dispone de información
UIT	185 100 000	609.649.162	14 525 140	2,4	0,0
Secretaría de las Naciones Unidas (con inclusión de la UNCTAD y el UNRWA ^c)	1 484 900 000	5.414.808.000	138 048 000	2,5	2,0
ONUSIDA	No se aplica	236.436.768	140 207 902	59,3	No se aplica
PNUD	263 200 000	1 168 732 000	1 007 850 000	86,2	51,0
PNUMA	No se dispone de información	232 250 000	72 932 000	31,4	No se dispone de información
UNESCO	322 600 000	606 585 000	36 500 000	6,0	0,0
UNFPA	No se dispone de información	362 836 000	336 179 000	92,7	0,0
ONU-Hábitat	No se dispone de información	34 513 000	No se dispone de información	No se dispone de información	No se dispone de información
ONU-Mujeres	No se aplica	103 042 000	106 600 000	103,5	No se aplica
ACNUR	136 100 000	1 200 464 000	468 300 000	39,0	0,0
UNICEF	182 500 000	1 648 546 000	724 133 000	43,9	22,0
ONUDI	59 100 000	243 424 973	0	0,0	0,0
UNODC	No se dispone de información	101 562 000	53 541 000	52,7	No se dispone de información
UNOPS	No se dispone de información	87 600 000	112 200 000	128,1	No se dispone de información
UNRWA ^d	No se dispone de información	771 000	0	0,0	No se dispone de información
ONU Turismo	No se dispone de información	33 960 703	2 847 755	8,4	No se dispone de información
UPU	No se dispone de información	46 986 439	0	0,0	No se dispone de información
PMA	No se dispone de información	892 000 000	892 000 000	100,0	No se dispone de información
OMS	371 200 000	2 555 000 000	1 298 000 000	50,8	68,0

Organización participante	Pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio en el Informe de la DCI de 2007 (en dólares)	Pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio publicado a finales de 2021 (en dólares)	Cuantía de la financiación reservada para el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio en 2021 (en dólares)	Porcentaje del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio financiado en 2021 (en porcentaje)	Porcentaje del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio financiado según se indica en el examen de la DCI de 2007
OMPI	43 200 000	633 538 547	221 363 437	39,0	0,0
OMM	12 100 000	83 235 754	0	0,0	11,0
Total		20 335 062 895	6 306 795 490	31,0	

Fuente: Elaborado por la DCI sobre la base de los estados financieros de las organizaciones participantes.

^a Sobre la base del tipo de cambio operacional de las Naciones Unidas a 30 de junio de 2023 y cuando ha estado disponible se ha utilizado el pasivo exigible a plazo.

^b Sobre la base de diversos años de estudio actuarial (de 1999 a 2004).

^c Para los puestos de personal de contratación internacional financiados con cargo al presupuesto ordinario de las Naciones Unidas.

^d Para los puestos de personal de contratación internacional no financiados con cargo al presupuesto ordinario de las Naciones Unidas.

214. El pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio ha figurado en la agenda de los órganos rectores, la JJE y los auditores externos como una cuestión de interés para todo el sistema desde el decenio de 1990. La necesidad de identificar y poner en marcha un mecanismo de financiación de ese pasivo sigue siendo objeto de prolongadas deliberaciones tanto en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas como entre ellas¹³⁵. A este respecto, la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto, en su examen de 1997 del proyecto de presupuesto por programas de las Naciones Unidas para el bienio 1998-1999¹³⁶, planteó la cuestión del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio y recomendó que el Secretario General abordara las consecuencias y repercusiones a largo plazo de su crecimiento en todo el sistema¹³⁷. Por su parte, la Junta de Auditores, en su conciso informe

¹³⁵ En 2017, el ACNUR publicó un documento de sesión (disponible en <https://www.unhcr.org/au/media/funding-after-service-health-insurance-and-repatriation-benefit-liabilities>) sobre el seguro médico posterior a la separación del servicio, mientras que la Secretaría de la OIT presentó información actualizada a su órgano rector sobre la labor del Grupo de Trabajo creado por la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión de la JJE para estudiar la cuestión desde la perspectiva de todo el sistema, y también sobre el resultado de la labor del Comité de Administración de la Caja del Seguro de Salud del Personal de la OIT en relación con la contención de los costos (documento GB.329/PFA/4). Tanto en 2017 como en 2018, el Comité del Programa y Presupuesto de la OMPI recomendó a las Asambleas de la OMPI que solicitaran a la Secretaría que siguiera participando en el mencionado Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio y que siguiera de cerca cualquier propuesta específica que formulara el Secretario General en los respectivos períodos de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (documentos WO/PBC/26/6 y WO/PBC/28/11). En la 40ª reunión (2019) de su Conferencia General, la UNESCO informó sobre la financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio (Informe de la Directora General sobre la situación de la Caja de Seguros Médicos y su estructura de gobernanza, documento 40 C/51). En su reunión de 2022, la Conferencia General de la UNESCO examinó la situación de la financiación del pasivo en todo el sistema de las Naciones Unidas, así como los principios y opciones de financiación (véase el Plan de financiación a largo plazo para el seguro médico posterior a la separación del servicio, documento 214 EX/6).

¹³⁶ A/52/7/Rev.1, parte X, párr. X.25.

¹³⁷ La Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto reiteró en 2013 el carácter sistémico del pasivo del seguro médico posterior a la separación del servicio. La Comisión observó que “la financiación de las prestaciones del seguro médico después del servicio es una cuestión de interés para todo el sistema y ... que, a largo plazo sería mejor que se resolviera mediante la adopción de un enfoque a nivel de todo el sistema” (A/68/550), a raíz de lo cual la Asamblea General, en su resolución 68/244, pidió al Secretario General que examinara “la opción de ampliar el mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas sobre la base de la información presentada por el Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas a fin de incluir la

resumido de 27 de junio de 2001¹³⁸, “observó que en la mayoría de las organizaciones no se habían consignado las obligaciones correspondientes a las prestaciones ni al seguro médico posteriores a la terminación del servicio”¹³⁹, por lo que “recomendó que las Naciones Unidas y sus diversos fondos y programas examinaran el mecanismo y los objetivos referentes a obligaciones derivadas de las prestaciones posteriores a la terminación del servicio”.

215. La Asamblea General aún no ha llegado a un acuerdo para financiar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio a medida que se acumula, a pesar de las numerosas propuestas y las largas deliberaciones. En su resolución 58/249, la Asamblea General pidió al Secretario General que propusiera medidas para asegurar que se avanzase hacia el objetivo de financiar totalmente esas obligaciones. En consecuencia, el 27 de octubre de 2005, el Secretario General publicó el primero de sus ocho informes sobre el seguro médico posterior a la separación del servicio¹⁴⁰, en el que incluía la recomendación de “aprobar una política de financiación a largo plazo que previera unas contribuciones anuales previsibles pero flexibles para asegurar que periódicamente se reservaran fondos suficientes a fin de sufragar los gastos de los afiliados actuales y las prestaciones que deberán pagarse en el futuro”. Sin embargo, la Asamblea General no tomó ninguna decisión sobre las políticas propuestas en aquel momento¹⁴¹, y hasta la fecha no ha respaldado ninguna de las propuestas posteriores del Secretario General para financiar el seguro médico posterior a la separación del servicio¹⁴².

216. El cargo a los ingresos corrientes sigue siendo el modelo de financiación de la mitad de las organizaciones. Salvo en el caso de los puestos de personal financiados con cargo a fondos extrapresupuestarios, cuyas obligaciones conexas se pagan en algunas organizaciones mediante un cargo imputable a la nómina cuyo costo es sufragado por los donantes, y a pesar de todas las deliberaciones anteriores y de los muchos años transcurridos desde que se debatió por primera vez la cuestión, el hecho es que en la mitad de las 28 organizaciones participantes el seguro médico posterior a la separación del servicio se sigue financiando sobre la base del cargo a los ingresos corrientes, y solo se aportan fondos para pagar las solicitudes de reembolso de gastos médicos de los jubilados actuales (en el caso de los planes autoasegurados) o la parte de las primas que corresponde a las organizaciones (en el caso de los planes con seguro comercial).

administración ... de las prestaciones del seguro médico” posterior a la separación del servicio y también que realizara “una encuesta de los planes de seguro de salud vigentes del personal en servicio activo y de los funcionarios jubilados del sistema de las Naciones Unidas”. No obstante, dado que las decisiones de la Asamblea General no son vinculantes para otras organizaciones del sistema, las recomendaciones de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto aprobadas por la Asamblea General deben proponerse a los demás órganos rectores competentes para su evaluación y aprobación oficiales (A/71/698, párr. 8). La dimensión sistémica del seguro médico posterior a la separación del servicio también se manifiesta en la forma de actuar de algunas organizaciones, como se muestra en el anexo II del informe del Secretario General A/64/366; 12 años después de que la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto recomendara infructuosamente a la Asamblea General que abordara las repercusiones y el impacto a largo plazo de su crecimiento en todo el sistema, el OIEA, la OIT, el ITC, la OACI, la UIT, el ACNUR, la UNESCO, el PNUMA, la ONUDI, la UNOPS, el UNFPA, la OMM y el UNRWA no habían reservado fondos para este fin ni tenían previsto financiar el pasivo devengado, a la espera de las decisiones de la Asamblea General en las que basarían sus propios debates sobre la cuestión, mientras que la FAO, el UNICEF, el PNUD, el PMA y la OMPI habían financiado parcialmente su pasivo.

¹³⁸ A/57/201.

¹³⁹ Según la Junta de Auditores, en el bienio 2000-2001, el PNUD efectuó, por primera vez, una contabilidad en valores devengados de 54 millones de dólares por concepto de seguro médico posterior a la jubilación, que sin embargo solo representaba el 21 % del pasivo estimado de 256 millones de dólares, mientras que el pasivo estimado a 31 de diciembre de 2001 para las Naciones Unidas (1.440 millones de dólares), el UNRWA (143,6 millones de dólares), el ACNUR (228 millones de dólares), el UNICEF (196,4 millones de dólares), el UNFPA (59,7 millones de dólares) y la UNOPS (38,9 millones de dólares) no estaba previsto en absoluto.

¹⁴⁰ A/60/450 y A/60/450/Corr.1.

¹⁴¹ Resolución 60/255 de la Asamblea General.

¹⁴² Véase en el anexo III un breve resumen de las propuestas del Secretario General, los informes de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto y las resoluciones de la Asamblea General sobre el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio.

217. **La Secretaría de las Naciones Unidas, la OIT y la OMS representan el 61 % del pasivo no financiado.** Como se muestra en el cuadro 18, cinco organizaciones, a saber, el PNUD, el UNFPA, la UNOPS, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) y el PMA, han financiado de forma total o parcial su pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio, en un porcentaje cercano o superior al 85 %; cinco (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), UNICEF, UNODC, OMS y FAO) han acumulado una reserva de entre el 40 % y el 60 % de su pasivo; y cuatro (OMI, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), ACNUR y OMPI) tiene una reserva de entre el 20 % y el 40 %. Las 13 organizaciones participantes restantes no han destinado a este fin fondos importantes (menos del 10 % y, en la mayoría de los casos, ninguno). En conjunto, y como se ha mencionado antes, el nivel de financiación del seguro médico posterior a la separación del servicio a 31 de diciembre de 2021 había alcanzado el 31 %, mientras que el pasivo no financiado ascendía a 14.000 millones de dólares, de los cuales el 37,6 % corresponde a la Secretaría de las Naciones Unidas, el 14 % a la OIT y el 9 % a la OMS. Las demás organizaciones representan el 7 % o menos de todo el pasivo.

218. **Si no se toma ninguna decisión, seguirá aumentando el riesgo de una crisis financiera que podría comprometer la ejecución de los mandatos.** En el caso de la Secretaría de las Naciones Unidas y según el último informe del Secretario General sobre la gestión del seguro médico posterior a la separación del servicio, el sistema de cargo a los ingresos corrientes ha redundado en un pasivo no financiado cada vez mayor, que actualmente se prevé que ascienda en 2052 a la extraordinaria cifra de 20.200 millones de dólares¹⁴³. También se ha traducido en un aumento de las asignaciones presupuestarias anuales del seguro médico posterior a la separación del servicio, que se prevé que alcancen, en valor actual, 499,7 millones de dólares en 2051¹⁴⁴, más del cuádruple de la cantidad necesaria actualmente, aunque el número de afiliados a ese seguro médico se multiplicaría por 2,4, pasando de 16.143 a 38.101 personas en el mismo año. De no hacer nada, es fácil de predecir la magnitud de la crisis financiera que se avecina si se tiene en cuenta que 500 millones de dólares (en valor actual, no en valor de 2051) equivalen a casi el 15 % del presupuesto ordinario de las Naciones Unidas para 2023. Durante el examen de detectó que, en la mayoría de las entidades, ni siquiera se realizaban estimaciones periódicas del pasivo a largo plazo, y mucho menos de la repercusión a largo plazo del método de financiación con cargo a los ingresos corrientes en los presupuestos futuros, mientras que varias organizaciones, como el PNUD, el UNFPA, el ACNUR, la UNOPS, ONU-Mujeres y la OMS, han aprobado y puesto en marcha una estrategia o un plan con ese objetivo, y la FAO, el OIEA y la UNESCO están estudiando actualmente un plan de este tipo¹⁴⁵.

Cuadro 19

Prácticas actuales de las organizaciones participantes en la DCI para la financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio

<i>Organización participante</i>	<i>Cargo a los ingresos corrientes</i>	<i>Capitalización</i>	<i>Otras fuentes de financiación</i>
FAO	Sí, para el personal con cargo al presupuesto ordinario	Sí, para el personal extrapresupuestario	Asignaciones ocasionales de fondos a una reserva para el seguro médico posterior a la separación del servicio
OIEA	Sí, para el personal con cargo al presupuesto ordinario	Sí, para el personal extrapresupuestario	

¹⁴³ [A/76/373](#), cuadro 3.

¹⁴⁴ *Ibid.*, párr. 20.

¹⁴⁵ Véase, por ejemplo, el documento 217 EX/28 del Consejo Ejecutivo de la UNESCO, en el que se propone a la Conferencia General que financie el pasivo no financiado por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio de la UNESCO mediante la armonización del actual mecanismo de financiación de ese seguro médico para el presupuesto ordinario con el de las contribuciones voluntarias.

<i>Organización participante</i>	<i>Cargo a los ingresos corrientes</i>	<i>Capitalización</i>	<i>Otras fuentes de financiación</i>
OACI	Sí	No	Asignación puntual de fondos a una reserva para el seguro médico posterior a la separación del servicio
OIT	Sí, para el personal con cargo al presupuesto ordinario	Sí, para el personal extrapresupuestario	Asignaciones ocasionales de fondos a una reserva para el seguro médico posterior a la separación del servicio
OMI	Sí, para el personal con cargo al presupuesto ordinario	Sí, para el personal extrapresupuestario	Asignaciones ocasionales de fondos a una reserva para el seguro médico posterior a la separación del servicio
ITC	Sí, para el personal con cargo al presupuesto ordinario	Sí, para el personal extrapresupuestario	
UIT	Sí	No	Asignaciones ocasionales a una reserva para el seguro médico posterior a la separación del servicio
Secretaría de las Naciones Unidas con inclusión de la UNCTAD y el UNRWA ^a	Sí, para el personal con cargo al presupuesto ordinario	Sí, para el personal extrapresupuestario	
ONUSIDA	Sí	No	Asignaciones ocasionales a una reserva para el seguro médico posterior a la separación del servicio Cartera de inversiones
PNUD	No	Sí	Asignación puntual a una reserva para el seguro médico posterior a la separación del servicio Cartera de inversiones
PNUMA	No	Sí	
UNESCO	Sí, para el personal con cargo al presupuesto ordinario	Sí, para el personal extrapresupuestario	Asignación puntual a una reserva para el seguro médico posterior a la separación del servicio Cartera de inversiones
UNFPA	No	Sí	Asignación puntual a una reserva para el seguro médico posterior a la separación del servicio Cartera de inversiones
ONU-Hábitat	No	Sí	
ONU-Mujeres	No	Sí	Cartera de inversiones

<i>Organización participante</i>	<i>Cargo a los ingresos corrientes</i>	<i>Capitalización</i>	<i>Otras fuentes de financiación</i>
ACNUR	No	Sí	Cartera de inversiones
UNICEF	No	Sí, 5 % para el personal de contratación internacional y 4 % para el de contratación local	Asignación puntual de fondos a una reserva para el seguro médico posterior a la separación del servicio Cartera de inversiones
ONUDI	Sí	No	
UNODC	Sí, para el personal con cargo al presupuesto ordinario	Sí, para el personal extrapresupuestario	
UNOPS	No	Sí	Cartera de inversiones
UNRWA ^b	Sí	No	
ONU Turismo	Sí	No	Asignaciones ocasionales de fondos a una reserva para el seguro médico posterior a la separación del servicio
UPU	Sí	No	
PMA	No	Sí	
OMS	Sí	No	Superávit de las aportaciones Cartera de inversiones
OMPI	No	Sí	
OMM	No	Sí	

Fuente: Elaborado por la DCI.

^a Para los puestos de personal de contratación internacional financiados con cargo al presupuesto ordinario de las Naciones Unidas.

^b Para puestos de personal de contratación internacional no financiados con cargo al presupuesto ordinario de las Naciones Unidas.

2. Fuentes, estrategias y motivos de financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio

219. **El pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio debe financiarse sobre la base del valor devengado, pero la fuente y la periodicidad de la financiación dependen de las circunstancias específicas de cada organización.** Como cualquier otro pasivo, el del seguro médico posterior a la separación del servicio ha de financiarse por lo general con fondos externos a la organización, ya sea mediante cuotas, donaciones o contribuciones voluntarias, tasas o ingresos del patrimonio, pero también puede financiarse internamente, con cargo a las reservas acumuladas, o incluso mediante fondos no utilizados de créditos consignados actuales o pasados, si lo permiten las normas y reglamentos vigentes o así lo decide el órgano rector o legislativo competente según las necesidades¹⁴⁶. Esta diversidad de opciones, junto con los perfiles demográficos específicos de los distintos planes, explica que, como observó el Grupo de Trabajo sobre el Seguro

¹⁴⁶ Todas estas fuentes de financiación ya estaban previstas en la primera propuesta del Secretario General para financiar el pasivo a largo plazo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio (A/60/450 y A/60/450/Corr.1, párr. 16).

Médico Posterior a la Separación del Servicio, “Si bien reconoce que la financiación de las obligaciones correspondientes al seguro médico... es una cuestión sistémica, el Grupo de Trabajo estima que un único enfoque sistémico para abordarla tal vez no sea ni necesario ni viable”¹⁴⁷.

220. Utilización de las reservas creadas a partir de las aportaciones (excedentes) de los beneficiarios del seguro médico. Dado que financiar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio significa proporcionar fondos para la parte de las primas o el costo de ese seguro que corresponde a las entidades, las reservas creadas a partir de las aportaciones (excedentes) de los beneficiarios no deberían utilizarse para este fin, ya que esto significaría que los asegurados, que se supone que son los beneficiarios de las subvenciones de los empleadores al seguro médico posterior a la separación del servicio, estarían a su vez subvencionando a la organización empleadora y, por lo tanto, pagando su propia subvención. Por la misma razón, las bonificaciones o la exoneración de primas que conceden ocasionalmente los planes deben excluir cualquier cantidad aportada por la organización empleadora o el plan. En resumen, solo la parte de las reservas que ha sido aportada por las organizaciones debe utilizarse para financiar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio, precisamente porque se trata de un pasivo de las entidades y no de los beneficiarios.

221. Utilización de las reservas acumuladas para financiar el seguro médico posterior a la separación del servicio de forma puntual a fin de evitar o mitigar el aumento de las aportaciones. En el caso de las organizaciones con una sólida base de activos netos y superávit acumulado, el hecho de no prever un flujo de caja específico procedente del exterior para cubrir totalmente el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio de forma continuada a medida que se devengue no es o no tiene por qué ser necesariamente una preocupación en términos de su solvencia e incluso de su liquidez, siempre que los activos sean de naturaleza apropiada y se gestionen de forma coherente con el vencimiento de su pasivo. Este tipo de organización puede permitirse la asignación de reservas a las necesidades a largo plazo del seguro médico posterior a la separación del servicio (sin exigir contribuciones adicionales a los Estados Miembros, menoscabar la ejecución de sus mandatos o comprometer la estabilidad financiera y presupuestaria de la entidad) mediante aportaciones puntuales o periódicas de efectivo al fondo en cuestión. Este es el caso del PNUD, que ya cuenta con una tasa de financiación del 89 % para el seguro médico posterior a la separación del servicio después de haber decidido realizar una transferencia puntual de 49,7 millones de dólares a su pasivo por este concepto, con cargo a su superávit acumulado en 2022. Asimismo, la FAO, la UIT, el UNFPA y ONU Turismo también han procedido en ocasiones a reasignar recursos acumulados para poder atender sus necesidades financieras sin solicitar fondos adicionales a sus Estados miembros (véase el cuadro 19). Otras organizaciones, como ONU-Mujeres, el PNUD, el UNFPA, el UNICEF y la UNOPS, también financian su pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio con cargo a sus carteras de inversiones, lo que evita que los Estados miembros tengan que aumentar sus aportaciones, además de asegurar la solvencia de la organización y proteger la ejecución de los programas.

222. Los saldos presupuestarios no comprometidos podrían utilizarse con ese fin. El mismo razonamiento, *mutatis mutandis*, puede aplicarse a la utilización de los saldos presupuestarios no comprometidos para financiar (parcialmente) el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio, como propuso por primera vez el Secretario General en 2005¹⁴⁸ en lugar de requerir una cuota especial a los Estados Miembros. En opinión del Inspector, independientemente de que el Reglamento Financiero y Reglamentación Financiera Detallada autoricen a quienes ocupan las jefaturas ejecutivas a utilizar los fondos no comprometidos para fines distintos de la reducción de las próximas cuotas de los Estados Miembros, por ejemplo, para financiar el pasivo a largo plazo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio, o de que los órganos

¹⁴⁷ [A/71/698](#), párr. 59.

¹⁴⁸ [A/61/730](#), párr. 30, y [A/64/366](#), párrs. 12, 65, 66, 71 y 86 a) i).

rectores o los órganos legislativos decidan, según las necesidades¹⁴⁹, permitir la suspensión del reglamento financiero y la asignación específica de esas economías a este fin¹⁵⁰, no cabe negar que los fondos ahorrados proceden de la misma fuente (cuotas previamente asignadas) a la que volverían, y que su utilización para financiar el seguro médico posterior a la separación tiene el efecto de impedir futuros aumentos de las cuotas. Esta utilización de los fondos no gastados constituye un óptimo de Pareto en el sentido de que no perjudica a los contribuyentes, ayuda a cumplir sus obligaciones financieras a largo plazo y estabiliza o mejora la situación financiera de las organizaciones afectadas. No obstante, como se señala en un informe de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto,¹⁵¹ no debe permitirse la utilización sistemática de los ahorros como parte de un mecanismo de financiación del seguro médico posterior a la separación del servicio, ya que puede fomentar una sobrepresupuestación deliberada. En este sentido, **para evitar la planificación anticipada de la utilización de ahorros como parte del mecanismo de financiación del seguro médico posterior a la separación del servicio, el Inspector recomienda que todas las posibles asignaciones de fondos no gastados a efectos de ese seguro médico sean aprobadas por el órgano legislativo competente según las necesidades.**

223. Las contribuciones voluntarias deben incluir los costos del seguro médico posterior a la separación del servicio, sin excepciones. En el caso de las organizaciones que se financian exclusivamente o casi en su totalidad con contribuciones voluntarias¹⁵², las contribuciones de los donantes estén o no destinadas a fines específicos, deben incluir, como un componente más de los gastos de personal, el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio que corresponda al período de servicio prestado durante la ejecución del proyecto o el programa que han financiado. Este es el caso de todas las entidades previstas en el artículo 3.12 del Reglamento Financiero de las Naciones Unidas¹⁵³, así como de otras organizaciones como la FAO, el OIEA, la OIT, la OMI y el Centro de Comercio Internacional (ITC)¹⁵⁴. No obstante, el examen puso de manifiesto que algunas

¹⁴⁹ Como decidió la Asamblea General, por ejemplo, en su resolución 76/272 (“[La Asamblea General] observa el monto excepcional de fondos no gastados del presupuesto ordinario de 2021 que se van a acreditar a los Estados Miembros, y decide utilizar 100 millones de dólares de los Estados Unidos de esos fondos no gastados para aumentar, con carácter excepcional y sin sentar precedente, el Fondo de Operaciones”).

¹⁵⁰ La Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto desaconsejó esta opción (“La Comisión considera que la transferencia de saldos no comprometidos para ser usados con fines completamente distintos es una práctica de gestión financiera incorrecta. Por lo tanto, recomienda que no se haga una excepción a lo dispuesto en el párrafo 5.3 del reglamento financiero” (A/61/791)).

¹⁵¹ A/60/7/Add.11, párr. 17.

¹⁵² Según el informe anual *Financing the United Nations Development System Annual Report: Choices in Uncertain Times* (Dag Hammarskjöld Foundation, 2023), la distribución en 2021 de la financiación total del sistema de las Naciones Unidas por instrumentos de financiación es la siguiente: a) cuotas, 20,7 % (13.600 millones de dólares); b) contribuciones voluntarias básicas, 10,4 % (6.800 millones de dólares); c) contribuciones voluntarias para fines específicos, 60,7% (40.000 millones de dólares); y d) otros ingresos, 8,2 % (5.300 millones de dólares). En consecuencia, las contribuciones voluntarias ascienden a 46.800 millones de dólares, lo que equivale al 71,1 % de todos los fondos.

¹⁵³ El artículo 3.12 del Reglamento Financiero de las Naciones Unidas controla la aceptación de contribuciones voluntarias que impongan a la organización responsabilidades financieras adicionales. La intención del Secretario General de comenzar a financiar el pasivo devengado por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio mediante el establecimiento de “un cargo [...] que se imputará los gastos de los sueldos básicos en cifras netas del personal financiado con cargo a los fondos extrapresupuestarios y las cuentas especiales dentro de los gastos comunes de personal” se anunció a la Asamblea General en su informe A/64/366, y comenzó a aplicarse a partir del 1 de enero de 2017 (A/72/5 (Vol. I), cap. IV, párr. 36). Véase también el memorando de la Contraloría de las Naciones Unidas, de 29 de noviembre de 2016, titulado “After-service health insurance (ASHI) for staff funded from voluntary contributions and other non-assessed resources”.

¹⁵⁴ Este elemento del costo suele calcularse mediante un cargo imputable a la nómina de los propios donantes. Desde el punto de vista de su suficiencia, la tasa debe cubrir el pasivo total derivado de la financiación aportada, aunque no tiene que ser la misma para el conjunto de las entidades o planes, ya que sus necesidades en relación con el seguro médico posterior a la separación del servicio varían en función del perfil de los asegurados. De ello se deduce ineludiblemente que el cargo imputable a la nómina derivado del seguro médico posterior a la separación del servicio puede actuar, en la práctica,

organizaciones participantes¹⁵⁵ no tienen en cuenta estos costos al aceptar donaciones o contribuciones voluntarias (véase el cuadro 19). A este respecto, el Inspector considera que aceptar donaciones sin repercutir el costo del seguro médico posterior a la separación del servicio del personal pertinente en el costo de los programas o proyectos a los que se destinan los fondos constituye una forma de competencia indebida entre organizaciones que debe evitarse.

224. La siguiente recomendación tiene por objeto reforzar la coordinación de las políticas y prácticas de financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio en los programas y proyectos financiados mediante contribuciones voluntarias.

Recomendación 6

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

225. **Las cuotas deben cubrir el costo total de las operaciones cuando no basten otras fuentes de ingresos.** En el caso de las organizaciones o programas que carecen de ingresos o fuentes de financiación importantes para el seguro médico posterior a la separación del servicio, aparte de las cuotas, es inevitable que los Estados Miembros asuman la carga, como ocurre con cualquier otro gasto relativo a las actividades de las organizaciones pertinentes. La cuestión que se plantea entonces es determinar cuándo se efectuarán o deberán efectuarse las contribuciones adicionales necesarias, a lo que solo pueden responder los Estados miembros, ya que es prerrogativa exclusiva de estos establecer las prioridades de las organizaciones¹⁵⁶ y, por consiguiente, decidir el momento en que deberán efectuarse esas contribuciones, teniendo presente que, si bien las IPSAS no exigen que se hagan provisiones para financiar el pasivo a largo plazo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio antes de que venzan los pagos, las organizaciones participantes tienen la responsabilidad de proteger su solidez y sostenibilidad financieras y cumplir sus obligaciones respecto de sus jubilados. Por consiguiente, el debate sobre el calendario deberá enmarcarse en los límites de lo financieramente sólido y factible, teniendo en cuenta todos los intereses legítimos que están en juego: por un lado, la necesidad de mitigar los riesgos financieros asociados al creciente saldo del pasivo no financiado y, por otro, el costo de oportunidad de reservar fondos para financiar las necesidades del seguro médico posterior a la separación del servicio mucho antes de su vencimiento a costa de posponer otras prioridades¹⁵⁷. Esta reflexión está implícita en la opinión de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto de que “el objetivo de garantizar la disponibilidad de recursos suficientes para liquidar las obligaciones correspondientes a las prestaciones del personal puede lograrse sin crear... inmediatamente una reserva”¹⁵⁸ y es fundamental en los debates mantenidos hasta

como un factor competitivo en el mercado de los programas o proyectos financiados por donantes, dando una ventaja adicional a las entidades con personal más joven y sano o con carreras más cortas.

¹⁵⁵ OACI, UIT, ONUSIDA, UNESCO, ONUDI, UNRWA, UPU y OMS.

¹⁵⁶ Resolución 60/283 de la Asamblea General, secc. III, párr. 2.

¹⁵⁷ Puede argumentarse que los pasivos a largo plazo y, por tanto, no vencidos, no requieren liquidez para respaldarlos hasta su vencimiento, mientras que las actividades programáticas corrientes o a corto plazo de las organizaciones internacionales e incluso las necesidades de gasto público nacional merecen prioridad. Como las necesidades son generalmente mayores que los fondos disponibles y dado que las contribuciones de los Estados miembros a las organizaciones internacionales proceden de las mismas fuentes de financiación (a saber, impuestos y tasas, préstamos de los mercados financieros o de las instituciones financieras internacionales, ayuda exterior, transferencias de empresas que cotizan en bolsa, etc.), en última instancia se trata de determinar qué política, programa o compromiso merece prioridad.

¹⁵⁸ A/76/579, secc. V, párr. 51.

la fecha en el marco de los informes del Secretario General sobre el seguro médico posterior a la separación del servicio.

226. El pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio que no se incluye en los cálculos de las cuotas repercute de forma negativa en los activos netos de la organización y erosiona progresivamente su situación financiera. En cuanto a la estabilidad financiera de las organizaciones participantes, la falta de fondos tiene repercusiones en términos financieros: en la medida en que este pasivo, como cualquier otro, está asegurado por la totalidad de los activos de las organizaciones, cada nueva anualidad (el “costo del servicio” y su correspondiente “costo por intereses”)¹⁵⁹ del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio que no se incluya en los cálculos de las cuotas repercutirá de forma negativa en los activos netos de la organización, y erosionará progresivamente su posición financiera, su estabilidad y su sostenibilidad. En teoría, en casos extremos, la contabilización de este pasivo podría dar lugar a una situación de patrimonio neto negativo, en la que las deudas superan a los activos y la organización carece de los recursos necesarios para hacer frente a sus compromisos financieros, incluso a corto plazo.

227. A medida que se acumula el pasivo no financiado aumenta también la probabilidad de que tenga una enorme repercusión negativa en los futuros presupuestos. En el caso de las organizaciones públicas en su conjunto, es muy poco probable que esto ocurra, ya que los gobiernos y los órganos legislativos siempre pueden y deben proporcionar recursos adicionales o tomar decisiones para hacer frente a cualquier déficit con el fin de garantizar el pago de las obligaciones, al menos cuando venzan, ya sea mediante un aumento de las cuotas, cambios en las prioridades presupuestarias u otros medios. El problema es que, en función de la magnitud de esos cambios, puede resultar difícil asumir las consecuencias para ambas partes (los Estados miembros como contribuyentes y la organización participante pertinente si hay que modificar las prioridades del programa o las políticas por falta de fondos). En otras palabras, a medida que se devenga el pasivo, también aumenta la probabilidad de que tenga una (enorme) repercusión negativa en los futuros presupuestos y, por tanto, en las contribuciones de los Estados miembros, o en las actividades programáticas de las organizaciones participantes, incluido el alcance del derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio¹⁶⁰. A falta de un flujo regular de fondos para cubrir (al menos parcialmente) el pasivo a largo plazo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio y no solo los pagos a corto plazo, cabe esperar que en el futuro sea necesario realizar una aportación importante de recursos o, en su defecto, introducir un cambio en las prioridades presupuestarias, que desplace programas o necesidades relativamente menos urgentes y los posponga a fechas posteriores para dar cabida al pago de los compromisos a corto plazo (ahora mucho más elevados) correspondientes a ese seguro médico.

228. Desde el punto de vista presupuestario, el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio debería tratarse del mismo modo que las aportaciones a la Caja de Pensiones. Cabe señalar asimismo que el método de capitalización se basa en la lógica jurídica y contable de que el derecho al seguro médico posterior a la separación del servicio lo adquieren los funcionarios, como en el caso de las

¹⁵⁹ Las obligaciones de las organizaciones con respecto al seguro médico posterior a la separación del servicio aumentan cada año, junto con el pasivo asociado a la acumulación de derechos a prestación para los funcionarios en activo (“costo del servicio”) y de la correspondiente repercusión financiera del pasivo que se hace efectivo con el paso del tiempo (“costo por intereses”). El costo del servicio y el costo por intereses de un año determinado son, por tanto, el costo de los derechos adquiridos por el personal por sus servicios durante ese año.

¹⁶⁰ Es cierto que el nivel de las prestaciones y las aportaciones que han de hacer los asegurados (y, por consiguiente, la organización) son cuestiones relacionadas con opciones políticas y, por lo tanto, están sujetas a las decisiones soberanas de los Estados miembros y los órganos rectores, siempre que se respeten los derechos adquiridos y que la protección ofrecida sea compatible con el atractivo que se desea que tengan las organizaciones participantes como empleadoras y con el principio general de 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” (Carta de las Naciones Unidas, Art. 101, párr. 3), como se recordó en el anterior examen de la DCI de la cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas (JIU/REP/2007/2).

pensiones, de forma progresiva y a lo largo de su carrera, y no al final de esta. De ello se deduce que el derecho a ese seguro médico debe tratarse como una remuneración diferida e incluirse como gasto común de personal en los años en que los funcionarios prestan servicio. Por lo tanto, el pasivo correlativo debe tratarse de la misma manera que las aportaciones a la Caja de Pensiones, es decir, como un componente adicional de los gastos de personal que normalmente se imputan a la partida presupuestaria del personal (y en el caso de los puestos financiados mediante cuotas, con cargo a esas cuotas, de no haber otros ingresos disponibles).

3. El seguro médico posterior a la separación del servicio y la transparencia de los procesos y debates presupuestarios

229. **La transparencia presupuestaria es tan importante como la transparencia de los estados financieros.** Cuando el seguro médico posterior a la separación del servicio se considera explícitamente parte de los gastos comunes de personal y, en consecuencia, parte del costo directo de los servicios, proyectos o programas y, por tanto, de las contribuciones que deben realizarse para hacer frente a los gastos, cabe decir que las organizaciones o planes correspondientes son plenamente transparentes, no solo en su contabilidad sino también en sus procesos de presupuestación. En el caso de las entidades o programas financiados con cargo a las cuotas, la financiación periódica del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio mediante esas cuotas es, sin duda, la forma de proceder más transparente y adecuada. **Se recomienda divulgar el costo total y real de la fuerza de trabajo y tenerlo en cuenta en cada ciclo presupuestario al decidir las prioridades presupuestarias**¹⁶¹.

230. **El hecho de que la provisión para el seguro médico posterior a la separación del servicio no se haga sobre la base del valor devengado distorsiona los debates presupuestarios.** La elección del método de capitalización no es solo una cuestión de buena gestión financiera o de sostenibilidad financiera a largo plazo, sino también de transparencia y eficacia en los debates legislativos sobre el presupuesto. Hay dos motivos para ello: primero el hecho de no presupuestar la nueva parte de los costos a largo plazo del seguro médico posterior a la separación del servicio que surgirá cada año equivale a retirar de la propuesta y los debates presupuestarios un costo que es real e inevitable; y segundo, porque esta falta de transparencia y el desajuste entre los costos y las actividades programáticas crean una ilusión fiscal de liberación de recursos para otros programas presupuestarios, desplazan las prioridades o necesidades presupuestarias del presente al futuro o viceversa, o simplemente dejan las contribuciones por debajo del nivel que correspondería a los costos reales (de no haber un cambio de prioridades). En otras palabras, y siempre en condiciones *ceteris paribus*, si en las propuestas y los debates presupuestarios no se incluye la parte anual del pasivo a largo plazo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio que se imputará al balance del año siguiente, no solo se deteriorará aún más la situación financiera de ese año, sino que los debates darán lugar a un resultado subóptimo, ya que no se basarán en información completa, lo que conducirá a una asignación excesiva de recursos a programas o actividades o a un nivel irrealmente bajo de las cuotas, o a una combinación de ambos resultados.

4. El método de capitalización para financiar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio en comparación con el método de cargo a los ingresos corrientes

231. **Ventajas e inconvenientes de financiar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio según el criterio de caja en comparación con el criterio del devengo.** Para resumir el debate anterior y con el fin de ilustrar la toma de decisiones sobre esta cuestión recurrente y de larga data, en el cuadro siguiente se presenta una síntesis de las ventajas e inconvenientes de cada método de financiación del pasivo a largo plazo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio.

¹⁶¹ Como señaló el Secretario General, “cualesquiera insuficiencias en la financiación de las obligaciones deben ser incluidas en el informe bienal de ejecución financiera y considerarse como parte de las formulaciones presupuestarias en futuros bienios” (A/60/450 y A/60/450/Corr.1, párr. 18).

Cuadro 20

Comparación de los métodos de financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio

<i>Método</i>	<i>Ventajas</i>	<i>Inconvenientes</i>
Cargo a los ingresos corrientes	Menos costoso a corto plazo, ya que los créditos consignados para el seguro médico posterior a la separación del servicio no tienen que incluir el costo del servicio acumulado por los funcionarios en activo en cada ejercicio presupuestario, sino solo la parte correspondiente a la organización de las primas de los jubilados o las solicitudes de reembolso de gastos médicos. En consecuencia, permite mayor flexibilidad para la asignación de recursos a otros fines. Reduce los costos administrativos y la complejidad de la gestión del activo y el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio.	Dificulta la transparencia y la eficacia de los procesos de presupuestación, ya que los futuros costos del seguro médico posterior a la separación del servicio asociados a los funcionarios en activo no se tienen en cuenta al decidir las asignaciones presupuestarias. La falta de transparencia crea una ilusión monetaria y desigualdad intergeneracional. Expone a la entidad a riesgos e incertidumbres financieros debido a la acumulación de deuda no financiada sin que existan fondos para hacer frente a esos riesgos. En función de la demografía de los asegurados, el pasivo no financiado puede absorber una parte cada vez mayor del presupuesto y, con el tiempo, desplazar recursos destinados a la ejecución del mandato. Puede comprometer la sostenibilidad de las prestaciones del seguro médico posterior a la separación del servicio a largo plazo.
Capitalización	Fomenta la transparencia de los procesos de presupuestación y evita las ilusiones monetarias y la desigualdad intergeneracional, ya que el nuevo pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio devengado anualmente se prevé en las asignaciones y los recursos presupuestarios de ese año, y no se imputa a economías, reservas o aportaciones pasadas o futuras, lo que contribuye a poner de manifiesto en tiempo real todos los gastos de personal de los programas y a racionalizar las decisiones presupuestarias. Reduce los riesgos e incertidumbres financieros debidos a la acumulación de la deuda del seguro médico posterior a la separación del servicio. Mejora la sostenibilidad a largo plazo de los derechos y obligaciones por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio. La financiación del pasivo es más económica a largo plazo, ya que los beneficios de las ganancias por inversiones contribuyen a reducir las futuras necesidades presupuestarias.	Si no se hacen aportaciones adicionales al presupuesto para hacer frente a la parte anual devengada del pasivo por concepto seguro médico posterior a la separación del servicio, la capitalización limita la disponibilidad de recursos para otras partidas presupuestarias o programas. Requiere un aumento de las aportaciones para mantener la amplitud y el alcance del mandato y los programas de la organización. Los donantes pueden considerar menos atractivo apoyar a una organización que recurre a un cargo imputable a la nómina para cubrir el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio asociado a los programas que financian, ya que esto puede reducir la competitividad de la organización en comparación con las que utilizan el cargo a los ingresos corrientes. Aumenta los costos administrativos y la complejidad de la gestión de los fondos y los activos del seguro médico posterior a la separación del servicio.

Fuente: Elaborado por la DCI.

232. Tres razones principales para adoptar el método de capitalización en la financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio. Según lo expuesto en este capítulo, la repercusión negativa en la situación financiera

de las organizaciones de una falta persistente de fondos mientras el pasivo se acumula en los estados financieros, el carácter inoportuno y posiblemente inasequible de los grandes aumentos de las aportaciones cuando vencen los pagos, y la conveniencia de mejorar la transparencia presupuestaria son, en resumen, las razones por las que, de los dos sistemas más conocidos de financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio (el de cargo a los ingresos corrientes y el de capitalización), es preferible el segundo. Así lo han recomendado sistemáticamente la DCI, el Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio, los auditores externos y los expertos financieros, y así lo confirmaron las respuestas al cuestionario institucional de la DCI y las entrevistas realizadas para el presente examen, en las que las organizaciones participantes expresaron su preferencia por este enfoque¹⁶².

233. La aplicación del método de cargo a los ingresos corrientes es independiente de los ajustes del seguro médico. La conclusión a la que se ha llegado sigue siendo válida, independientemente del nivel de protección ofrecido a los beneficiarios, de la proporción de los costos del seguro prorrateada entre las organizaciones empleadoras y de la repercusión de las mejoras introducidas en la formulación y la eficacia de las políticas a través de medidas adicionales de contención de costos, que deben respetar los derechos adquiridos de los beneficiarios. **El Inspector considera que tomar disposiciones para sufragar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio a medida que se devengan las prestaciones no debería supeditarse a la formulación y aprobación de modificaciones de las políticas sobre el seguro médico.** El Inspector insiste en subrayar la importancia de que esta cuestión se trate con realismo, ya que el hecho de no financiar el pasivo devengado y futuro podría contribuir a crear una burbuja de deuda que, con el tiempo, podría convertirse en un riesgo grave para la estabilidad financiera de las organizaciones y su capacidad de seguir ejecutando sus mandatos.

234. En su anterior examen de la cobertura médica del personal del sistema de las Naciones Unidas¹⁶³, la DCI recomendó que se previera financiación suficiente para el pasivo, como aconsejaron y aconsejan reiteradamente la Junta de Auditores, los auditores externos de los organismos especializados y del OIEA, y el Comité Asesor de Auditoría Independiente. Se espera que la siguiente recomendación mejore la transparencia presupuestaria y, con ella, la eficiencia y la rendición de cuentas de las organizaciones participantes, además de su situación financiera y su sostenibilidad.

Recomendación 7

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

¹⁶² El Comité Asesor de Auditoría Independiente también reiteró su observación anterior de que el hecho de mantener el enfoque de cargo a los ingresos corrientes presentaba un riesgo importante que debía gestionarse de forma adecuada, y recomendó que “la Asamblea General considere estrategias alternativas de financiación... para mitigar este riesgo” (A/76/270).

¹⁶³ JIU/REP/2007/2.

Anexo I

Requisitos para afiliarse a un plan de seguro médico

En este cuadro se indica la admisibilidad de los funcionarios en activo, los jubilados y sus familiares a cargo para afiliarse a uno o varios planes de seguro médico, en función de su lugar de destino y categoría de personal.

Tomador del seguro y plan	Organizaciones participantes	Tipo de funcionarios en activo y jubilados y ubicación			
		Contratación internacional		Contratación local	
		En lugares con sede	Fuera de la sede	En lugares con sede	Fuera de la sede
FAO Plan Básico de Seguro Médico/Cobertura Médica Posterior a la Separación del Servicio	FAO	Sí	Sí	Sí	Sí ^a
FAO Plan de Seguro Médico/Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio	FAO	No	No	No	Sí ^b
OIEA Plan de Seguro Médico Integral/Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio (Cigna)	OIEA	Sí	Sí	Sí	Sí
OACI Plan de Prestaciones Médicas	OACI	Sí	Sí	Sí	Sí
OIT Caja del Seguro de Salud del Personal	OIT	Sí	Sí	Sí	Sí
OMI Plan de Seguro Médico Colectivo	OMI	Sí	Sí	Sí	Sí
Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas	Secretaría de las Naciones Unidas, ITC, UIT, OMM, PNUD, UNICEF, ONU Turismo, PNUMA, UNOPS, ONUDI, UNCTAD	Sí (Ginebra)	Sí (solo ACNUR, UIT, OMM)	Sí (Ginebra)	No
Oficina de las Naciones Unidas en Viena/UNODC Seguro Médico Colectivo de la Sede- Plan de Seguro Médico Integral	Secretaría de las Naciones Unidas, UNODC	Sí (Viena, Turín)	No	Sí (Viena, Turín)	No
Secretaría de las Naciones Unidas, Aetna	Secretaría de las Naciones Unidas, PNUD, ONU-Mujeres, UNFPA, UNICEF, UNOPS	Sí (Nueva York)	No	Sí (Nueva York)	No
Secretaría de las Naciones Unidas, Cigna Dental	Secretaría de las Naciones Unidas, PNUD, ONU-Mujeres, UNFPA, UNICEF, UNOPS	Sí (Nueva York)	No	Sí (Nueva York)	No

Tomador del seguro y plan	Organizaciones participantes	Tipo de funcionarios en activo y jubilados y ubicación			
		Contratación internacional		Contratación local	
		En lugares con sede	Fuera de la sede	En lugares con sede	Fuera de la sede
Secretaría de las Naciones Unidas, Empire Blue Cross	Secretaría de las Naciones Unidas, PNUD, ONU-Mujeres, UNFPA, UNICEF, UNOPS	Sí (Nueva York)	No	Sí (Nueva York)	No
Secretaría de las Naciones Unidas, Plan de Seguro Médico	Secretaría de las Naciones Unidas	No	No	No	Sí
Secretaría de las Naciones Unidas, Plan Mundial de las Naciones Unidas	Secretaría de las Naciones Unidas, UNICEF, PNUD, ONU-Mujeres, UNFPA, UNOPS, ONUDI, UNRWA, ONU Turismo	No	Sí	No	No
PNUD Plan de Seguro Médico	PNUD, ONU-Mujeres, UNFPA	No	No	No	Sí
UNESCO Caja de Seguros Médicos	UNESCO, OACI (solo personal de la OACI en París)	Sí (París)	Sí	Sí (París)	Sí
ACNUR Plan de Seguro Médico	ACNUR	No	No	No	Sí
UNICEF Plan de Seguro Médico	UNICEF	No	No	No	Sí
ONUDI Plan del Cuadro de Servicios Generales sobre el Terreno	ONUDI	No	No	No	Sí
ONUDI Seguro Médico Colectivo de la Sede- Plan de Seguro Médico Integral	ONUDI	Sí (Viena)	Sí	Sí (Viena)	No
UNOPS Plan de Seguro Médico	UNOPS	No	No	No	Sí
ONU Turismo Plan de Seguro de Enfermedad y Accidentes	ONU Turismo	Sí (Madrid)	Sí	Sí (Madrid)	Sí
UPU Plan de Seguro Médico	UPU	Sí (Berna)	No se aplica	Sí (Berna)	No se aplica
PMA Plan Básico de Seguro Médico	PMA	Sí (Roma)	Sí	Sí (Roma)	Sí (oficinas en todo el mundo)
PMA Plan de Seguro Médico	PMA	No	No	No	Sí (excepto las oficinas en todo el mundo)

<i>Tomador del seguro y plan</i>	<i>Organizaciones participantes</i>	<i>Tipo de funcionarios en activo y jubilados y ubicación</i>			
		<i>Contratación internacional</i>		<i>Contratación local</i>	
		<i>En lugares con sede</i>	<i>Fuera de la sede</i>	<i>En lugares con sede</i>	<i>Fuera de la sede</i>
OMS Seguro de Enfermedad del Personal	OMS, ONUSIDA	Sí (Ginebra)	Sí	Sí (Ginebra)	Sí
OMPI Plan de Seguro Médico Colectivo	OMPI	Sí (Ginebra)	Sí	Sí (Ginebra)	Sí

^a Para el personal cuya fecha de ingreso en la FAO sea anterior al 1 de octubre de 2016.

^b Para el personal cuya fecha de ingreso en la FAO sea el 1 de octubre de 2016 o posterior.

Anexo II

Indicadores clave del desempeño extraídos de acuerdos de prestación de servicios concertados con administradores externos

En este cuadro figura una lista consolidada de indicadores clave del desempeño extraídos de acuerdos disponibles de prestación de servicios firmados entre los administradores externos y los proveedores de seguros médicos comerciales y las organizaciones participantes en la DCI. Los indicadores clave del desempeño se presentan sin modificaciones y es posible que no representen buenas prácticas.

<i>Indicador clave del desempeño</i>	<i>Objetivo (se utilizan diferentes objetivos)</i>	<i>Sanción^a (se utilizan diferentes tasas de sanción)</i>
En general		
Equipo sujeto a movimiento de personal: Tasa de movimiento de personal de los equipos que intervienen en la prestación de servicios al tomador del seguro.	Como máximo el 15 %	0,50 %
Apoyo administrativo	De lunes a viernes de 9.00 a 18.00 horas, excepto festivos	Sanción fija por incumplimiento en la prestación de servicios
Gestión de cuentas		
Asignación de un gestor específico	Un gestor asignado	0,50 %
Elaboración de un calendario de ejecución y de un documento sobre decisiones y cuestiones	Finalización	0,50 %
Criterio financiero		
Exactitud financiera: Tasa media de todas las solicitudes de reembolso que son exactas en términos financieros.	Al menos el 98 %	Se utilizan diferentes tasas, desde el 0,50 % hasta el 10 % (algunos acuerdos de prestación de servicios imponen diferentes tasas de sanción en función de los servicios prestados).
Exactitud de los pagos: Número de pagos correctos dividido por el número total de pagos efectuados en la muestra de auditoría.	Al menos el 96 %	Se utilizan diferentes tasas, desde el 1 % hasta el 10 % (algunos acuerdos de prestación de servicios imponen diferentes tasas de sanción en función de los servicios prestados).
Exactitud de la tramitación: Número de solicitudes de reembolso correctas que se han tramitado dividido por el número total de solicitudes de reembolso de la muestra de auditoría.	Al menos el 96 %	Se utilizan diferentes tasas, desde el 1 % hasta el 4 % (algunos acuerdos de prestación de servicios imponen diferentes tasas de sanción en función de los servicios prestados).

<i>Indicador clave del desempeño</i>	<i>Objetivo (se utilizan diferentes objetivos)</i>	<i>Sanción^a (se utilizan diferentes tasas de sanción)</i>
Criterio relativo a la atención telefónica		
Tiempo de respuesta al teléfono: Porcentaje de llamadas atendidas en un plazo de 10 a 30 segundos en función del plan.	Al menos el 80 %	Se utilizan diferentes tasas, desde el 0,50% hasta el 4% (algunos acuerdos de prestación de servicios imponen diferentes tasas de sanción en función de los servicios prestados).
Tasa de llamadas telefónicas no atendidas: Número de llamadas telefónicas no atendidas en porcentaje del total de llamadas recibidas por el sistema telefónico.	Como máximo el 5 %	Se utilizan diferentes tasas, desde el 0,50 % hasta el 4 % (algunos acuerdos de prestación de servicios imponen diferentes tasas de sanción en función de los servicios prestados).
Teléfono de asistencia	24 horas al día, 7 días a la semana, y al menos en 5 idiomas	Sanción fija por incumplimiento en la prestación de servicios
Criterio relativo al tiempo de respuesta		
Liquidación de solicitudes de reembolso: Promedio del número máximo de días necesario para liquidar una solicitud	De 2 a 10 días laborables	Se utilizan diferentes tasas, desde el 0,50 % hasta el 4 % (algunos acuerdos de prestación de servicios imponen diferentes tasas de sanción en función de los servicios prestados).
Emisión de una carta de garantía para hospitalizaciones de urgencia: Plazo medio necesario para emitir una carta de garantía tras recibir una solicitud debidamente documentada del proveedor.	De 2 a 24 horas	Se utilizan diferentes tasas, desde el 0,50 % hasta el 4 % (algunos acuerdos de prestación de servicios imponen diferentes tasas de sanción en función de los servicios prestados).
Emisión de una carta de garantía para hospitalizaciones que no son urgentes: Plazo medio necesario para emitir una carta de garantía tras recibir una solicitud debidamente documentada del afiliado o del proveedor.	De 48 horas a 7 días laborables	Se utilizan diferentes tasas, desde el 0,50 % hasta el 4 % (algunos acuerdos de prestación de servicios imponen diferentes tasas de sanción en función de los servicios prestados).
Tasa de respuesta a un correo electrónico: Plazo medio necesario para responder a una solicitud enviada por correo electrónico de un afiliado o proveedor.	De 1 a 3 días laborables	Se utilizan diferentes tasas, desde el 0,75 % hasta el 4 % (algunos acuerdos de prestación de servicios imponen diferentes tasas de sanción en función de los servicios prestados).

<i>Indicador clave del desempeño</i>	<i>Objetivo (se utilizan diferentes objetivos)</i>	<i>Sanción^a (se utilizan diferentes tasas de sanción)</i>
Aprobación previa de tratamiento médico: Plazo medio de tramitación de las autorizaciones previas para recibir un tratamiento médico que requiere revisión médica.	De 2 a 5 días laborables	Se utilizan diferentes tasas, desde el 0,50 % hasta el 1 %.
Carga de los datos de afiliación y envío del correo electrónico de bienvenida: Plazo medio para cargar los datos de afiliación y recibir el correo electrónico de bienvenida del asegurado.	En un plazo de 5 días laborables	Se utilizan diferentes porcentajes, desde el 0,50 % hasta el 0,75 %.
Emisión de tarjetas: Plazo medio en que la persona recibe la tarjeta de asegurado.	De 5 a 10 días laborables	Se utilizan diferentes porcentajes, desde el 0,25 % hasta el 0,50 %.
Servicio de mensajería para las solicitudes: Frecuencia media con la que se informa a los asegurados de que el tomador del seguro dispondrá de un servicio de mensajería para las solicitudes.	Dos veces por semana	Sanción fija por incumplimiento en la prestación de servicios
Red		
Número de proveedores acordados: Número de proveedores por lugar de destino	Al menos uno	0,50 %
Acuerdos de facturación directa: En caso de que el tomador del seguro solicite específicamente el establecimiento de un acuerdo de facturación directa, el contratista evaluará en primer lugar la solicitud en relación con su red actual y ofrecerá alternativas similares si están disponibles. A efectos de este plazo de respuesta, solo se tendrán en cuenta las solicitudes recibidas de la dependencia de seguro médico del asegurado. Si no hay alternativa disponible, el contratista asignará prioridad a la solicitud en función del número total de asegurados afectados.	El contratista deberá esforzarse al máximo, e incluso realizar tres intentos para contratar al proveedor solicitado: a) Un plazo máximo de 15 días laborables en el caso de lugares de destino después de una misión sobre el terreno; b) Un plazo máximo de 20 días laborables en el caso de los lugares de destino con la clasificación de Emergencia de Nivel 3.	0,50 %
Actualizaciones sobre las redes, los descuentos disponibles y los precios convenidos con los proveedores: Frecuencia con que se proporcionan actualizaciones sobre las redes.	Trimestralmente	Sanción fija por incumplimiento en la prestación de servicios

<i>Indicador clave del desempeño</i>	<i>Objetivo (se utilizan diferentes objetivos)</i>	<i>Sanción^a (se utilizan diferentes tasas de sanción)</i>
Satisfacción		
Nivel de satisfacción de los asegurados	Al menos el 75 % y hasta el 85 %	Se utilizan diferentes porcentajes, desde el 0,50 % hasta el 1 %.
Presentación de informes		
Plazo medio de entrega de los informes:	Desde el noveno día de cada mes hasta antes de que finalice el mes siguiente al período sobre el que se informa	0,50 %
El asegurador facilitará al tomador del seguro información estadística que demuestre el grado de cumplimiento alcanzado en comparación con la prestación de los servicios acordados.	Trimestralmente	Sanción fija por incumplimiento en la prestación de servicios
Facturación		
Factura mensual: Plazo medio para emitir la factura mensual.	15 días laborables como máximo	0,50 %
Reuniones		
Reuniones trimestrales entre el tomador del seguro y el asegurador	Al menos una	0,50 %
Reuniones trimestrales entre los administradores del tomador del seguro y el asegurador	Al menos una	0,50 %
Otros indicadores		
Evacuación/Transporte	El asegurador coordinará y pagará la evacuación o el transporte de las personas aseguradas hasta el lugar de tratamiento aceptable más cercano.	Sanción fija por incumplimiento en la prestación de servicios
Acuerdos con terceros	- El asegurador puede contratar a terceros para que le ayuden en la prestación de servicios, en cuyo caso habrá concertado acuerdos de prestación de servicio con asociados externos. - El asegurador supervisará la prestación de servicios por proveedores externos y realizará periódicamente un examen del desempeño para garantizar que se presten los servicios acordados.	Sanción fija por incumplimiento en la prestación de servicios

<i>Indicador clave del desempeño</i>	<i>Objetivo (se utilizan diferentes objetivos)</i>	<i>Sanción^a (se utilizan diferentes tasas de sanción)</i>
Auditorías del plan	• El asegurador deberá mantener libros, cuentas, registros y justificantes completos, detallados y exactos. • El asegurador proporcionará al tomador del seguro y/o a sus representantes asistencia y acceso a toda la información, la documentación y los registros que obren en su poder, así como a copias de estos.	Sanción fija por incumplimiento en la prestación de servicios

^a Las sanciones, representadas como porcentaje de la infracción correspondiente, se calculan en relación con los honorarios administrativos anuales. Esa cantidad se deducirá entonces de los honorarios administrativos pagaderos al asegurador. Sin embargo, hay otro plan que impone una sanción fija de 5.000 euros por trimestre si el asegurador no presta alguno de los servicios acordados.

Anexo III

Sinopsis de las propuestas del Secretario General sobre el seguro médico posterior a la separación del servicio

1. En su resolución 58/249, aprobada el 23 de diciembre de 2003, la Asamblea General solicitó por primera vez al Secretario General que propusiera medidas para asegurar que se avanzase hacia el objetivo de financiar totalmente el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio. En consecuencia, el 27 de octubre de 2005, el Secretario General publicó su primer informe sobre el seguro médico posterior a la separación del servicio¹, en el que incluía la recomendación de “aprobar una política de financiación a largo plazo que previera unas contribuciones anuales previsibles pero flexibles para asegurar que periódicamente se reservaran fondos suficientes a fin de sufragar los gastos de los afiliados actuales y las prestaciones que deberán pagarse en el futuro”. Sin embargo, la Asamblea General no tomó ninguna decisión sobre las políticas propuestas en ese momento².
2. En su segundo informe sobre el seguro médico posterior a la separación del servicio, de 7 de febrero de 2007³, el Secretario General presentó a la Asamblea General una versión revisada de su propuesta anterior junto con cuatro alternativas, en su opinión menos viables⁴. La Asamblea General, tras recibir el asesoramiento de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto⁵, decidió el 4 de abril de 2007 solicitar, entre otros aspectos, más información y análisis exhaustivos sobre las opciones de financiación y “las ventajas y desventajas que entrañaría para los Estados Miembros la opción de sufragar los costos del programa de seguro médico posterior a la separación del servicio con cargo a los ingresos corrientes, en comparación con la opción de reservar fondos para financiar esas obligaciones”⁶.
3. El siguiente y tercer informe del Secretario General sobre la cuestión⁷, de 18 de octubre de 2009, tras el cual se publicó el informe de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto⁸, dio lugar a la resolución 64/241 de la Asamblea General, en la que el órgano legislativo decidió solicitar al Secretario General que presentara un informe sobre la gestión del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio “teniendo presente que una de las opciones posibles era sufragar los costos con cargo a los ingresos corrientes”, y que incluyera en ese informe, entre otras cosas: información sobre el alcance y la cobertura de los planes existentes de seguro médico posterior a la separación del servicio y un análisis de los mismos; los costes administrativos relacionados con otras opciones financieras; las opciones para los niveles de aportación a los planes de seguro médico posterior a la separación del servicio por parte de sus afiliados y de las Naciones Unidas; las estrategias generales a largo plazo para financiar el pasivo por concepto de ese seguro médico; las nuevas medidas para reducir los costos de las Naciones

¹ A/60/450 y A/60/450/Corr.1.

² Resolución 60/255 de la Asamblea General.

³ A/61/730.

⁴ *Ibid.*, párr. 38.

⁵ A/61/791.

⁶ Véase la resolución 61/264 de la Asamblea General. El sistema de “carga a los ingresos corrientes” consiste en abonar las primas del seguro médico posterior a la separación del servicio o reembolsar las cantidades solicitadas al seguro médico a medida que surgen, sin reservar de antemano ningún activo para ese fin, mientras que el de “capitalización” consiste en acumular de forma constante fondos destinados a este fin específico, independientemente de la fuente de los fondos. La norma 39 de las IPSAS no prescribe ningún método de financiación para el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio y reconoce que es posible que las “obligaciones por prestaciones definidas” no estén financiadas o lo estén de forma total o parcial.

⁷ A/64/366.

⁸ A/64/7/Add.4.

Unidas relacionados con los planes de atención de la salud; los planes de seguro médico posterior a la separación del servicio para los empleados del sector público jubilados que ofrecen sus respectivos Gobiernos; y las repercusiones financieras y jurídicas de la modificación del alcance y la cobertura de los planes de seguro médico posterior a la separación del servicio y de los niveles de aportación de los actuales jubilados y funcionarios en activo.

4. **Tras examinar el siguiente informe del Secretario General⁹, de 27 de agosto de 2013, la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto¹⁰ observó que “la financiación de las prestaciones del seguro médico posterior al servicio es una cuestión de interés para todo el sistema y ... que, a largo plazo sería mejor que se resolviera mediante la adopción de un enfoque a nivel de todo el sistema similar al que emplea actualmente la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas con respecto a las prestaciones de jubilación” y por discapacidad¹¹. Posteriormente, el 27 de diciembre de 2013, la Asamblea General¹² decidió solicitar “al Secretario General que examine la opción de ampliar el mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas ... a fin de incluir la administración... de las prestaciones del seguro médico posterior a la separación del servicio” y también solicitar “al Secretario General que realice una encuesta de los planes de seguro de salud vigentes del personal en servicio activo y de los funcionarios jubilados del sistema de las Naciones Unidas, estudie todas las opciones que permitan aumentar la eficiencia y moderar los gastos y la informe al respecto en su septuagésimo período de sesiones”.**

5. **La encuesta¹³, elaborada por el Grupo de Trabajo interinstitucional sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio establecido por el Secretario General** bajo los auspicios de la Red de Finanzas y Presupuesto del Comité de Alto Nivel sobre Gestión de la JJE, y de conformidad con la resolución 68/244 de la Asamblea General, presentó una visión general de la situación de 23 planes de seguro médico y del pasivo y los fondos del seguro médico posterior a la separación del servicio de 25 organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en 2015¹⁴. Aunque no se consideró viable la opción de ampliar el mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, el quinto informe del Secretario General contenía ocho recomendaciones sobre la forma de mejorar la eficiencia y la eficacia de los programas de seguro médico en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, incluido el paso del método de pago con cargo a los ingresos corrientes al método de capitalización para financiar el pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio del personal recién contratado¹⁵. Al igual que en su anterior resolución 68/244, la Asamblea General¹⁶ aceptó el consejo de la Comisión

⁹ [A/68/353](#).

¹⁰ [A/68/550](#).

¹¹ Como las decisiones de la Asamblea General no son vinculantes para otras organizaciones del sistema, las recomendaciones de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto aprobadas por la Asamblea General tienen que proponerse a los demás órganos rectores competentes para su evaluación y aprobación oficiales ([A/71/698](#), párr. 8).

¹² Resolución 68/244 de la Asamblea General.

¹³ Las conclusiones y recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio derivadas de la primera fase y de las fases posteriores de la encuesta se reflejaron en los informes del Secretario General sobre la gestión del seguro médico posterior a la separación del servicio de diciembre de 2015 ([A/70/590](#)), 2016 ([A/71/698](#)) y 2018 ([A/73/662](#)). Este estudio fue actualizado por última vez en 2020 por la secretaría de la JJE. Además, en su 37ª reunión (2022), la Red de Finanzas y Presupuesto inició una nueva encuesta para recopilar las políticas y prácticas de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas relativas al seguro médico posterior a la separación del servicio. Sin embargo, sus resultados no estaban disponibles en el momento de redactar el presente informe.

¹⁴ El Grupo de Trabajo estaba integrado por representantes de 16 organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que son miembros de la Red de Finanzas y Presupuesto, la Federación de Asociaciones de Exfuncionarios Internacionales, la Federación de Asociaciones de Funcionarios Públicos Internacionales, la Red de Recursos Humanos del Comité de Alto Nivel sobre Gestión, el Grupo de Trabajo sobre Servicios Comunes de Tesorería de la Red de Finanzas y Presupuesto, la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas y la JJE (véase [A/70/590](#)).

¹⁵ [A/70/590](#), párrs. 68, 69 y 70.

¹⁶ Resolución 70/248 B de la Asamblea General.

Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto de no respaldar esa recomendación, en esa ocasión porque “el Secretario General no ha justificado suficientemente el motivo para reservar recursos presupuestarios destinados a actividades en curso con el fin de financiar obligaciones previstas en el futuro”¹⁷.

6. **Mediante su informe de seguimiento¹⁸, el Secretario General proporcionó información actualizada y adicional sobre varios aspectos de los planes de seguro médico de las Naciones Unidas y el pasivo conexo**, que incluía el estado de aplicación de las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio respaldadas por la Asamblea General a finales de 2016 acerca de cuestiones como: las negociaciones colectivas con administradores externos y proveedores de atención de salud; la utilización de los planes nacionales de seguro médico; la ampliación del mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas para que gestione un plan de seguro médico común; la estandarización de la valoración del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio; la financiación adecuada de ese seguro médico; así como la realización de exámenes de pólizas mediante indicadores del desempeño financiero y la celebración de nuevas negociaciones con las compañías de seguros. El informe también incluía nuevas recomendaciones u observaciones sobre la inversión de las reservas y otros aspectos de política¹⁹.

7. **La Asamblea General²⁰ hizo suyas las recomendaciones posteriores de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto²¹ sobre contención de costos** y control en la administración de los planes, cooperación entre las organizaciones para desarrollar su acceso a las redes de proveedores de atención de salud en todas las regiones, fijación de precios, mancomunación de los riesgos, armonización de los principios rectores de la valoración del pasivo e inversión de las reservas. Sin embargo, la propuesta del Secretario General de pasar al método de capitalización para financiar las obligaciones correspondientes al seguro médico posterior a la separación del servicio tampoco fue aprobada en esta ocasión, ya que la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto observó que la propuesta de financiación de las mencionadas obligaciones “no se presenta de forma integral y no tiene en cuenta diferentes hipótesis y variables que podrían tener repercusiones en las obligaciones”.

8. **El 19 de diciembre de 2018, el Secretario General publicó su séptimo informe sobre el seguro médico posterior a la separación del servicio²², en el que, entre otros aspectos²³, abordó las cuestiones de la estandarización de la metodología de valoración y las hipótesis actuariales**, el prorrateo de la prima del seguro médico posterior a la separación del servicio y la financiación del pasivo. El Secretario General recomendó una vez más a la Asamblea General que aprobara, mediante la aplicación de un cargo imputable a la nómina, la financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la

¹⁷ [A/70/7/Add.42](#), párr. 28.

¹⁸ [A/71/698](#).

¹⁹ Por ejemplo, la presentación de informes, las cláusulas de confidencialidad, los resultados de las pólizas, la mancomunación de riesgos, la promoción de la uniformidad en el diseño de los planes de seguro médico y la consolidación de los planes en función de criterios geográficos u organizativos, incluida la fusión de planes con objeto de alcanzar una escala crítica; el fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional; la fijación de precios (las primas basadas en valores se consideran más adecuadas para riesgos imprevisibles como los relativos a la propiedad, mientras que el régimen de margen sobre el costo se ajusta mejor al perfil de riesgo habitual de los seguros de enfermedad de las Naciones Unidas).

²⁰ Resolución 71/272 B de la Asamblea General.

²¹ [A/71/815](#).

²² [A/73/662](#).

²³ Por ejemplo, la viabilidad o razonabilidad de utilizar los planes nacionales de seguro médico para facilitar cobertura primaria a los jubilados; las negociaciones con administradores externos en todo el sistema o de forma colectiva; las medidas de contención de costos; y la transferibilidad de las prestaciones y derechos de seguro médico en todo el sistema. En el mismo informe, el Secretario General reconoció que no tenía “más información que dar en relación con la revisión de pólizas y las negociaciones con los aseguradores; la ampliación del mandato de la Caja Común de Pensiones; y la inversión de las reservas” y que el Grupo de Trabajo había “cumplido su cometido”.

separación del servicio para las futuras contrataciones²⁴, con la aplicación simultánea de un mecanismo de acumulación de derechos consistente en vincular la parte de la prima de ese seguro médico pagada por el organismo y el período de servicio del funcionario en el sistema²⁵. De conformidad con el asesoramiento de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto²⁶ y observando que el cargo imputable a la nómina entrañaría una contribución prorrateada entre los Estados Miembros, la Asamblea General²⁷ decidió mantener el sistema de financiación con cargo a los ingresos corrientes y pidió al Secretario General que presentara más detalles sobre el modelo de financiación con el sistema de capitalización y el mecanismo de acumulación de derechos para el futuro personal.

9. Aunque en su informe²⁸ la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto expresaba su convencimiento de que “el objetivo de garantizar la disponibilidad de recursos suficientes para liquidar las obligaciones correspondientes a las prestaciones del personal puede lograrse sin crear necesariamente y/o inmediatamente una reserva”, no facilitaba información sobre cómo podría lograrse, si mediante una reducción de la parte de las primas que corresponde a las organizaciones, como proponía en su informe anterior²⁹, mediante el ajuste de la cobertura o los criterios de admisibilidad, mediante la creación de una reserva en una fase posterior, o simplemente haciendo frente a la creciente presión sobre las cuotas a medida que vencen los pagos previstos. A este respecto, conviene recordar que la Asamblea General “reconoció con preocupación la importancia de las obligaciones en concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio ... destacando al mismo tiempo las posibles repercusiones importantes de las propuestas en los presupuestos futuros y en los futuros derechos a prestaciones del personal interesado”.

10. Aunque con variaciones, el octavo y último informe del Secretario General sobre la cuestión³⁰, de 30 de septiembre de 2021, reiteró su recomendación de que la financiación del pasivo por concepto de seguro médico posterior a la separación del servicio de los nuevos funcionarios se lograra mediante la aplicación de un cargo imputable a la nómina y, por lo tanto, mediante una cuota adicional para los Estados Miembros³¹. Cuando se llevó a cabo el presente examen, esta propuesta no se había abordado en ninguna resolución de la Asamblea General y, en cualquier caso, fue desestimada por la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto³², ya que a la Comisión “no le convencían” las propuestas y seguía “creyendo que el objetivo de garantizar la disponibilidad de recursos suficientes para liquidar las obligaciones correspondientes a las prestaciones del personal puede lograrse sin crear necesariamente y/o inmediatamente una reserva”.

²⁴ La propuesta del Secretario General solo incluye las entidades que entran directamente en el ámbito de las decisiones de la Asamblea General, entre ellas, y además de las Naciones Unidas, las organizaciones participantes en la DCI (ITC, PNUMA, ONU-Hábitat y UNODC).

²⁵ La Asamblea General, en sus resoluciones 38/235 y 69/251, decidió que se utilizase una relación máxima de 2 a 1 entre las aportaciones de la organización y las del personal, y desde entonces esa relación se aplica en Nueva York y la utilizan muchas otras organizaciones internacionales. Mediante el mecanismo de acumulación propuesto, tras 10 años de servicio, la parte de la prima abonada por la organización empleadora correspondería a un tercio de la prima total, y el derecho máximo (hasta un máximo de dos tercios de la prima) se acumularía al cabo de 20 o 25 años de servicio.

²⁶ [A/73/792](#).

²⁷ Resolución 73/279 B de la Asamblea General.

²⁸ [A/73/792](#).

²⁹ [A/71/815](#), párr. 33.

³⁰ [A/76/373](#).

³¹ En el mismo informe (sección C), el Secretario General indicó que, debido a la falta de consenso en el Grupo de Trabajo sobre el Seguro Médico Posterior a la Separación del Servicio acerca del mecanismo de acumulación de derechos propuesto para vincular de forma más directa la antigüedad del funcionario en el sistema de las Naciones Unidas y la parte de las primas que debe sufragar la Administración, se abandonó la propuesta y se sustituyó, con efecto a partir del 1 de enero de 2023, por la aplicación de una base nueva y más elevada para calcular las aportaciones de los jubilados con menos de 25 años de servicio pensionable, a saber, la pensión que percibirían si hubieran cotizado durante 25 años (la “pensión teórica” aprobada por la Asamblea General en virtud de la resolución 61/264).

³² [A/76/579](#), secc. V.

Sinopsis de las medidas que han de adoptar las organizaciones participantes en relación con las recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección

		Efectos previstos	Organizaciones participantes en la Dependencia Común de Inspección																											
			Naciones Unidas*	ONUSIDA	UNCTAD	ITC	PNUD	PNUMA	UNFPA	ONU-Hábitat	ACNUR	UNICEF	UNODC	UNOPS	UNRWA	ONU-Mujeres	PMA	FAO	OIEA	OACI	OIT	OMI	UIT	UNESCO	ONUDI	ONU Turismo	UPU	OMS	OMPI	OMM
Informe	Para la adopción de medidas		☒	☐	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☐
	Para información		☐	☒	☒	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒
Recomendación 1		f	E									E	E			E	E		E		E		E	E	E	E				
Recomendación 2		g	E				E			E	E	E	E			E	E	E	E					E	E		E	E		
Recomendación 3		g				E		E		E			E		E			E	E	E	E			E	E	E				
Recomendación 4		d	L																											
Recomendación 5		e	E				E			E	E	E	E		E	E	E	E	E	E	E		E	E	E	E	E	E	E	
Recomendación 6		d												E					E			E		E	E	E	E	E		
Recomendación 7		a	L														L	L	L	L	L	L	L	L	L	L				

Leyenda:
L: Recomendación para que el órgano legislativo adopte una decisión
E: Recomendación para que la jefatura ejecutiva adopte medidas
□: Recomendación que no requiere la adopción de medidas por parte de esta organización

Efectos previstos:
a: mayor transparencia y rendición de cuentas; b: divulgación de las buenas/mejores prácticas; c: mayor coordinación y cooperación; d: mayor coherencia y armonización; e: mejor control y cumplimiento; f: mayor eficacia; g: ahorro financiero considerable; h: mayor eficiencia; i: otros.

* Como se describe en ST/SGB/2015/3.