



Asamblea General

Distr. general
4 de mayo de 2007

Sexagésimo primer período de sesiones
Tema 117 del programa

Resolución aprobada por la Asamblea General el 4 de abril de 2007

[sobre la base del informe de la Quinta Comisión (A/61/592/Add.4)]

61/264. Obligaciones correspondientes a las prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio y financiación propuesta

La Asamblea General,

Recordando su resolución 58/249 A, de 23 de diciembre de 2003, la sección III de su resolución 60/255, de 8 de mayo de 2006, y su resolución 60/283, de 7 de julio de 2006,

Habiendo examinado el informe del Secretario General sobre las obligaciones correspondientes a las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio y la financiación propuesta¹ y el informe conexo de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto²,

1. *Toma nota* del informe del Secretario General¹;
2. *Toma nota también* del informe conexo de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto²;
3. *Recuerda* la sección II de su resolución 52/220, de 22 de diciembre de 1997, y observa con preocupación que la preparación del primer informe sobre el pasivo acumulado por concepto de prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio ha tardado más de siete años desde que la Asamblea aceptara la recomendación inicial formulada al respecto por la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto;
4. *Observa*, en ese sentido, que en ese ínterin aumentó significativamente el pasivo estimado por concepto de prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio, particularmente en valores devengados y actuariales;
5. *Observa también* el aumento de los costos del plan de prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio;
6. *Observa además* que las Normas Contables Internacionales para el Sector Público exigen que el pasivo acumulado y los gastos acumulados futuros de las

¹ A/61/730.

² A/61/791.

prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio se consignen en el cuerpo principal de los estados financieros y que este requisito es de aplicación independientemente de la financiación de esas obligaciones;

7. *Recuerda* el párrafo 3 de la sección III de su resolución 60/255, en la que reconoció las obligaciones devengadas por concepto de prestaciones posteriores a la separación del servicio presentadas por el Secretario General en su informe;

8. *Reconoce* que las obligaciones por concepto de prestaciones después de la separación del servicio se han acumulado con cargo a todas las fuentes de financiación;

9. *Reconoce también* la necesidad de determinar concretamente las fuentes de las que se derivan las obligaciones acumuladas por concepto de prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio;

10. *Pide* al Secretario General que valide el pasivo acumulado utilizando datos actualizados y aplique la metodología actuarial prescrita en las Normas Contables Internacionales para el Sector Público, y que le presente, a más tardar durante la parte principal de su sexagésimo tercer período de sesiones, un informe detallado, con cifras comprobadas por la Junta de Auditores, sobre los resultados de la validación y la situación del pasivo, así como información adicional sobre las opciones de financiación;

11. *Reconoce* la complejidad de la cuestión y el monto considerable de las obligaciones, y pide al Secretario General que presente estrategias a largo plazo, teniendo en cuenta las diversas opciones de financiación y que la informe al respecto a más tardar durante la parte principal de su sexagésimo tercer período de sesiones;

12. *Aprueba* las modificaciones introducidas en las disposiciones sobre el seguro médico después de la separación del servicio aplicables a los nuevos funcionarios contratados el 1º de julio de 2007 o después de esa fecha, que consisten en:

a) La adaptación de los requisitos para tener derecho al seguro médico y a la subvención a una afiliación mínima de diez años a los planes de seguro médico de las Naciones Unidas, suprimiendo la opción de adquisición de derechos después de cinco años de afiliación;

b) La aplicación de una pensión teórica correspondiente a un mínimo de veinticinco años de servicio como base para evaluar las aportaciones de los jubilados, en lugar de utilizar el número real de años de servicio cuando ese número sea menor de veinticinco años;

c) La introducción de un requisito de afiliación mínima para que las personas a cargo tengan derecho al seguro médico después de la separación del funcionario, consistente en un período mínimo de cinco años de afiliación en el momento de la jubilación del funcionario de las Naciones Unidas, o de dos 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 en ese período y se hayan afiliado dentro del plazo de treinta días a partir de la fecha efectiva de adquisición de la condición de persona a cargo;

13. *Pide* al Secretario General que le presente un informe sobre las medidas encaminadas a reducir los gastos de la Organización por concepto de planes de seguro médico;

14. *Decide* aprobar el establecimiento de una cuenta especial independiente para registrar las obligaciones acumuladas por concepto de prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio y contabilizar las transacciones conexas;

15. *Pide* que se presente más información y análisis exhaustivos que se basen, entre otras cosas, en los resultados de la evaluación actuarial del plan de seguro médico de las Naciones Unidas después de la separación del servicio al 31 de diciembre de 2007, y que aborden las cuestiones siguientes:

a) Las ventajas y desventajas que entrañaría para los Estados Miembros la opción de sufragar los costos del programa de seguro médico después de la separación del servicio con cargo a los ingresos corrientes, en comparación con la opción de reservar fondos para financiar esas obligaciones;

b) Las proyecciones sobre el porcentaje de personal de las operaciones de mantenimiento de la paz que tendrá derecho a prestaciones de seguro médico después de la separación del servicio, teniendo en cuenta, en la medida posible, las modalidades de la carrera del personal de las misiones de mantenimiento de la paz;

c) Los niveles diferenciados del porcentaje imputable a los costos de los sueldos que se aplicarían a las distintas fuentes de financiación, incluidos el presupuesto ordinario, los presupuestos de mantenimiento de la paz y los fondos extrapresupuestarios, teniendo en cuenta, en la medida posible, las diferentes modalidades de la carrera del personal cuyos gastos se sufragan con cargo a esas fuentes, que serían suficientes para financiar las obligaciones del seguro médico después de la separación del servicio de manera predecible y sin constituir una reserva;

d) La opción de la financiación parcial de las obligaciones;

e) La opción de la financiación total de las obligaciones por un período más largo de lo previsto en el informe del Secretario General;

f) La parte del pasivo acumulado actual que corresponde a las distintas categorías de beneficiarios de todas las fuentes de financiación, a saber, los funcionarios jubilados, los empleados en funciones que pueden acogerse a la jubilación, y los empleados en funciones que no pueden acogerse a la jubilación, así como varias opciones para hacer frente a esas obligaciones relativas al seguro médico después de la separación del servicio;

g) Un fondo de reserva para el seguro médico después de la separación del servicio y sus correspondientes estrategias de inversión;

16. *Destaca* la importancia de examinar más detenidamente esta cuestión y decide volver a ocuparse de ella, con carácter prioritario, en su sexagésimo tercer período de sesiones, a la espera de la validación del pasivo acumulado por concepto de seguro médico después de la separación del servicio y su comprobación por la Junta de Auditores.

*93ª sesión plenaria
4 de abril de 2007*