



联合国
粮食及
农业组织

Food and Agriculture
Organization of the
United Nations

Organisation des Nations
Unies pour l'alimentation
et l'agriculture

Продовольственная и
сельскохозяйственная организация
Объединенных Наций

Organización de las
Naciones Unidas para la
Alimentación y la Agricultura

منظمة
الغذية والزراعة
للأمم المتحدة

S

COMITÉ DE FINANZAS

160.º período de sesiones

Roma, 2-6 de noviembre de 2015

Financiación del pasivo del seguro médico después del cese en el servicio

Las consultas sobre el contenido esencial de este documento deben dirigirse a:

Sra. Monika Altmaier

Directora de la Oficina de Recursos Humanos

Tel.: +39 06570 56422

Es posible acceder a este documento utilizando el código de respuesta rápida impreso en esta página. Esta es una iniciativa de la FAO para minimizar su impacto ambiental y promover comunicaciones más verdes. Pueden consultarse más documentos en el sitio www.fao.org.



RESUMEN

- La obligación de la FAO de abonar una parte de los gastos médicos de los jubilados —seguro médico después del cese en el servicio (ASMC)— se reconoce desde hace muchos años. La presentación de este pasivo en los estados financieros como parte de la aplicación por parte de la Organización de las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público (NICSP) ha puesto más claramente de manifiesto la cuestión del pasivo acumulado por la Organización y no financiado en relación con estas prestaciones.
- En su 157.º período de sesiones de marzo de 2015, el Comité de Finanzas examinó el documento FC 157/6 titulado “Valoración actuarial de las obligaciones relacionadas con el personal en 2014”, en el que se incluía información pormenorizada sobre la cuantía del pasivo acumulado respecto del ASMC a 31 de diciembre de 2014. El Comité reconoció la importancia de este asunto altamente complejo y recordó que el Comité lo había examinado y debatido periódicamente en sus períodos de sesiones anteriores. El Comité alentó a la Secretaría a seguir participando activamente en la búsqueda de una solución a esta cuestión en el marco del régimen común de las Naciones Unidas, en particular mediante su pertenencia al Grupo de trabajo sobre el pasivo del seguro médico después de la separación del servicio de las Naciones Unidas.
- En el presente documento se facilita información actualizada sobre los debates más recientes al respecto en el marco del sistema de las Naciones Unidas y se explica con mayor detalle una serie de opciones relacionadas con la financiación y contención de los costos del pasivo del ASMC.

ORIENTACIÓN QUE SE SOLICITA DEL COMITÉ DE FINANZAS

- Se solicita al Comité que examine la información presentada, y que ofrezca sus opiniones o brinde orientación al respecto.

Propuesta de asesoramiento

El Comité:

- **tomó nota de la información actualizada sobre la labor en curso del Grupo de trabajo sobre el seguro médico después de la separación del servicio de las Naciones Unidas;**
- **alentó a la Secretaría a continuar participando en el Grupo de trabajo a fin de estudiar las opciones adecuadas para que la FAO afrontara el déficit de financiación del pasivo del ASMC;**
- **instó a la Secretaría a continuar sus esfuerzos dirigidos a contener los costos del plan de seguro médico actual.**

A. Introducción

1. Desde el último período de sesiones del Comité de Finanzas celebrado en marzo de 2015, la Secretaría ha seguido esforzándose por encontrar una solución óptima a la cuestión del ASCM, por ejemplo, mediante debates llevados a cabo con las organizaciones del régimen común de las Naciones Unidas y la participación en el Grupo de trabajo sobre el seguro médico después de la separación del servicio de la Red de Presupuesto y Finanzas del Comité de Alto Nivel sobre Gestión en junio en Ginebra y en septiembre en Roma. La FAO ha sido un miembro activo del Comité Directivo del Grupo de trabajo.

B. Informe sobre los progresos realizados por el Grupo de trabajo sobre el seguro médico después de la separación del servicio de las Naciones Unidas

2. El Grupo de trabajo llevó a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo de toda la estructura de los planes, como los requisitos, la cobertura que se ofrece, los datos demográficos, los costos y las hipótesis utilizadas en las valoraciones.

3. El Grupo de trabajo presentó su informe sobre la base de cuatro pilares:

Pilar A: análisis de costos y disposiciones administrativas

Pilar B: examen del marco del seguro médico después de la separación del servicio del sistema de las Naciones Unidas

Pilar C: determinación y contabilización del pasivo

Pilar D: modalidades alternativas de financiación del pasivo

PILAR A: ANÁLISIS DE COSTOS Y DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS

4. En el Pilar A se abordan diversas cuestiones, entre las cuales se cuentan las siguientes: la diversidad de planes de seguro médico; el desarrollo de la capacidad interna en comparación con la contratación externa; los sistemas de seguro médico conjuntos y la consolidación a escala mundial; la comparación de las condiciones del seguro; los cambios estructurales a las condiciones del seguro; y los derechos adquiridos.

5. En el marco del Pilar A se presentaron las recomendaciones siguientes.

Recomendación 1: negociaciones colectivas con administradores de terceras partes

6. Los organismos de las Naciones Unidas deberían negociar con administradores de terceras partes de manera colectiva a fin de optimizar la fijación de los precios de los servicios administrativos y el acceso a redes. En apoyo de la negociación colectiva, los organismos del sistema de las Naciones Unidas deberían establecer y mantener una base de datos común que recogiera información demográfica y relativa a los planes, datos de las solicitudes de reembolso, condiciones de los acuerdos con los administradores de terceras partes, gastos de personal e información sobre fraudes.

Recomendación 2: negociaciones colectivas con proveedores de atención sanitaria

7. Los organismos con planes autoadministrados deberían determinar los ámbitos con un gran volumen de servicios o altos costos en los que las negociaciones colectivas con proveedores de atención sanitaria podrían dar lugar a un ahorro de material o a mejoras operacionales. Además, deberían elaborar procesos normalizados comunes que les permitieran negociar de forma colectiva con proveedores de atención sanitaria y redes de proveedores a fin de obtener un mejor acceso a una asistencia sanitaria de calidad y al mejor precio, así como de reducir al mínimo la volatilidad de los precios.

8. Estos organismos deberían realizar contribuciones a la base de datos común del sistema de las Naciones Unidas, establecer una base de datos común similar y facilitar información adicional sobre las prácticas de los proveedores de atención sanitaria, las condiciones de los acuerdos y las evaluaciones de la calidad.

Recomendación 3: exámenes de las suscripciones y negociaciones con las compañías aseguradoras

9. Con objeto de servir de base sólida para las condiciones de las aseguradoras que planteen problemas, los organismos con planes asegurados externamente deberían realizar exámenes periódicos de las suscripciones, cuyos resultados deberían compartirse en el marco del sistema de las Naciones Unidas a efectos de comparación.

PILAR B: EXAMEN DEL MARCO DEL SEGURO MÉDICO DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN DEL SERVICIO DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS

10. El Grupo de trabajo llevó a cabo su labor en el contexto de la adecuación social. En reconocimiento de la movilidad del personal del sistema de las Naciones Unidas, así como de los funcionarios jubilados y sus familias, la cobertura del seguro médico proporcionada bajo los auspicios de los organismos del sistema de las Naciones Unidas sustituye a la prestada por los sistemas de seguridad social nacionales primarios y los planes de seguro médico locales complementarios.

11. Al examinar las opciones para contener los costos de los seguros, el Grupo de trabajo llevó a cabo un estudio de alto nivel sobre los planes de salud nacionales de los Estados Unidos, Francia, Suiza, Italia y el Reino Unido. El objetivo del estudio era examinar si podría reproducirse en otros lugares la experiencia positiva de las Naciones Unidas en los Estados Unidos de aprovechar el programa Medicare solicitando a las personas aseguradas que cumplieran los requisitos que se afiliaran al Plan B de Medicare. Cuando procediera, los organismos del sistema de las Naciones Unidas podrían incorporar requisitos similares en sus planes de seguro médico, con lo que la cobertura del seguro médico después de la separación del servicio sería más eficaz en función del costo y su alcance no se vería perjudicado.

12. En el marco del Pilar B se presentaron las dos recomendaciones siguientes.

Recomendación 1: planes nacionales de seguro médico

13. Se debería pedir al Grupo de trabajo que continuara estudiando la viabilidad y las repercusiones financieras de la incorporación en los planes de seguro médico del sistema de las Naciones Unidas de la obligación de afiliarse, cuando procediera, a un plan nacional de seguro médico, así como que involucrara a los Estados Miembros en cuanto a la elegibilidad de los funcionarios, tanto actuales como antiguos, para la cobertura primaria en virtud de estos planes.

Recomendación 2: ampliación del mandato de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (CCPPNU)

14. Si bien la función de la CCPPNU, con inclusión de la División de Gestión de las Inversiones, no debería ampliarse, debería pedirse a la Caja, según la recomendación de la CCAAP¹, que compartiera sus métodos y su enfoque basado en las mejores prácticas relativos a la centralización y administración de un plan complejo multiinstitucional en el que los organismos del sistema de las Naciones Unidas optaran por proporcionar conjuntamente la cobertura del seguro médico después de la separación del servicio.

¹ Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto (CCAAP).

PILAR C: DETERMINACIÓN Y CONTABILIZACIÓN DEL PASIVO

15. El Grupo de trabajo experimentó dificultades a la hora de establecer la coherencia del pasivo del seguro médico después de la separación del servicio reconocido por los organismos del sistema de las Naciones Unidas representados en la encuesta. El Grupo de trabajo propuso que un subgrupo elaborara un enfoque de valoración actuarial común en relación con el pasivo del seguro médico después de la separación del servicio en todo el sistema de las Naciones Unidas.

16. El pasivo total del seguro médico después de la separación del servicio del sistema de las Naciones Unidas ha aumentado de los 12 100 millones de USD en 2012 a los 16 100 millones de USD en 2014. Este pasivo representa el valor actual de la parte devengada de las prestaciones futuras previstas que se abonan al personal en activo y jubilado medido al final de 2014 y contabilizado en virtud de las NICSP. Las obligaciones aumentan cada año debido al valor devengado de los derechos adicionales del personal en activo (“costo de servicio corriente”) y a un incremento del valor actual de las futuras obligaciones de las prestaciones definidas a medida que se aproximen a la liquidación (“costo de los intereses”). En principio, las obligaciones disminuyen al pagar los costos médicos del personal jubilado. A continuación se muestran estas obligaciones antes de deducir los fondos reservados para pagar por ellas.

Cuadro 1

Organismo	Sede	Total del pasivo contable (USD)	Fondos reservados para el pasivo (USD)	Fondos reservados para el pasivo (%)
FIDA	Roma	95 900 000	No proporcionado	No proporcionado
PMA	Roma	477 813 075	389 900 000	82 %
FAO	Roma	1 239 700 000	351 760 000	28 %
OMPI	Ginebra	156 500 000	84 600 000	54 %
OMS, CIIC, CICE, OPS, ONUSIDA, UNITAID	Ginebra	1 918 060 177	676 882 039	35 %
ACNUR	Ginebra	545 477 000	31 700 000	6 %
UIT	Ginebra	519 413 374	8 105 370	2 %
OIT	Ginebra	1 088 200 000	2 400 000	< 1 %
OMM	Ginebra	53 740 600	-	0 %
CCI	Ginebra	79 845 000	-	0 %
OMI	Londres	47 567 646	No proporcionado	No proporcionado
UNFPA	Nueva York	282 022 000	162 048 000	57 %
PNUD	Nueva York	1 141 510 000	500 000 000	44 %
UNICEF	Nueva York	1 081 081 000	390 092 000	36 %
Secretaría de las Naciones Unidas	Nueva York	5 552 538 000	-	0 %
OIEA	Viena	202 798 000	-	0 %
ONUDI	Viena	202 797 200	-	0 %
OACI	Montreal	112 000 000	1 000 000	1 %
OMC	Madrid	18 465 093	1 599 943	9 %
UNOPS	Copenhague	52 308 000	-	0 %
UNESCO	París	1 248 470 000	-	0 %
Total		16 116 206 165	2 561 947 352	17 %

17. En el marco del Pilar C se presentó la recomendación siguiente.

Recomendación 1: normalización de la metodología de valoración general y el establecimiento y ejecución de los principales factores de valoración del pasivo del seguro médico después de la separación del servicio

18. El Grupo de trabajo debería coordinar sus actividades con el Grupo de trabajo sobre normas de contabilidad de la Red del Comité de Alto Nivel sobre Gestión acerca de cuestiones financieras y presupuestarias a fin de armonizar tanto la metodología de valoración general del pasivo del seguro médico después de la separación del servicio como el establecimiento y la ejecución de los principales factores de valoración.

PILAR D: MODALIDADES ALTERNATIVAS DE FINANCIACIÓN DEL PASIVO

Opinión de la CCAAP sobre la financiación del pasivo del seguro médico después de la separación del servicio

19. Algunos organismos han acumulado activos para atender futuras obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio. Se ha determinado que los activos que los organismos representados en la encuesta del Grupo de trabajo reserven para cubrir el pasivo del seguro médico después de la separación del servicio asciendan a un total de casi 2 600 millones de USD, lo que tiene como resultado un déficit financiero en 2014 de aproximadamente 13 500 millones de USD, es decir, un 17,0 %.

20. Pocos organismos están financiando activamente los costos anuales en concepto de servicio e intereses que contribuyen en gran medida a aumentar el pasivo del seguro médico después de la separación del servicio. Si bien este enfoque tiene pocas repercusiones en el presupuesto a corto plazo, las consecuencias a más largo plazo son un aumento del volumen de financiación que deberá en última instancia desviarse del cumplimiento de los mandatos a la cobertura de este pasivo.

21. Algunos organismos han elaborado estrategias de inversiones y divisas armonizadas con el perfil de su pasivo. El Grupo de trabajo estudió la posibilidad de establecer un mecanismo interinstitucional para la inversión de reservas acumuladas con el propósito de cubrir el pasivo del seguro médico después de la separación del servicio. Para crear este fondo de inversiones se necesitarían, entre otros, el establecimiento de una gobernanza separada e independiente, directrices y políticas claras sobre inversión que tomen en debida consideración los riesgos, mecanismos de presentación de informes y de contabilidad independientes, auditorías independientes, y marcos de referencia. En espera de que el Grupo de trabajo examine con mayor detalle esta opción, los organismos pueden considerar la posibilidad de cooperar con los expertos de contraparte del sistema de las Naciones Unidas a fin de utilizar los acuerdos con gestores externos de activos para maximizar los resultados y minimizar los honorarios de gestión.

22. En el marco del Pilar D se presentaron las recomendaciones siguientes.

Recomendación 1: financiación del pasivo del seguro médico después de la separación del servicio

23. Los organismos deberían dejar de aplicar un enfoque basado en un sistema de reparto para adoptar otro de valores devengados en relación con su pasivo relativo al seguro médico después de la separación del servicio.

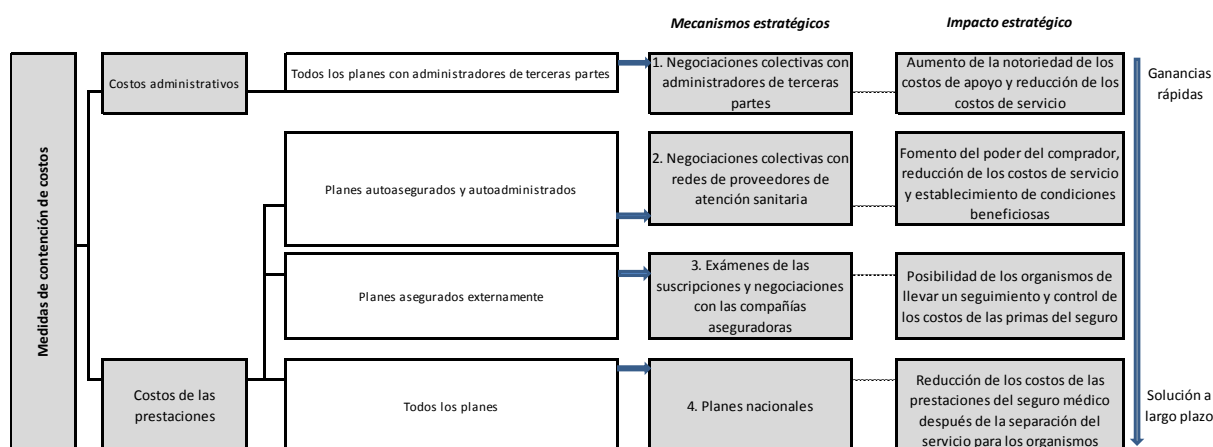
24. En un contexto más específico, los jefes ejecutivos deberían gestionar los fondos extrapresupuestarios para garantizar que no se cierre ninguna cuenta con un pasivo no financiado correspondiente al seguro médico después de la separación del servicio antes de liquidar el pasivo a través de la aplicación de los fondos disponibles al pasivo reconocido. Los organismos deberían considerar la posibilidad de incorporar al costo del empleado el costo normalizado del seguro médico después de la separación del servicio —a un costo de servicio mínimo más el interés correspondiente—. En el caso de las organizaciones evaluadas, los Estados Miembros deberían en el

futuro establecer que la totalidad de los costos correspondientes a los puestos sobre la base de los valores devengados se carguen a los presupuestos asignados y que se haga de manera escalonada a corto o medio plazo. Como alternativa, los Miembros y otras partes interesadas participantes deberían estudiar la posibilidad de realizar un pago único a los organismos para cubrir los déficits históricos de la financiación del seguro médico después de la separación del servicio.

Recomendación 2: inversión de reservas

25. En espera de que el Grupo de trabajo estudie el establecimiento de un mecanismo interinstitucional para la inversión de las reservas acumuladas con el propósito de cubrir el pasivo del seguro médico después de la separación del servicio, los organismos del sistema de las Naciones Unidas deberían, cuando procediera, cooperar a fin de utilizar los acuerdos vigentes con gestores externos de activos para maximizar los resultados y minimizar los honorarios de gestión.

26. En relación con otros asuntos, el Grupo de trabajo también ha analizado y propuesto diversas medidas de contención de gastos, que se presentan en la siguiente figura:



27. Durante las deliberaciones del Grupo de trabajo también se trataron las siguientes opciones respecto del seguro médico después de la separación del servicio.

Cuadro 2

Opción	Descripción
Mantener los planes actuales	Mantener 23 planes sin modificar su estructura, prestaciones, elegibilidad, etc. Poner en práctica los cuatro resortes de contención de costos. Exigir una financiación adecuada del pasivo corriente.
Reformar los planes actuales	Mantener 23 planes y ofrecer la consolidación voluntaria de algunos planes. Modificar los paradigmas de elegibilidad y prestaciones para nuevos afiliados en una fecha futura. Mantener los derechos adquiridos y las prestaciones de los participantes existentes. Elaborar un nuevo planteamiento con el que permitir la movilidad de los participantes existentes y participantes en el plan en todo el sistema de las Naciones Unidas. Exigir una financiación adecuada del pasivo corriente.
Elaborar un nuevo conjunto de planes	Armonizar los planes de seguros en un conjunto de planes para nuevos afiliados en una fecha futura. Gestionar los riesgos compartidos y la financiación de forma centralizada para permitir la movilidad en todo el sistema de las Naciones Unidas (tomando como modelo la CCPNU). Establecer nuevos paradigmas para la elegibilidad y las prestaciones para los nuevos afiliados. Preservar los derechos adquiridos para los participantes existentes y mantener a los participantes actuales en los planes actuales. Elaborar un plan de trabajo para la financiación y la exención/eliminación de los planes actuales a medida que se afilian nuevas personas en nuevos planes. Exigir una financiación adecuada del pasivo corriente.

C. Siguientes pasos para el sistema de las Naciones Unidas

28. El informe del Grupo de trabajo se presentará en la Asamblea General para que se tome una decisión acerca de los siguientes pasos.

Opciones de la FAO para hacer frente al déficit de financiación del ASMC

29. Cabe recordar que la FAO ya ha puesto en práctica algunas de las recomendaciones del Grupo de trabajo. Desde el 1 de enero de 1998, el pasivo acumulado respecto del personal en activo del Programa ordinario resultante de su servicio corriente ha sido financiado cada bienio con cargo a la consignación presupuestaria para ese Programa y se contabiliza en las cuentas oficiales. El costo de servicio corriente en relación con el personal dedicado a actividades extrapresupuestarias se ha imputado a los gastos del Fondo Fiduciario con los que se financian los proyectos y, por tanto, se sufraga con los ingresos de proyectos. Asimismo, la Conferencia ha aprobado cuotas bienales adicionales de los Miembros por valor de 14,1 millones de USD desde 2004-05 para hacer frente parcialmente al pasivo no financiado; estas cuotas son independientes de las consignaciones presupuestarias aprobadas para financiar el programa de trabajo y adicionales a ellas. En consecuencia, como se expone en el Cuadro 1, se han reservado fondos para aproximadamente el 28 % del pasivo contable total de la FAO.

30. En cuanto al déficit de financiación, la Secretaría propuso las opciones siguientes en el 156.º período de sesiones del Comité de Finanzas (FC 156/5), que no son mutuamente excluyentes y podrían combinarse en ciertos casos.

- a) Proporcionar financiación adicional para cubrir el pasivo
- b) Ajustar las disposiciones relativas a la estructura del plan y al reparto de los costos
- c) Adoptar medidas de contención de los costos
- d) Liquidar el pasivo a través de una aseguradora

31. Si bien en relación con las opciones a) y d) no se ha avanzado, la Secretaría está estudiando las siguientes medidas para ajustar las disposiciones relativas a la estructura del plan y al reparto de los costos.

1. Basar las primas del Plan básico de seguro médico (BMIP)/Plan complementario de asistencia médica (MMBP) en un porcentaje del sueldo neto o la pensión completa en lugar de en una prima fija de conformidad con la siguiente distribución porcentual sin límite.

Tipo de BMIP	Porcentaje
Individual	1,50 %
Funcionario + 1 persona a cargo	3,00 %
Funcionario + 2 personas a cargo	3,78 %
Funcionario + 3 personas a cargo	4,56 %
Funcionario + 4 personas a cargo	5,34 %

2. Contratar a nuevo personal de servicios generales sobre el terreno y cambiarlo del BMIP/MMBP al MICS A.

- a) El MICS A es un plan específico de seguro médico utilizado por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) para su personal de contratación local. El plan tiene menos beneficios y un límite muy bajo (60 000 USD frente a 1 millón en el BMIP).
- b) Las condiciones que deben cumplirse para afiliarse al MICS A se basan en la circular informativa ST/IC/2009/25 relativa a la clasificación de los lugares de destino y prestaciones especiales para funcionarios en lugares de destino designados. A efectos de suscripción al MICS A, todos los lugares de destino clasificados en la categoría H se mantendrán en el BMIP, mientras que el resto quedará recogido en el MICS A.
- c) Los lugares de destino que no se verán afectados por un cambio al MICS A son los siguientes: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Bulgaria, Canadá, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Japón, Letonia, Lituania, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, Rumania, Suecia y Suiza.

32. La Secretaría prevé seguir estudiando la posibilidad de hacer un uso combinado de los planes de salud nacionales y el plan de la FAO.

33. En países que dispongan de un sistema de asistencia sanitaria nacional con una cobertura razonable, el plan nacional podría constituir el plan primario y el plan de seguro de la FAO lo complementaría para ofrecer una cobertura adicional y cubrir las deficiencias en la cobertura del plan nacional. Es necesario analizar en mayor detalle la legislación nacional para estudiar esta posibilidad.