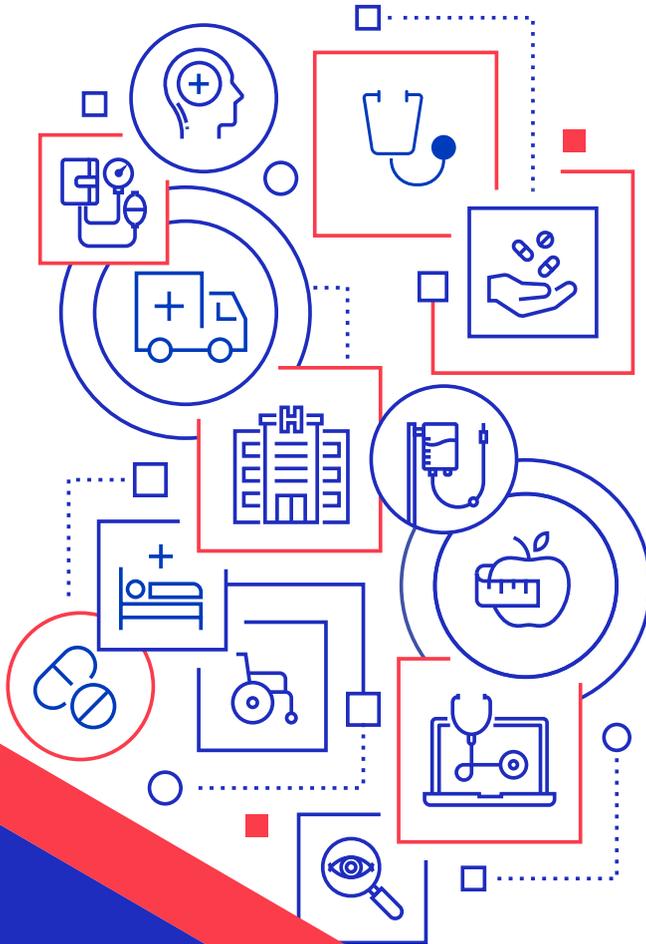




Organización
Internacional
del Trabajo



► Cien años
de salud mutual





**Cien años
de salud
mutual**

Prólogo

Estimadas y estimados asegurados:

El año 2022 marca el centenario de la Caja del Seguro de Salud del Personal (CSSP) de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), creada en diciembre de 1922, tres años después de establecerse el mandato de protección social de la OIT, pero antes de que se adoptara la primera norma internacional del trabajo sobre el “seguro de enfermedad”. Con ocasión de esta celebración, el Comité de Administración de la CSSP se complace en presentarles este folleto sobre el origen, la historia y las características principales de la Caja.

En sus 100 años de existencia, la CSSP ha evolucionado, pasando de ser un sistema de seguro de salud inicialmente disponible solo a los funcionarios en ejercicio de la sede, a dar cobertura a todos los funcionarios de Ginebra y en el terreno, a los antiguos funcionarios, independientemente del lugar donde vivan, así como a sus familias. Poner a disposición del personal en el terreno una atención médica de calidad ha sido una esfera de acción prioritaria para la CSSP, que se ha mantenido fiel a sus principios fundadores: la solidaridad entre las personas aseguradas en diferentes situaciones cualesquiera sean sus ingresos, su estado de salud y su edad, y la gobernanza conjunta a través de representantes del Director General y de los representantes de las personas aseguradas.

Después de 100 años, la CSSP sigue siendo una entidad de seguro de salud financieramente sólida y sin ánimo de lucro en el sistema de las Naciones Unidas. Ofrece una cobertura sanitaria mundial a 13 000 personas aseguradas y es accesible en línea en todo momento y desde cualquier lugar.

Esperamos que los beneficiarios actuales y futuros disfruten mucho del relato que el folleto realiza sobre el importantísimo papel de la CSSP para dar cobertura de seguro al personal de la OIT, sus familias y los antiguos funcionarios. El contexto actual y los retos socioeconómicos hacen que este papel sea aún más importante. El compromiso de todas las personas aseguradas será esencial en los próximos años para dar forma al futuro de la CSSP y garantizar su sostenibilidad.

Tilmann Geckeler

Presidente

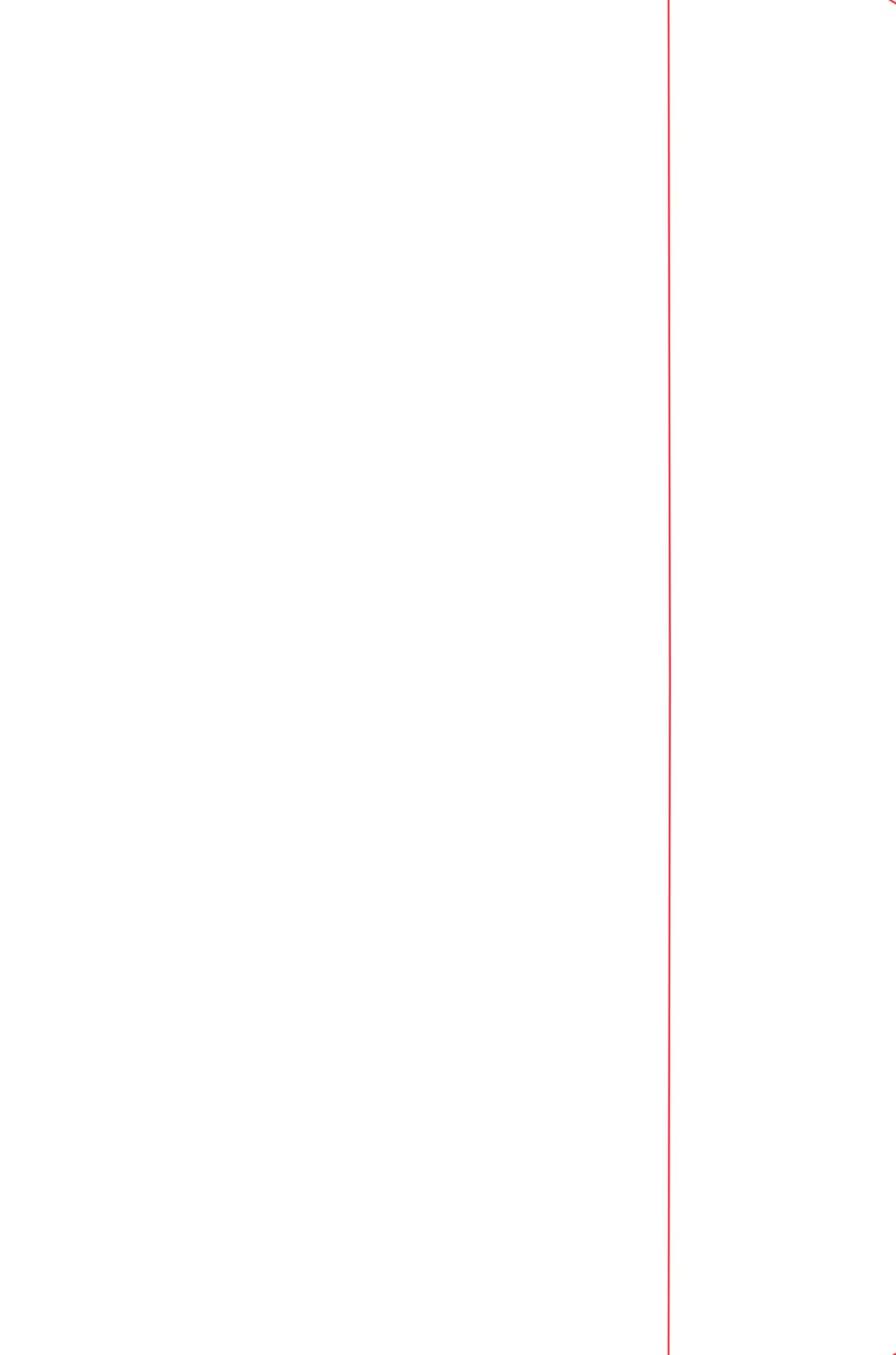
En nombre del Comité
de Administración
de la CSSP

Agradecimientos

Deseamos agradecer a Dorothea Hoehker, responsable de la investigación histórica y principal autora del presente folleto. Pierre Sayour aportó reflexiones sobre la solidaridad y el seguro de salud, y Luca Bormioli proporcionó un panorama general de la CSSP y las observaciones introductorias y finales. Agradecemos también la amable colaboración de Remo Becci y Jacques Rodriguez, de los archivos de la OIT, así como de Heather Harris, Bojan Kochankovski, Corinne Michoud y Lan Xu por su amable apoyo. Patrick Bollé, Karen Emmons, Elisabeth Fombuena y Patricia Pihen se aseguraron de que este folleto fuera de fácil lectura en sus respectivos idiomas.

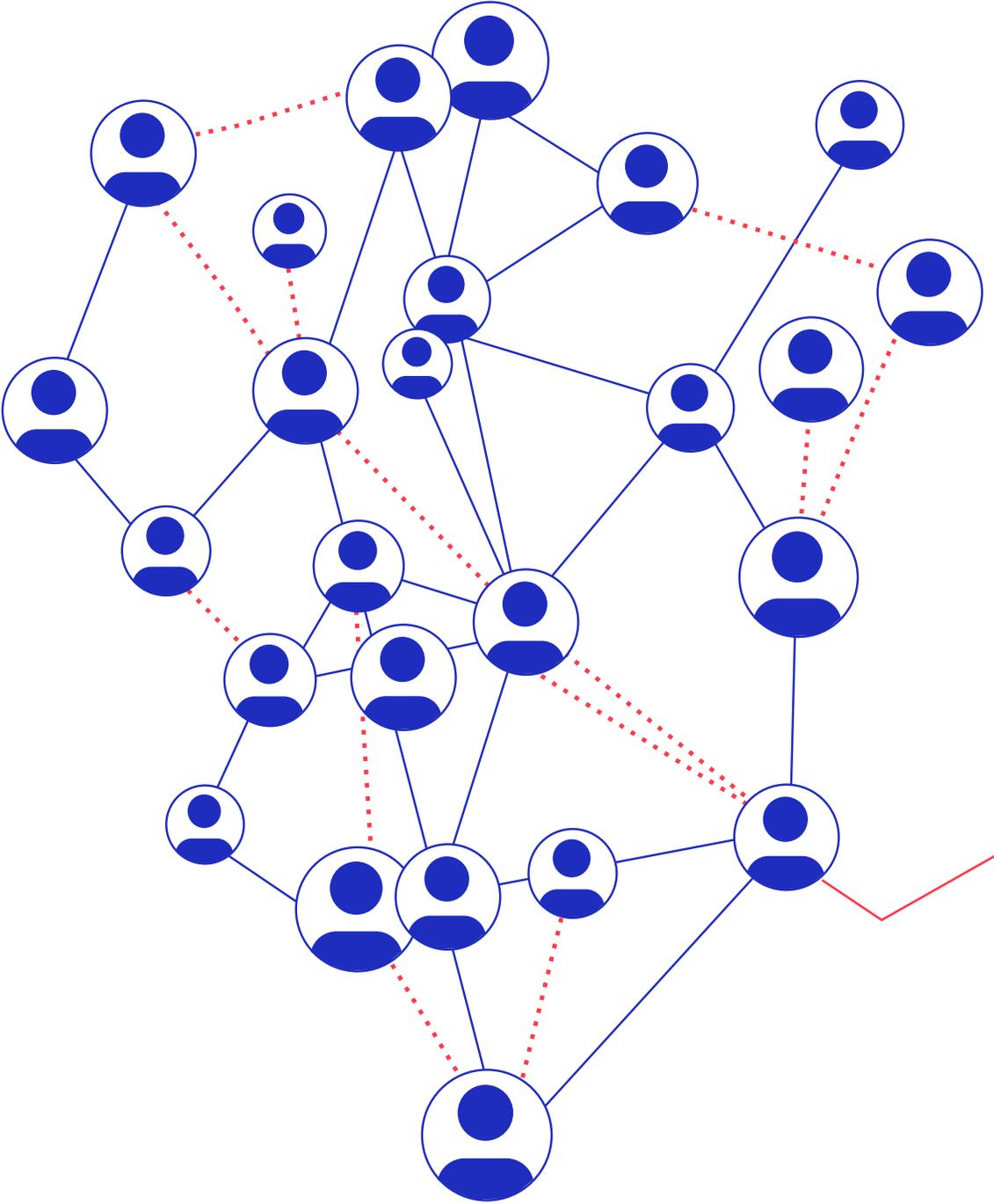
Florian Léger

Secretario Ejecutivo
de la CSSP



Índice

Prólogo	5
Agradecimientos	7
1 Introducción.....	11
2 La CSSP en pocas palabras.....	15
3 Cien años: Una mirada retrospectiva	21
3.1. Solidaridad y protección de la salud: Reflexiones sobre la CSSP	23
3.2. La protección del personal de Ginebra: Los primeros años de la Caja de Seguro de Salud de la OIT (1922-1928).....	26
3.3. Adaptación a la crisis y a la guerra (1929-1949)	40
3.4. Hacia un seguro de salud universal de la OIT (1950-1976).....	50
3.5. Tiempo tormentoso y ajustes necesarios (1977-2000)	68
3.6. Mantener el rumbo: La CSSP en el siglo XXI	75
3.7. Un vistazo a las cifras y las tendencias.....	83
4 Agradecimientos a la CSSP: Tres testimonios.....	89
5 Reflexiones finales para los próximos 100 años.....	93



1

Introducción

Esta publicación describe características notables y destacadas de la Caja del Seguro de Salud del Personal (CSSP) de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) con una perspectiva histórica y remontándose hasta su creación. Explica las características singulares y las ventajas distintivas de la cobertura del seguro de salud disponible para el personal de la OIT en todo el mundo a través de un sistema mutualista eficiente que ha estado en vigor durante cien años.

La publicación revela una historia de la CSSP hasta ahora sin narrar, y el modo en que se adaptó a una OIT en evolución y a las necesidades cambiantes de los miembros del personal, manteniéndose fiel a los principios de solidaridad basados en los valores de la OIT. Describe cómo la CSSP adaptó su política de cobertura para hacer frente a los cambios en la sociedad civil moderna y atender a las necesidades de seguro de salud de estructuras familiares nuevas. Concluye con algunas cifras y gráficos sobre la afiliación, los ingresos y los gastos a fin de ilustrar algunas tendencias a largo plazo.

En conmemoración de un siglo de funcionamiento, el folleto incluye el testimonio de tres personas aseguradas que comparten su experiencia reciente con la CSSP. Por último, con el ánimo de mirar hacia el futuro, concluye con algunas reflexiones sobre nuevos retos y posibilidades de mejora.

2

La CSSP en pocas palabras

¿Cómo funciona?

La CSSP proporciona un seguro de salud para funcionarios en ejercicio y jubilados de la OIT que reúnen los requisitos necesarios y para sus familias. Se administra internamente y se financia mediante contribuciones deducidas del salario o de la pensión, complementadas por la OIT, a partes iguales en el caso del personal en ejercicio, y en una proporción superior en el caso de las personas jubiladas.

Hoy en día, la CSSP ofrece una cobertura mundial de los gastos médicos incurridos para proteger la salud en caso de enfermedad, accidente, maternidad y atención preventiva. La afiliación es obligatoria para los miembros del personal, así como para los familiares a cargo que cumplen los requisitos. También existe la posibilidad de afiliación voluntaria para miembros de la familia no a cargo. Al jubilarse, el funcionario puede optar por seguir asegurado en la CSSP siempre y cuando reúna las condiciones de admisión respecto de la edad y la duración del servicio.

Un seguro de salud basado en la solidaridad

La CSSP es una entidad mutualista sin ánimo de lucro. La solidaridad es el fundamento de las organizaciones mutuales de salud. Esto significa, en primer lugar, solidaridad, o condiciones compartidas, entre las personas afiliadas más prósperas y las menos prósperas. Las cotizaciones a la CSSP son proporcionales a los medios económicos de cada asegurado (porcentaje del salario o de la pensión), teniendo en cuenta la composición de la familia. La afiliación obligatoria garantiza que todos los miembros del personal de la OIT que reúnan los requisitos necesarios tengan acceso a las mismas prestaciones

de atención de salud, independientemente de su grado, sus funciones o su lugar de trabajo.

En segundo lugar, representa la solidaridad entre los miembros sanos y los enfermos. Por lo tanto, las cotizaciones no dependen del riesgo que corra el miembro, y la CSSP no prevé exclusiones por dolencias preexistentes. En la práctica, esto se traduce en una tercera forma de solidaridad, entre los afiliados jóvenes y los mayores, puesto que el riesgo de enfermedad aumenta con la edad. La CSSP cuenta con un fondo de garantía de varios millones de dólares de los Estados Unidos, activos suficientes a los que puede recurrir para cubrir sus obligaciones a mediano plazo. Su cartera de inversiones está gestionada por expertos financieros externos contratados bajo la supervisión de la OIT.

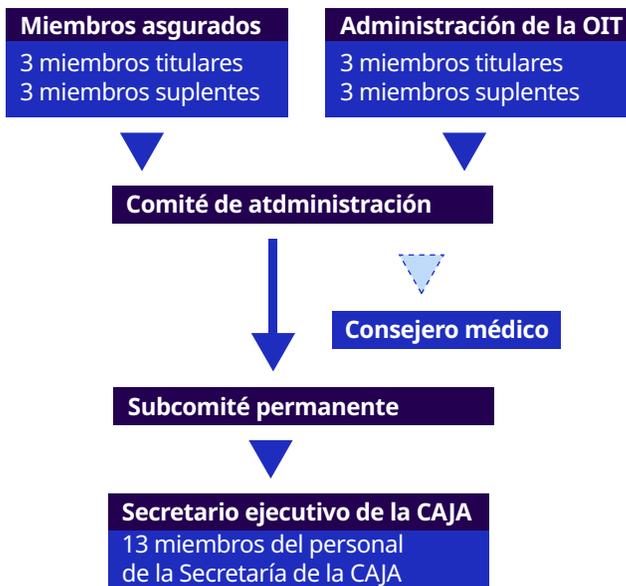
Libre elección de proveedores de servicios médicos en todo el mundo

Las personas aseguradas por la CSSP son libres de elegir el proveedor de servicios médicos que consideren indicado, para luego solicitar el reembolso de los gastos médicos según el baremo de prestaciones aplicable. Si bien la CSSP tiene acuerdos específicos con una gama seleccionada de proveedores de servicios de salud en todo el mundo, la persona asegurada no está obligada a utilizar un proveedor específico. La CSSP cuenta con un Consejero Médico designado por el Comité de Administración, para garantizar que se apliquen debidamente las condiciones previstas en el baremo de prestaciones aprobado. Ejerce esta función un médico

externo cualificado totalmente independiente del Consejero Médico de la OIT.

Gobernanza singular

El Comité de Administración dirige la CSSP. Este está compuesto por seis representantes elegidos por todos los miembros del personal asegurados de la Caja y por un número igual de representantes de la administración de la OIT designados por el Director General. La OIT administra las operaciones de la CSSP, incluidas las transacciones financieras, la contabilidad y las inversiones. A cargo de la relación con las personas aseguradas por la CSSP está su Secretaría, con sede en la OIT de Ginebra, que también se encarga de la tramitación de las solicitudes de reembolso. Las operaciones de la CSSP, así como sus cuentas y transacciones financieras, están sujetas a auditorías periódicas por parte de los auditores externos e internos de la Oficina.





Contactar la CSSP: +41.22.799.88.18

✉ SHIF@ilo.org para sus solicitudes de reembolso y sus coberturas

✉ SHIFOnline@ilo.org para sus solicitudes sobre SHIF Online

✉ shifmedicaladviser@ilo.org para sus solicitudes medical

✉ shifaffiliations@ilo.org para sus solicitudes de registro

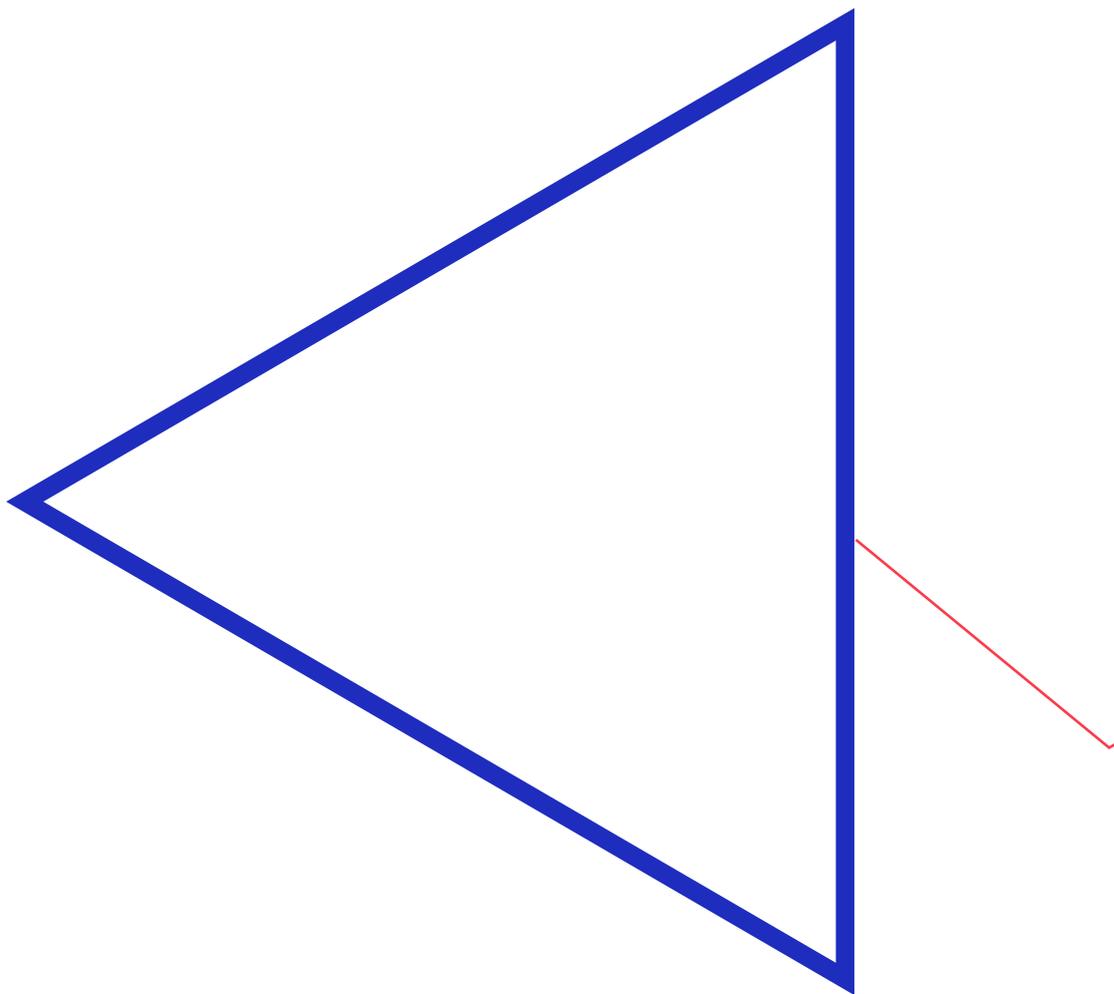
✉ servicedesk@ilo.org para sus preguntas técnicas relacionados con SHIF Online (jubilados)

Portal del service desk [✉](#) para sus preguntas técnicas (personal)

 **Centro de llamadas de la Caja** [✉](#)

Por favor, haga clic aquí para ponerse en contacto con el centro de llamadas de la Caja (todos los días laborables de 9:30 a 12:00 y de 14:00 a 16:30, hora de Ginebra).

Desde 2019 (2020 para los jubilados), los miembros asegurados de la CSSP pueden presentar sus solicitudes de reembolso y acceder a su información electrónicamente con SHIF Online.



3

Cien años: Una mirada retrospectiva



De 1920 a 1926, la OIT ocupaba este edificio, hoy sede del Comité Internacional de la Cruz Roja. © OIT

► 3.1 Solidaridad y protección de la salud: Reflexiones sobre la CSSP

“La seguridad social es algo primordial para millones de personas. Es un asunto demasiado serio como para dejar que la ideología o el ánimo de lucro se antepongan al sentido común y a la experiencia. No olvidemos que la protección social no es un lujo. Es un derecho humano fundamental, consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en 1966 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Y [...] la protección social sigue siendo uno de los mandatos fundamentales de la Organización Internacional del Trabajo.” – **Manuel Simón**

Manuel Simón, es un dirigente sindical español que en 2000 escribió esa declaración en la revista de la OIT “Workers’ Education”. El seguro de salud es la culminación de una larga historia de progreso social. ¿Pero es el seguro de salud un derecho? ¿Es obvio que debe adoptar la forma de un sistema mutualista o cooperativo?

El concepto de una sociedad mutual o cooperativa se remonta a la antigüedad. La vida social y los ingresos modestos inspiraron la necesidad de la ayuda mutua. Este mecanismo puede rastrearse hasta el sistema agrícola colectivo de Babilonia, en las hermandades de asistencia y enterramiento de la antigüedad romana y en los compañeros que construyeron el Templo de Salomón en Jerusalén (940 a.C.). La Europa noroccidental y sus gremios o cofradías de artesanos crearon organizaciones solidarias ya en el siglo XI. La protección de la salud de los trabajadores fue una adición posterior a este modelo. La promoción del bienestar general citada

en el preámbulo de la Constitución de los Estados Unidos de América de 1787 es la primera referencia a un objetivo constitucional.

Las sociedades de ayuda mutua y otras formas de solidaridad colectiva se desarrollaron en Europa a lo largo del siglo XIX. Con el despliegue de la industrialización, estas sociedades a menudo no lograron hacer frente a la consiguiente miseria social generalizada. Un número creciente de trabajadores de la industria y la agricultura estaba expuesto a la pérdida de seguridad económica a consecuencia de enfermedad y accidente, mientras que el acceso asequible a la asistencia sanitaria seguía siendo en gran medida un privilegio de las clases más ricas de la población.

Para evitar el descontento social y restar impulso al movimiento obrero, el Imperio Alemán, y más concretamente el canciller Otto von Bismarck, introdujo en 1883 un sistema de seguro de salud mutualista controlado por el Estado. Era obligatorio y incluía, entre otras cosas, el reembolso de los gastos médicos la asistencia a las mujeres en el parto y un subsidio por fallecimiento. Bismarck amplió el concepto, y unos años más tarde introdujo el seguro de accidentes, seguido del seguro de vejez y discapacidad. Los reformistas sociales y muchos gobiernos de Europa tomaron como modelo los sistemas de seguro social alemanes. Los principios en los que se basaban eran nuevos e innovadores: colectivizar el riesgo individual, redistribuir la responsabilidad entre empleadores y trabajadores y utilizar las competencias actuariales para determinar las cotizaciones y las primas.

El establecimiento de un “seguro de enfermedad”, como se denominaba en aquella época, para los miembros del personal de la OIT se enmarcaba en esta lógica, aunque su aplicación a una organización internacional con empleados trabajando en todo el

mundo era una novedad y sigue siendo un reto particular.

En su primera edición, el reglamento relativo a los seguros, de fecha 1o de diciembre de 1922, estipulaba en su artículo 1: “El objeto de la Caja de Seguros del Personal de la Oficina Internacional del Trabajo es conseguir para sus miembros, con la ayuda económica de la Oficina Internacional del Trabajo, prestaciones para el caso de enfermedad o accidente. La Caja tiene también por objeto la prevención de las enfermedades mediante el fomento de medidas profilácticas para la mejora del estado general de la salud del personal.” Resulta interesante observar que el artículo 11 establece también: “Cada afiliado tendrá derecho a la libre elección de su médico”.

Al leer la edición más reciente de los Estatutos y el Reglamento Administrativo de la Caja del Seguro de Salud del Personal, se aprecia que estos principios rectores siguen siendo los mismos. El principio de libre elección se aplica incluso hoy en día a todos los médicos, farmacéuticos y establecimientos médicos, desde hospitales y clínicas privadas hasta las instituciones de cuidados de larga duración.

La historia de la CSSP guarda estrecha relación con la visión de justicia social de la OIT, que incluye el objetivo de una protección social adecuada y, más concretamente, la protección de la salud de los trabajadores. Este objetivo quedó consagrado en la Constitución de la OIT de 1919; se definió como un derecho universal en la Declaración de Filadelfia de 1944; quedó detallado en varios Convenios y Recomendaciones, y se reafirmó en la Declaración de la OIT sobre la Justicia Social para una Globalización Equitativa, de 2008, y en la Declaración del Centenario de la OIT para el Futuro del Trabajo, de 2019.

En reconocimiento de ese fundamento de justicia social, este folleto les conduce ahora por un recorrido histórico en el que se destacan momentos importantes de la historia de la CSSP. Pone de manifiesto esa conexión y, por lo tanto, permite apreciar la forma en que la política social internacional de la OIT ha sido determinante para el moderno seguro de salud de la CSSP actual.

► 3.2. La protección del personal de Ginebra: Los primeros años de la Caja de Seguro de Salud de la OIT (1922-1928)

Tras el final de la Primera Guerra Mundial, el Tratado de Versalles estableció la Sociedad de las Naciones y la OIT como organismo autónomo. La sección XIII del Tratado se convirtió en la primera Constitución de la OIT. En el Preámbulo quedó consagrada “la protección de los trabajadores contra las enfermedades generales o profesionales y los accidentes resultantes del trabajo”.

Una iniciativa del personal

La secretaría permanente de la OIT, la Oficina Internacional del Trabajo, se trasladó a Ginebra desde Londres a finales de 1920. En aquella época había un sufrimiento generalizado debido a la gran pandemia de gripe de 1918. El recién creado Comité del Personal (que más tarde se convertirá en el Sindicato del Personal) tomó la iniciativa de crear un sistema de seguro de salud para el personal. Al presentar el sistema, y refiriéndose a la cuarta ola de la pandemia en el invierno de 1920, declaró:



Una mecanógrafa utiliza mascarilla durante la gran pandemia de gripe, Nueva York, 1918. © Wikipedia

“La epidemia que está teniendo lugar en Ginebra y los consiguientes gastos adicionales por asistencia médica entre muchos miembros del personal, han puesto de manifiesto más que nunca la ausencia de un sistema de seguro de enfermedad .”

Royal Meeker, economista estadounidense y director de la División Científica de la OIT apoyó inmediatamente la idea. Convenció al Director de la OIT, Albert Thomas, de que el personal no debía pagar los gastos médicos con su salario. En su opinión, estos gastos eran una carga, especialmente para el personal administrativo de menor rango, que en la mayoría de los casos eran mujeres: “El efecto de esta práctica es desmoralizador”, le dijo Meeker a Albert Thomas.



Jean-Pierre Seiler en 1921. © OIT

En 1921, y a petición del Comité del Personal, el Servicio del Seguro Social de la OIT presentó el primer borrador de un conjunto de normas para el sistema de seguro de salud. El autor del proyecto era Jean Pierre Seiler, un experto en seguros sociales de Ginebra.

La utilización de una compañía suiza para cubrir a los empleados de la OIT era imposible por dos razones: en primer lugar, los sistemas de seguro suizos no podían adaptarse al funcionamiento de una organización internacional, que necesitaba una cobertura para los accidentes y las enfermedades que pudieran producirse cuando los empleados se encontraran en el extranjero. En segundo lugar, las mutuales suizas de salud solían estar subvencionadas por el Estado, que ofrecían a las personas con escasos recursos alguna garantía, aunque fuera modesta, para cubrir los gastos médicos.

Seiler propuso entonces un sistema basado en la legislación suiza, que adoptara la forma de una sociedad cooperativa con afiliación voluntaria, libre elección de médicos y prestaciones para los funcionarios y, en una categoría aparte, sus familias. La contribución económica debía provenir a partes iguales de la Administración de la OIT y de los miembros del personal.

Siguiendo la Sociedad de las Naciones

Seiler también trabajó con la Secretaría de la Sociedad de las Naciones, que a partir de enero de 1922 puso en marcha su propio seguro de salud. Adoptaba un modelo diferente, pero se basaba en

principios similares: gobernanza democrática, contribución del empleador y libre elección de médicos. De suma importancia fue que el seguro hubiera demostrado su utilidad durante el principio del año 1922, cuando muchos funcionarios enfermaron. El seguro de la Sociedad de las Naciones presentó una segunda opción para los empleados de la OIT.

A continuación, una tercera propuesta – interna – recomendaba ayudar económicamente al personal de menor rango de la OIT exclusivamente, y establecer un servicio médico, en lugar de crear un sistema de seguro. Tras debatir el asunto, la Administración de la OIT redactó su propia propuesta. Integraba diversos elementos, pero se asemejaba en la mayoría de los puntos al sistema de la Sociedad de las Naciones. El sistema propuesto era independiente de la legislación suiza, por lo que se ajustaba mejor al carácter internacional de la labor de la OIT. Sin embargo, a diferencia del modelo de seguro de salud de la Sociedad de las Naciones, el sistema de la OIT no incluía a los miembros de la familia.

La similitud del sistema propuesto con el de la Sociedad de las Naciones tranquilizó al Consejo de Administración de la OIT, que en abril de 1922 dio luz verde a la transferencia de los fondos necesarios para poner en marcha el seguro de salud de la OIT. Unos meses más tarde, en septiembre, el Sindicato del Personal organizó un referéndum, y el proyecto de reglamento del nuevo sistema de seguro fue aprobado por el personal de la OIT.

La Asamblea General constitutiva tuvo lugar el 15 de diciembre de 1922. El 1o de diciembre de 1922 entró en vigor – con efecto retroactivo - el Reglamento provisional de la nueva “Caja de seguros de enfermedad y de accidente del personal de la Oficina Internacional del Trabajo”.



F. H. Jullien, phot. Genève

COMITÉ DU SYNDICAT DU PERSONNEL

Fuss Lafrance M^{lle} Lormine Baumstark Boisnier 1922 Sanger de Roode M^{lle} Freund Weaver

El Comité del Sindicato del Personal de la OIT en 1922. La investigadora británica Sophie Sanger (cuarta por la derecha) y Jan de Roode, sindicalista holandés (tercero por la derecha) eran representantes del personal y desempeñaron un papel activo en la creación del seguro de salud del personal de la OIT. © Archivos de la OIT

El nuevo seguro de salud de la OIT se basaba en el principio democrático de autogobierno, con representantes del personal elegidos por la Asamblea General y representantes de la Administración de la OIT, nombrados por el Director (posteriormente Director General) en el Comité Ejecutivo. Toda modificación del Reglamento debía ser aprobada por el Director de la OIT y, en lo que respectaba a las cuestiones financieras, por el Consejo de Administración. Los primeros estatutos estipulaban, además, la financiación del seguro de salud mediante las cotizaciones de los afiliados y una subvención de la Administración. Las versiones posteriores son más precisas: la cantidad aportada por la Administración debía ser igual a la de los afiliados. Este importante principio de responsabilidad

financiera compartida a partes iguales hoy sigue vigente. Los Estatutos también estipulaban la constitución de un fondo de garantía con una cantidad fija por persona afiliada, y la responsabilidad estatutaria del Comité de reconstituirlo cada vez que callera por debajo del nivel mínimo definido.

En enero de 1923 entró en funciones el primer Comité Ejecutivo. Lo componían nueve personas, dos nombradas por el Director en representación de la Administración y siete elegidas por los afiliados al sistema del seguro de salud. Procedían de diferentes categorías de personal y dos eran mujeres.

Desde entonces y hasta hoy, los principios democráticos del seguro de salud de la OIT en lo esencial no han cambiado. Sin embargo, con el tiempo, las responsabilidades del Comité de Administración, como se denomina hoy, se ampliaron, y ulteriormente sustituyó a la Asamblea General como órgano supremo de adopción de decisiones de la CSSP. Ahora, su composición es también más equilibrada que en los primeros años, pues tanto las personas aseguradas como la Administración están representadas por tres miembros titulares y tres suplentes.

MINUTE SHEET.

Members

Reference _____

Insurance Scheme

Abramson	Deyzoe	Klaiber	Rodgers
Aebi	Others	Knott	a. Tonlet
Ailland	Dickinson	Koehler	7. Tonlet
Argentier	Domarego	Labarre	Sagnant
Asari	Donsee	LaFrance	Salette
de Bar	M. Duresat	Lampe	de Salis
Barillet	Mlle. Duresat	Lapp	Sauger
Baumeister	Dufour	Laverriere	Kavaz
Becher	Dupuis	Lavillard	Secretary
Bellaby	Mme. Durel	Lebrun	Seiler
Bemberon	M. Durel	Lepois	Securo
Benson	Duit	Leron	Simmons
Bernades	Edwards	Lepois	Sorel
Beutler	Elision	L'hommeleis	Spiller
Bleloch	Fabersch	Lille	Spreat
Boisvies	Fabri	Forsch	Schapple
Boisseau	Farguher	Fombardis	Schlesep
Boncompagni	Faugner	Fong	Schmuntz
Bougar	Ferenci	Fouhony	Mlle. Schwaider
Brocher	M. Fleury	Maerae	Schwaider
Bucher	Franchiger	Healan	Schaut
Bungard	Fuchs	Mandalle	Mr. Stacey
Burge	Fuss	Martwicks	Stack
Caldwell	Gallone	Martuis	Stapleton
Carlton	Garcia	Martin	Stead
Carozzi	Gaste	Matis	Stein
O'Carroll	Germener	Matthei	Stevenson
Catlin	Goeh	Mention	Stoecklin
Cezan	Goel	Mesquet	Tair
Chadwick	Gondal	Mlle. Meunier	Tapia
Chanand	Goujon	M. Meunier	Tarella
Chevannes	Graf	Nichelet	Terentoff
	Graham	M. Milhaud	Thelin
	Grisham	Ed. Milhaud	Thorsen
	Grisé	Mme. Milhaud	Thudrehn
		Mlle. Molit	Tupier
		Mollat	Mudersill
		Mouvier	Heteri
		Morgan	Varaz
		de Motta	Vitalonga
		Muech	Vicens
			Vuillebillé
			Waller
			Weaver
			Mrs. Weaver
			Westman
			Wilson
			Woods
			Zabruska

In enero de 1923, el seguro de salud de la OIT contaba con 222 afiliados. © OIT

Chéban	Quening	hison
Chew	Haan	Oshaus
M. Clottu	Hage	Ostrowsky
M. Clottu	Harrison	Ottel
Collins	Hayer	Pahud
		di Pal

Médicos y enfermeras

En 1923, dos médicos establecidos en Ginebra, el Dr. Léon Weber-Bauler y la Dra. Henriette Saloz-Joudra, ambos nacidos en Rusia, fueron nombrados médicos de la Oficina .

Ambos profesionales realizaban el examen médico obligatorio de ingreso de los nuevos miembros del personal, así como exámenes especiales a petición de la Oficina y del Comité del Seguro de salud. El Dr.

Weber-Bauler también se encargaba de la higiene general de la Oficina y del control de todas las facturas de los médicos presentadas para su reembolso. En 1924, el contrato de la Dra. Saloz-Joudra no se renovó. Tras su partida, se autorizó a las funcionarias de la OIT que así lo desearan a consultar a una doctora para realizar el examen médico de ingreso. La doble función del Consejero Médico, que estaba al servicio de la Oficina y del sistema de seguro de salud, se mantuvo durante 80 años. Solo en 2004 se decidió separar ambas funciones, y la CSSP nombró a su propio Consejero Médico. A partir de entonces, para mantener la confidencialidad, los expedientes de solicitud de reembolso de gastos médicos dejaron de compartirse con la Administración.

En 1923, se creó asimismo un puesto de enfermera para la Oficina. Se ocuparía de atender a los miembros del personal enfermos, y podía ser consultada en caso de “dolencias menores”. Además, asistiría al Consejero Médico en sus funciones de control. Annie W. Hedley, experimentada enfermera



El Dr. Léon Weber-Bauler trabajó para la OIT y su seguro de salud desde 1923 hasta 1940. Estaba bien relacionado con la comunidad médica de Ginebra. © OIT



La Dra. Henriette Saloz-Joudra (con su marido) tenía ya 68 años cuando empezó a trabajar como Consejera Médica de las funcionarias de la OIT. Fue la primera médica en abrir una consulta privada en Ginebra. © OIT

británica, viuda de un funcionario de la Sociedad de las Naciones, fue la primera enfermera de la OIT. Su trabajo no era fácil. Como en los años veinte los transportes públicos de Ginebra todavía eran rudimentarios, aprendió a conducir una bicicleta para visitar a los funcionarios enfermos. Sin embargo, tuvo una serie de accidentes. Se le aumentó el sueldo para que pudiera comprarse un coche, aunque fuera usado, para que pudiera visitar a sus pacientes.

Durante el primer año de funcionamiento del seguro de salud de la OIT, la cuestión predominante e importante era, por supuesto, si sería financieramente sostenible. A los dos años de estar en marcha, para alivio del Comité, la estructura financiera parecía funcionar bien, y se cubrían todos los gastos. No obstante, se sometió a examen la idea de disminuir el riesgo financiero haciendo obligatoria la afiliación al seguro de salud.

El modelo a seguir: Los Convenios de la OIT relativos a la enfermedad

La evolución del seguro de salud de la OIT en los años siguientes debe entenderse en el contexto de las políticas de la OIT y, en especial, de sus actividades normativas en el ámbito de los seguros sociales en la década de 1920.

En 1925, el seguro de enfermedad se incluyó en el orden del día de la Conferencia Internacional del Trabajo, en la que en esa época predominaban los Estados Miembros europeos. Los empleadores querían trabajadores sanos para aumentar la capacidad productiva, los trabajadores querían justicia social y una protección eficaz contra los riesgos para la salud; y los gobiernos europeos querían normas internacionales en forma de convenios de la OIT, a fin de asegurarse que una legislación socialmente progresista en sus países no creara una desventaja competitiva. Mientras que los empleadores preferían un sistema voluntario, subvencionado por el Estado para los grupos de menores ingresos (como en el caso de Suiza), los trabajadores estaban a favor de un sistema obligatorio (como en el de Alemania), a los que también los empleadores contribuirían.

Más allá del colectivo tripartito de la OIT, en esos primeros años entraron en escena otros dos actores importantes: las compañías de seguros de enfermedad y las asociaciones de médicos. Cuando la OIT comenzó a colaborar con las cajas de seguros de salud europeas, los médicos se dieron cuenta de que debían organizarse para estar representados a nivel internacional. En 1926 crean la Asociación Profesional Internacional de Médicos para defender sus intereses. La Asociación se opuso a cualquier forma de seguro de enfermedad obligatorio e insistió en la libre elección de los médicos. Sus posiciones se reflejaban a nivel local en la Sociedad

Médica de Ginebra (Association des médecins du canton de Genève). Para el Comité del sistema de seguro de salud de la OIT, los médicos pasaron a ser un colectivo importante como interlocutor.

En 1927, la OIT adoptó el Convenio sobre el seguro de enfermedad (industria) (núm. 24) y el Convenio sobre el seguro de enfermedad (agricultura) (núm. 25). Ambos instrumentos reflejan los principios en los que se basaba el seguro de salud de la OIT: autogestión, con participación de los asegurados en la gestión y contribución compartida de los asegurados y sus empleadores a los recursos financieros del sistema de seguro de salud.

En esos años, incluso en los países con un sistema de seguridad social más avanzado –como Alemania– los trabajadores pagaban cotizaciones más altas que las de sus empleadores. La contribución equitativa de la Administración de la OIT a la Caja del seguro reflejaba el ideal de justicia social de la OIT. Sin embargo, esto no era suficiente. Los Convenios preveían otros requisitos que el seguro de salud de la OIT aún no cumplía. En primer lugar, el seguro de enfermedad debía ser obligatorio. En segundo lugar, no solo debía aplicarse a los trabajadores y empleados permanentes, sino también a quienes tuvieran un contrato limitado.

Personal temporario en el terreno: El caso Paul Hesse

En realidad, en esa época, los miembros del personal temporario de la OIT no estaban asegurados, pese a que solía enviárseles en misión a lugares distantes de Ginebra. En caso de enfermedad o accidente, podían solicitar el reembolso directamente a la Administración, pero solo cuando podían demostrar que los gastos se habían producido a raíz

de la misión. Esto creaba situaciones complejas, tal como se refleja en el caso de Paul Hesse, originario de Rusia, contratado por la OIT a principios de 1926 con un contrato temporario de un año. Según el examen médico de admisión, padecía una afección del sistema nervioso que parecía guardar relación con los acontecimientos anteriores a la revolución rusa de 1917 y a los levantamientos enmarcados en ella, así como con su actuación anterior en el servicio de refugiados de la Sociedad de las Naciones. Fue enviado en misión al Brasil para trabajar con el servicio de refugiados de la OIT, y pronto desarrolló graves problemas de salud que hoy calificaríamos de agotamiento. Sin embargo, su contrato fue prolongado un año más. A pesar del tratamiento recibido en el lugar a un costo muy superior al de Ginebra, tuvo que ser repatriado a Europa en la primavera de 1928. Consultó a diferentes especialistas, hasta que se le diagnosticó ansiedad e insomnio, dolencias que mejoraron tras un tratamiento en un sanatorio de Austria. Al no estar asegurado por el sistema de seguro de salud de la OIT, presentó directamente a la Oficina una solicitud de reembolso de los apreciables gastos médicos.

La Oficina se negó a pagar, pero admitió su responsabilidad por el agravamiento de la frágil salud mental de Hesse, argumentando que éste había tenido “problemas para adaptarse al entorno y al trabajo local dado que no estaba familiarizado con el idioma y las costumbres del lugar”. Hesse se mantuvo firme con la solicitud de reembolso, y posteriormente la Oficina decidió reembolsarle el 50 por ciento de los gastos.

Este primer caso puso de manifiesto los riesgos financieros del personal temporario desplegado sobre el terreno en aquella época. También anticipó una serie de problemas para el seguro de salud de la OIT,

SANATORIUM MEDIZINALRAT DR. WERNER

WAIDHOFEN A. D. YBBS.



RECHNUNG

Hochwohlgeboren

Herrn Paul H e s s e

~~Frau~~

Zahlbar und klagbar in Waidhofen a. d. Ybbs.

Druckerei Waidhofen a.d.Ybbs, Ges.m.b.H.

	K	Gr.
Zimmer vom <u>23. / VIII</u> bis inklusive <u>29. VIII.</u>	25	90
Kurrechnung vom " bis inkl. "	105	--
Wochenordination		
Ärztliche Behandlung . <u>5 elektr. Behandlungen</u>	30	--
Röntgenuntersuchung		
Aufzahlung für Spezialbäder		
Besuche		
Separatservice		
Liegestuhl <u>Badewäsche</u>	1	40
	162	30
<u>Warenumsatzsteuer</u>		
Mietabgabe von <u>K. 25.90 + 15% v. Zimmer</u>	3	88
Auslagen für Medikamente		
" " Post <u>Porto</u>	1	55
Taxe für Bademeister		
" " 1. Serviererin		
" " 2. Serviererin		
" " Stubenmädchen		
" " Lohndiener		
<u>2 % Wust</u>	167	73
	3	35
Stempel		50
S. 171		58
Waidhofen a. d. Ybbs, am <u>29. August 1928</u>		

Dankend salutierte

sobre todo en relación con el gasto de tratamiento fuera de Ginebra y el control de las facturas médicas.

Habida cuenta de la buena situación económica del seguro de salud de la OIT, que se debía a la edad relativamente joven del personal en los años veinte, y de otros casos similares al de Paul Hesse, en mayo de 1928 la Asamblea General propuso ampliar la afiliación voluntaria al personal temporario, tras una modificación del Estatuto del Personal en relación con este grupo.

Los Estatutos revisados entraron en vigor el 10 de diciembre de 1928. El personal temporario con contratos de seis meses como mínimo podría ahora afiliarse al seguro de salud de la OIT, aunque la admisión estaba condicionada a la buena salud, certificada por el Consejero Médico, y las prestaciones eran limitadas. Otro cambio importante fue que la afiliación de todo el personal permanente, local e internacional, pasó a ser obligatoria. Esto tenía una ventaja práctica. La afiliación obligatoria reduce los riesgos financieros, ya que los funcionarios de mayor rango, con mejores salarios, y los más jóvenes, con menos riesgos de salud, contribuyen al sistema. La afiliación obligatoria puso al seguro de salud en consonancia con los Convenios de la OIT sobre el seguro de enfermedad y su principio de solidaridad entre las personas más jóvenes y las de más edad, los sanos y los más frágiles, y las categorías superiores e inferiores del personal.

► 3.3. Adaptación a la crisis y a la guerra (1929-1949)

En 1929, la caída de Wallstreet en los Estados Unidos desencadenó una crisis financiera y económica mundial con consecuencias desastrosas, la conocida como “Gran Depresión”, que eclipsó el decenio de 1930. Millones de trabajadores perdieron su empleo. Habida cuenta de que los sistemas de seguridad social aún no estaban bien desarrollados, la pobreza estalló. La inestabilidad política aumentó con el ascenso de los partidos políticos de derecha e izquierda, en especial en Europa. Sus programas incluían disposiciones en materia de seguridad social y asistencia médica que competían con la visión democrática de la seguridad social de la OIT.

La crisis afectó a la Sociedad de las Naciones y a la OIT, que repentinamente debieron afrontar una difícil situación financiera. En 1930, el seguro de salud del personal de la OIT sufrió por primera vez un grave déficit. Varios casos de enfermedades graves habían ocurrido entre los miembros del personal, con elevados gastos de cirugía y hospitalización. El sistema no podía sufragar esos gastos completa-

mente. Además, como la contratación de personal nuevo había disminuido, la recaudación por cotizaciones era baja. En 1931, la Sociedad de las Naciones, de la que la OIT dependía económicamente en esa época, redujo la cantidad de dinero que transfería a la Administración de la OIT para la contribución del empleador al seguro de salud de la OIT. En 1933 pasó del 50 a menos del 40 por ciento.



Manifestación de trabajadores desempleados en el Canadá, alrededor de 1930. © Wikipedia

El Comité se vio ante una crisis de continuidad y convocó una Asamblea General extraordinaria que aprobó una serie de medidas para salvar el seguro de salud.

La primera medida consistió en aumentar el nivel de las cotizaciones de los funcionarios, que en aquella época, se basaba en la categoría salarial. A partir del 1º de enero de 1933, la cotización media mensual de 5,50 francos se incrementó en 1,50 francos (alrededor del 27,3 por ciento). La Oficina seguía pagando 4,50 francos de modo uniforme, por lo tanto, se alejaba de su compromiso de la igualdad de cotizaciones. La segunda medida fue aumentar el número de afiliados haciendo obligatoria la afiliación a la Caja también para el personal temporario. Una tercera medida fue la revisión de las prestaciones, una medida polémica. A principios de los años treinta, el Comité redujo las prestaciones para las enfermedades leves y crónicas, pero aumentó las de los riesgos más importantes. Y con la cuarta medida se procuró controlar los gastos médicos. A partir de 1933, el personal de la OIT tenía que rellenar un “formulario amarillo” especial en el que se informaba al Comité sobre el tratamiento médico. Si no se presentaba el formulario, no había reembolso.

Se ampliaron las responsabilidades del Consejero Médico, quien por primera vez, basándose en el examen médico de ingreso del funcionario, podría expresar una “reserva” respecto de las prestaciones por determinadas afecciones. El correspondiente artículo del Reglamento se suprimió solo treinta años después, en 1963. No cubrir las enfermedades que entraban en la cláusula de reserva, o proporcionar solo prestaciones limitadas y por lo tanto excluir a las personas con dolencias graves se consideraba contrario al principio de que el derecho a las prestaciones se derivaba de la afiliación al seguro de salud.

Aspectos de la solidaridad

El principio de la contribución del empleador a un sistema de seguro de salud seguía siendo una novedad en los primeros años. En 1934 fue objeto de duros ataques en la Sociedad de las Naciones, cuando un delegado solicitó que esa contribución se redujera y se destinara únicamente a asistir a los miembros del personal con salarios más bajos. El delegado insistió en que los funcionarios con un salario más alto debían quedar excluidos de la Caja del Seguro. En nombre de la solidaridad y en referencia a los Convenios de la OIT de 1927, el Director de la OIT, Harold Butler, defendió con firmeza las cotizaciones de la Administración de la OIT y del personal afiliado de rango más alto. Sus cotizaciones, argumentó, pagarían los gastos médicos de los miembros del personal de menor rango, que estadísticamente se enfermaban con más frecuencia y costaban al sistema de seguro de salud más de lo que contribuían.

La igualdad de trato entre hombres y mujeres es otro aspecto de la solidaridad. A diferencia de lo que ocurría en las empresas privadas de Suiza en aquella época, las contribuciones al seguro de salud de la OIT eran iguales entre hombres y mujeres. Sin embargo, durante la Asamblea General de 1936, com



Caricatura de Harold Butler, que en 1932 pasa a ser el segundo director de la OIT. © OIT

mienza a objetarse que las mujeres costaran más al sistema de seguro de salud que los hombres. Según se aducía, los funcionarios hombres, además, tenían que sufragar los gastos médicos de sus cónyuges e hijos, mientras que las funcionarias eran solteras en su mayoría. Por lo tanto, las mujeres debían pagar cotizaciones más altas.

Por suerte, no hubo seguimiento del debate. Es muy probable que el Comité se diera cuenta de que los problemas de salud de las mujeres en la OIT guardaban relación directa con su predominio en los puestos de menor rango, principalmente puestos administrativos, y con peores condiciones de trabajo.



Personal de la OIT, en el grupo estenográfico en 1924. La mayoría de las mujeres de la OIT trabajaban como personal administrativo. © OIT

Por último, la preocupación por la solidaridad y la equidad estaba directamente relacionada con los nuevos debates en el Comité sobre la ampliación de las prestaciones a los miembros de la familia, al personal que no prestaba servicio

en Ginebra, y a los jubilados. Estos últimos se encontraban a menudo en una situación difícil, especialmente en Suiza, donde los sistemas de seguro de salud, que eran voluntarios y se basaban en la afiliación de por vida, se negaban a admitir a los funcionarios de la OIT jubilados, ya que se les consideraba un “riesgo malo”.

Ginebra y Montreal: El seguro de salud del personal de la OIT en tiempos de guerra y posguerra

La Segunda Guerra Mundial estala con el ataque de la Alemania nazi a Polonia en 1939. Como reacción a la creciente amenaza de una invasión alemana de Suiza, 44 miembros del personal de la OIT abandonaron Ginebra en el verano de 1940 para buscar refugio en la Universidad McGill de Montreal (Canadá).

Los contratos de la mayoría de los demás miembros del personal quedaron suspendidos y muchos regresaron a su país de origen. Solo unos pocos permanecieron en Ginebra. Para ellos, el seguro de salud, tras una breve interrupción, retomó sus servicios en octubre de 1940, aunque sus únicos recursos eran sus cuotas de afiliación y la contribución de la Oficina. Se rescindió el contrato del Dr. Weber-Bauler, que por entonces tenía 71 años. En 1941, se creó una caja de seguro de salud separada en Montreal. Los dos sistemas, el de Ginebra y el de Montreal, se regían por las normas adoptadas en 1933.

Durante los años de exilio, la OIT desarrolló una ambiciosa visión de su papel en el nuevo orden posterior a la Guerra Mundial, plasmada en la Declaración de Filadelfia, que fue adoptada en 1944. Dada la experiencia de la Gran Depresión y sus devastadoras consecuencias sociales y políticas, la Declaración



Las condiciones de trabajo en la Universidad McGill de Montreal (Canadá) eran menos cómodas que en Ginebra. © OIT

estipuló el derecho universal a la seguridad económica y la obligación de “lograr la extensión de las medidas de seguridad social para proporcionar un ingreso básico a todos los que necesiten dicha protección y una atención médica completa”, así como “una protección adecuada de la vida y la salud de los trabajadores en todas las ocupaciones”.

La guerra terminó en 1945. La Sociedad de las Naciones dejó de existir, y fue sucedida por las Naciones Unidas. Un año después, la OIT se convirtió en su primer organismo especializado. Su meta principal era poner en práctica los ambiciosos objetivos de la Declaración de Filadelfia y hacer avanzar la protección social en sus Estados Miembros, y también para su propio personal.

Los funcionarios de la OIT que regresaron de Montreal se sumaron al sistema del seguro de salud con sede en Ginebra, que se había reducido hasta contar con 14 cotizantes en 1944. Se denominaba Caja de Seguro de Enfermedad del Personal (CSEP) y se convirtió en la Caja del Seguro de Salud del

Personal o CSSP en 1969. En 1947 y 1948, tras el pleno regreso de la Oficina, se encomendó a un comité provisional retomar el examen de los planes de revisión anteriores a la guerra; debía centrarse en una serie de cuestiones prioritarias, como la ampliación de las prestaciones a los familiares y la admisión de los jubilados al sistema. Una primera medida de cara a la ampliación geográfica de la cobertura fue la admisión al seguro de salud de la OIT, en 1947, del personal de la Oficina de Enlace de la OIT con las Naciones Unidas de Nueva York. Hubo así una experiencia directa con el reembolso de servicios médicos fuera de Ginebra.

En 1948 asumieron su puesto en la sede de Ginebra un nuevo Consejero Médico y una nueva enfermera. En 1949 se fundó la Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas contra Enfermedad y Accidentes. Abrió sus puertas a otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, y volvió a plantearse la idea de un único sistema de seguro de salud para el personal para todo el ámbito de las Naciones Unidas.



Las Naciones Unidas en Ginebra, Suiza. © Jean-Marc Ferré, Naciones Unidas

¿Un seguro de salud único para todas las organizaciones con sede en Ginebra?

En 1931, las restricciones financieras causadas por la Gran Depresión, impulsaron a la Secretaría de la Sociedad de las Naciones a debatir la posibilidad de fusión de su Caja del seguro de salud del personal con la de la OIT. Sin embargo, los comités ejecutivos de ambas Cajas se pronunciaron en contra de dicha fusión, destacando las considerables diferencias en cuanto a su estructura y prestaciones.

En 1949, el comité ejecutivo de la recién creada Mutualidad de Seguros del Personal de las Naciones Unidas contra Enfermedad y Accidentes se dirigió a su homólogo de la OIT para investigar si la Organización estaría interesada en adherirse al nuevo sistema.

El Comité Ejecutivo del seguro de salud de la OIT decidió que dicha fusión era imposible, alegando diversas razones:

La afiliación a la Caja de seguros de la OIT era entonces obligatoria, mientras que en el sistema de las Naciones Unidas seguía siendo voluntaria.

El sistema de las Naciones Unidas cubría a los miembros de la familia, mientras que el sistema de la OIT seguía cubriendo únicamente a los funcionarios.

A diferencia de la contribución de la administración de la OIT, que se elevó poco después al 50 por ciento, la contribución de la administración de las Naciones Unidas al sistema variaba. Disminuía en función de los salarios y aumentaba según el tamaño de las familias, pero en general era inferior al 50 por ciento.

Y el seguro de la OIT ofrecía unas prestaciones ligeramente mejores.

Sin embargo, el recién nombrado Director General de la OIT, David Morse, era claramente partidario de un seguro de salud de las Naciones Unidas unificado.

Pero su propuesta era otra, ya que prefería abrir el sistema de seguro de salud de la OIT, que por entonces gozaba de un notable prestigio, a otros organismos de las Naciones Unidas. Algunos de estos organismos habían tenido experiencias bastante aleccionadoras con las opciones de seguros privados. El Comité de Administración apoyaba la propuesta de Morse, y los actuarios de la OIT dejaron muy claro que el aumento de la afiliación era en sí mismo positivo, “siempre que la composición del personal fuera similar”. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), con sede en París, y la Organización Meteorológica Mundial (OMM) se pusieron en contacto con el Comité en 1952 para analizar la adhesión o solicitarla directamente. Pero los problemas técnicos impidieron dar curso a estas solicitudes. Además, el Comité insistió en que solo podían ser afiliados los funcionarios residentes en Ginebra.

En 1952, solo la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) fueron admitidas en el sistema de seguro de salud de la OIT, que se convirtió en un sistema conjunto, dirigido por la OIT. Esto supuso un voto de confianza y un gran paso hacia el ambicioso objetivo del Director General de la OIT, David Morse, de crear “una función pública internacional unificada”.

Sin embargo, la mayor parte del personal de la OMS trabajaba y vivía fuera de Ginebra y, por lo tanto, estaba excluida de la participación. Rápidamente, ello se convirtió en un importante punto de discordia que en 1956 llevaría a la OMS a abandonar el sistema.

A finales de la década de 1970, la cuestión de la fusión volvió a plantearse. Basándose en un informe comparativo de 1977 sobre los sistemas de seguro de salud, las Naciones Unidas sugirieron crear un sistema

administrativo conjunto de seguro de salud para todas las organizaciones con sede en Ginebra y su personal sobre el terreno. La CSSP, que por entonces ya incluía también al personal en el terreno, se consideró el modelo más adecuado. En 1978 se creó un grupo de trabajo con sede en Ginebra de todos los seguros de salud autoadministrados de las organizaciones internacionales. Estaba compuesto por la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra (ONUG), la secretaría del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), la OMM, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la OMS, la colaboración OIT-UIT y la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI).

El grupo de trabajo se centró en el aspecto más práctico: la armonización de las prestaciones. Al cabo de varios años de estudio, llegó a la conclusión de que era difícil prever algún tipo de gestión centralizada para el futuro. Había demasiadas diferencias en cuanto al alcance de la cobertura (los sistemas de la OMS y de la CSSP cubrían al personal de todo el mundo, mientras que el de la ONUG solo cubría al personal de Ginebra), los principios básicos (la afiliación al seguro de salud del personal de las Naciones Unidas era voluntaria, mientras que en el sistema de la OMS y en el de la CSSP era obligatoria), la financiación (en ese momento, la CSSP no tenía una cotización separada para los familiares a cargo) y la gobernanza (el GATT y la OMPI daban cobertura trabajando con una aseguradora privada).

En 2014, tras la partida de la UIT, la CSSP volvió a ser una Caja única autogestionada y sigue siéndola en la actualidad. Muchas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, como el ACNUR, la ONUG, la OMM, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

(PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, y, desde 2020, la UIT, han decidido afiliarse al sistema de seguro de salud de las Naciones Unidas. Al igual que la CSSP, se financia mediante contribuciones conjuntas tanto de las administraciones de las organizaciones afiliadas como de las personas aseguradas, y se basa en el mismo principio de libre elección de proveedores. Sin embargo, a diferencia de la CSSP, hasta hoy su afiliación sigue siendo voluntaria. Con todo, el personal de las Naciones Unidas está obligado a tener un seguro de salud con una cobertura similar a la política de seguro de salud de las Naciones Unidas, en particular en lo que respecta a la cobertura geográfica, a la cobertura mundial y a las prestaciones.



El edificio de la OIT en Ginebra
© OIT



El edificio de las Naciones Unidas en Ginebra © Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra

► 3.4. Hacia un seguro de salud universal de la OIT (1950-1976)

El decenio de 1950 comenzó con una importante reforma de la estructura del seguro de salud de la OIT con dos decisiones importantes: en primer lugar, a partir de 1950, la Administración volvió a pagar una cantidad igual a la cotización de cada afiliado, principio por el que se regía hasta 1931. Los representantes del personal habían impulsado este cambio,

haciendo hincapié en que la igualdad de las cotizaciones distinguiría el seguro de salud de la OIT del sistema utilizado en las Naciones Unidas, en el que la cotización de la Administración se basaba en las categorías salariales y, por tanto, era mayor para el personal de menor rango. Se introdujo una nueva escala salarial y se aumentaron las cotizaciones de los afiliados en un 18,4 por ciento. Esto permitió al sistema absorber los gastos de atención médica, que tras la guerra habían subido, y aumentar las prestaciones.

En segundo lugar, en 1952, a solicitud de la UIT y la OMS, el seguro de salud de la OIT se hizo extensivo al personal de esas organizaciones. El sistema de la OIT se consideraba un modelo atractivo en esos años. Incluso empresas privadas que funcionaban en el extranjero entraron en contacto con el Comité Ejecutivo interesándose por su funcionamiento. En ese momento, el sistema de seguro de salud de la OIT se convirtió en una caja común, y oficialmente pasó a denominarse “Caja de Seguro de Enfermedad del Personal de la Oficina Internacional del Trabajo y de otros Organismos Especializados en relación con las Naciones Unidas”. Esto supuso un fuerte aumento del número de afiliados, que pasó de 650 personas en 1951 a 1347 en 1953.

Como el sistema de seguro de salud de la OIT era ahora una entidad mucho más grande, se produjo una importante reorganización. El Comité Ejecutivo pasó a tener 16 miembros, a fin de representar también al personal y a las administraciones de la OMS y de la UIT. Hubo que ajustar todas las disposiciones y estadísticas. Fue preciso adaptar el Reglamento y ampliar la administración del seguro de salud. Para supervisar la coordinación entre las tres organizaciones miembros, se creó un nuevo puesto de secretario. Este funcionario era nombrado

conjuntamente por el Secretario General de la UIT y los Directores Generales de la OIT y la OMS.

La expansión institucional coincidió con el aumento del número de afiliados en los decenios 1950 y 1960. Esta evolución y la visión que la sustenta reflejaban el contexto histórico más amplio, marcado por la aparición del moderno estado del bienestar, considerado como la encarnación del progreso social. La OIT formaba parte de este proceso, y en 1952 adoptó un instrumento exhaustivo, el [Convenio sobre la seguridad social \(norma mínima\) \(núm. 102\)](#). Al hacerlo, la OIT pidió a los Estados Miembros que establecieran, en función de sus posibilidades, sistemas eficaces de seguridad social que garantizaran la seguridad de los ingresos y la protección de la salud.

El Convenio proporcionó una fuerte legitimación para mejorar y ampliar también gradualmente el sistema del seguro de salud de la OIT. Con frecuencia, la postura proactiva del Comité encontraba resistencia por parte de la Administración y del Consejo de Administración, pero también de algunos representantes del personal. La cautela actuarial chocaba con los objetivos ambiciosos, y el sistema de seguro de salud del personal de las Naciones Unidas en los debates se percibía tanto como un modelo, como un competidor.

Proteger a los antiguos funcionarios

Así pues, la reestructuración fue en ocasiones una batalla difícil. Por ejemplo, en 1950, la Administración de la OIT había rechazado una propuesta del Comité de ampliar la cobertura del seguro de salud a los jubilados, cuyo número era aún sumamente reducido. Se temía al riesgo financiero y a las complicaciones con las solicitudes de reembolso de los jubilados que vivían en el extranjero. No obstante, el Comité no cedió. Envío una nota al Director General, David Morse, en la que subrayaba que en muchos países

– y especialmente en Suiza – los jubilados de la OIT, gozaran o no de buena salud, no podrían afiliarse a un sistema de seguro de salud satisfactorio.

El Comité revisó su propuesta de que los jubilados asumieran plenamente el riesgo, pagando tanto la cotización del afiliado como la de la Administración. Según el Comité, a juzgar por la experiencia bastante positiva con los funcionarios de la OIT en la Oficina de Enlace en Nueva York, las solicitudes de reembolso de fuera de Ginebra no debían causar preocupación. Estos argumentos convencieron al Director General, y los Estatutos modificados entraron en vigor el 1º de enero de 1951 por un periodo de prueba de cinco años. Los antiguos funcionarios, incluso los que en el momento de la separación no habían alcanzado la edad de jubilación, que entonces era de 60 años, fueron invitados a afiliarse al seguro de salud de forma voluntaria, siempre que hubieran cumplido 10 años de servicio y asumieran el pago de la totalidad de la cotización. Cinco funcionarios jubilados se sumaron al sistema en 1951, y en abril de 1952 había 11 afiliados en esa categoría.

En los años siguientes, se hizo evidente que los jubilados afiliados al seguro de salud tenían dificultades para pagar solos la totalidad de la cotización, sobre todo cuando no tenían una pensión completa. En 1959, el Comité criticó abiertamente esa situación insostenible que no reflejaba la evolución de los sistemas y la cobertura en muchos Estados Miembros de la OIT. Se citó el ejemplo de Alemania, Francia e Italia, países con sistemas de seguridad social avanzados, en el que los jubilados disfrutaban de asistencia médica gratuita o solo pagaban pequeñas cotizaciones a un sistema de seguro de enfermedad general.

Fue entonces que la UNESCO ofreció un modelo a seguir: fue el primer organismo en contribuir de forma equitativa al costo del seguro médico de



Caricatura del Director General, David Morse. En sus 20 años de mandato, el sistema del seguro de salud de la OIT se convirtió en una caja común y amplió considerablemente su número de afiliados. © OIT

los funcionarios jubilados, incluidas las personas a cargo de los mismos y supervivientes. Aunque el Director General, David Morse, apoyaba esta solución, en el Consejo de Administración de la OIT se estaba firmemente en contra. En 1960 se adoptó una contrapropuesta que preveía que los funcionarios jubilados ya no asumieran solos la totalidad de la cotización. Sin embargo, su contribución seguiría siendo superior a la de los funcionarios en ejercicio.

Desde la perspectiva del Comité, la situación de los fun-

cionarios jubilados seguía siendo insatisfactoria. Puso en marcha una nueva iniciativa y pidió al Departamento de Seguridad Social de la OIT que preparara un memorándum sobre la atención médica de los jubilados a escala nacional. Dicho memorándum mostró los progresos realizados en muchos países para proteger a los jubilados. Se envió en 1964 al Director General, junto con una nota que subrayaba: “El principio del seguro social implica el reparto de los riesgos entre todos los asegurados y sus empleadores, independientemente de que una persona protegida constituya un riesgo bueno o un riesgo malo”. Por lo tanto, defendía el Comité, los jubilados de la OIT deberían pagar la misma cotización de sus ingresos que los funcionarios en ejercicio y la cotización de la Administración debería ser equivalente.

Dos años más tarde, en 1966, entró en vigor el Reglamento revisado. Aunque la cotización total¹ de los funcionarios jubilados seguía siendo superior a la de los funcionarios en ejercicio, la Administración cubría la mitad. Seis años más tarde, en 1972, cuando los jubilados empezaron a sufrir la devaluación del dólar de los Estados Unidos, el Comité decidió reducir su cotización para que fuera idéntica a la del personal en ejercicio de la OIT. Se logra, finalmente, el objetivo de la igualdad de trato entre los funcionarios en ejercicio y los jubilados.

Ampliación de la cobertura a las familias

La idea de ofrecer algún tipo de protección a los miembros de la familia venía debatiéndose desde los primeros años del seguro de salud de la OIT. Después de la Segunda Guerra Mundial, esas discusiones se reanudaron rápidamente. El nuevo sistema de seguro de salud de las Naciones Unidas por entonces preveía la cobertura de los miembros de la familia. Pero el Comité no se atrevía a ampliar el sistema de la OIT, pues temía el aumento de los gastos. En 1950, se llegó a una solución provisional: los Estatutos modificados permitieron el reembolso de gastos de los miembros de la familia, pero solo de los gastos de hospitalización. Se trataba de un requisito mínimo largamente reclamado por los representantes del personal.

En los años siguientes, el debate sobre la ampliación de la cobertura total a los miembros de la familia se intensificó. Los estudios actuariales indicaron que ello supondría un aumento sustancial de los gastos y, por lo tanto, de las cotizaciones. En un referéndum celebrado en 1954 entre el personal de la OIT, la OMS y la UIT (que aún seguían siendo miembros),

¹ La cotización total comprende las aportaciones del funcionario y de la Administración en una proporción 1:1.



Una guardería para niños de hasta tres años, creada por la Caja Regional del Seguro de Salud en el Centro Social de Lyon en Francia. En el decenio de 1950, Francia era uno de los Estados más modernos en relación al bienestar. © OIT

muchos funcionarios sin familiares a cargo votaron en contra de la ampliación. Pero no tuvieron mayoría. Los que estaban a favor de las prestaciones completas ganaron porque sus argumentos eran más sólidos: en primer lugar, el Convenio núm. 102 estipulaba que los miembros de la familia del sostén de la misma tendrían derecho a las mismas prestaciones que éste. En segundo lugar, los familiares de los funcionarios de muchas administraciones públicas europeas (como Francia, el Reino Unido y Suiza) percibían prestaciones completas. Por lo tanto, los votantes dijeron que el seguro de salud de la OIT debía ofrecer el mismo nivel de protección.

En febrero de 1958, y basándose en profundas proyecciones actuariales, que en aquella época eran difíciles de hacer debido a la falta de medios electrónicos para la recogida y el análisis de datos, se modificaron las normas, y las prestaciones completas se hicieron extensivas a los familiares a cargo de la persona asegurada. Para cubrir los gastos

médicos adicionales, se modificó el sistema de cotización, que se basaría en porcentajes, y se aumentó la cotización total de los funcionarios en ejercicio. Se fijó en el 1,8 por ciento del salario en 1958, y en el 2 por ciento en 1961, y la mitad corría por cuenta de la Administración.

Oficinas de la OIT en todo el mundo: ¿asegurar el personal contratado localmente?

Durante la década de 1950, y con el telón de fondo de la descolonización, la OIT amplió su presencia regional. Abrió nuevas oficinas en todo el mundo, por ejemplo en Lima, Bangalore y Estambul, y se implicó más en proyectos de cooperación técnica.

El número de miembros del personal contratado localmente en las delegaciones y oficinas exteriores de la OIT creció rápidamente. Sin embargo, no tenían derecho a afiliarse al sistema de seguro de salud que cubría principalmente al personal de Ginebra y a los funcionarios contratados internacionalmente con un lugar de destino fuera de Ginebra. En 1952, esa condición cambió mediante una solución provisional gracias a la cual se admitiría a las personas contratadas localmente en las delegaciones y oficinas exteriores si así lo deseaban. Ahora bien, el personal de estas oficinas solo podía afiliarse de forma colectiva –para evitar un trato desigual– y sobre la base de una decisión del Director General caso por caso. No todo el personal estaba a favor. En París y Londres, por ejemplo, el personal de la OIT prefirió seguir con su seguro de salud nacional. Además de los funcionarios de la oficina de Nueva York, solo los de Nueva Delhi y Roma optaron por afiliarse al sistema de la OIT.

En los años siguientes, la Administración trató de dar carpetazo a la cuestión, ya que representaba una importante causa de tensiones entre la OIT y la OMS, que tenía a la mayor parte de su personal en el terreno. Dado que su personal en el terreno no podía acceder al sistema de seguro de salud, en 1956 la OMS abandonó el sistema dirigido por la OIT. Sin embargo, las presiones en la OIT se intensificaron, sobre todo de los directores de las oficinas exteriores. Por último, en 1961, todo el personal de las oficinas exteriores de la OIT contratado localmente y las personas a su cargo fueron autorizadas a afiliarse al sistema de seguro de salud OIT-UIT en las mismas condiciones que el personal de la sede.

Expertos de la OIT y personal de los proyectos en el terreno: el espinoso camino hacia una protección adecuada

En el decenio de 1960, al acelerarse la descolonización, aumentó rápidamente el número de nuevos Estados Miembros de la OIT, en especial de África. La OIT amplió sus actividades de desarrollo y extendió masivamente sus programas de asistencia técnica, los cuales eran financiados por las Naciones Unidas y solían llevarse a cabo en estrecha colaboración con otros organismos y programas. Se establecieron cada vez más proyectos en el terreno, y la cobertura del seguro de salud de un número exponencial de expertos internacionales de la OIT y del personal de los proyectos contratado localmente pasó a ser la cuestión más acuciante para la Administración y el Comité en los años sesenta. La solución fue pedir a los gobiernos anfitriones que proporcionaran cobertura.

Dado que la solicitud de cooperación técnica solía provenir del gobierno del país interesado, la OIT le



Experto internacional de la OIT enseñando al personal de una cooperativa de envasado de café, en Madagascar, en 1962. © OIT

solicitaba que proporcionara atención médica a los funcionarios del proyecto y que cubriera los gastos de la atención médica privada de ser necesario. Si el gobierno se mostraba reacio a acordarlo, los funcionarios podían reclamar el reembolso a la Oficina presentando un informe médico del profesional que les había atendido dirigido al Consejero Médico. En el decenio de 1960, la OIT seguía sin cubrir los gastos de las personas a cargo o de las enfermedades crónicas del personal de los proyectos en el terreno.

Esta situación era criticada cada vez más abiertamente, en especial por los expertos que trabajaban en el terreno. Así, escribieron directamente al Departamento de Recursos Humanos en Ginebra, dando cuenta de muchos problemas. Algunos gobiernos no proporcionaban ninguna atención. Si lo hacían, a menudo se calificaba de insuficiente, con largos periodos de espera y en condiciones en ocasiones espantosas. En 1963, un funcionario de la OIT cuyo lugar de destino era Asia, señaló: “de mis visitas a los hospitales asiáticos, que se han producido

de vez en cuando en el marco de mis funciones, puedo asegurar que de necesitar hospitalización, a pesar de las normas de la OIT, regresaría a Europa en el primer avión que encontrara”.

Cuando los funcionarios de la OIT recurrían a proveedores de servicios de salud privados, a menudo los gobiernos no reembolsaban los gastos médicos, o solo lo hacían parcialmente, y los procedimientos solían ser lentos y complicados. En otro país, un funcionario se quejó de que “la OIT era la única organización internacional que obliga a los funcionarios a negociar con el gobierno anfitrión”. Otros organismos estaban tratando el problema con más eficiencia. Por ejemplo, admitían a todo el personal en el terreno a su sistema de seguro de salud (como en el caso de la UNESCO), o contrataban algún tipo de cobertura de seguro privado (como en el caso de la OMS).

La situación tampoco era práctica para la Oficina de la OIT en Ginebra. Tenía que reembolsar la totalidad de los gastos médicos una vez aprobados por el Consejero Médico. En 1967, el Director General y el Comité abordaron la cuestión en el marco de una profunda reforma del sistema de seguro de salud del personal. Dos años más tarde, en 1969, los expertos y el personal de los proyectos en el terreno, incluidas las personas a su cargo, tuvieron por fin derecho a la cobertura.

Una nueva Caja de seguro de salud OIT-UIT

Las reformas respondían, en parte, al deterioro de la situación económica de 1965 y 1966, que indujo un aumento sustancial de la cotización total, que pasó del 2 al 2,7 por ciento en 1967, y al 2,8 por ciento en 1968.

Respondía además a una actitud general optimista de la época, según la cual los sistemas de seguro de salud y los servicios sanitarios nacionales, que siguieron extendiéndose en Europa y otros países industrializados en el decenio de 1960, podrían implantarse también en los países en desarrollo. La idea contagiosa hacía pensar que, con un crecimiento económico continuado en el mundo basado en la industrialización, los sistemas de bienestar podrían financiarse.

El [Convenio sobre asistencia médica y prestaciones de enfermedad, 1969 \(núm. 130\)](#) reflejaba esta confianza. Entre sus disposiciones prevé que “cada miembro deberá aumentar el número de personas protegidas, ampliará los servicios de asistencia médica que se proporcionan, y extenderá la duración de las prestaciones monetarias de enfermedad”.

El Director General, David Morse, deseaba que el seguro de salud de la OIT fuera “el mejor sistema de seguro de salud de todas las organizaciones internacionales”. En abril de 1969, y al celebrarse el 50º aniversario de la OIT, se inauguró la nueva Caja del Seguro de Salud del Personal OIT-ITU, o CSSP. Sería la última vez que cambiaría su nombre.

Afiliación universal, aumento sustancial de las prestaciones y una administración modernizada

La CSSP incorporó varias reformas importantes. En primer lugar, la ya mencionada ampliación de la cobertura al personal de los proyectos en el terreno y a las personas a su cargo, que se afiliaron en un número muy superior al previsto. En 1971, la afiliación voluntaria se hizo extensiva al personal internacional del Centro Internacional de la OIT de Perfeccionamiento Profesional y Técnico de Turín.

Cinco años más tarde, se impuso la obligatoriedad de la afiliación al personal de Turín en las mismas condiciones que el personal de Ginebra.

La CSSP se convirtió entonces en un sistema de seguro universal, que cubría todas las categorías de personal en todo el mundo. La situación sobre la disponibilidad de un seguro de salud mejoró de forma constante, en especial para el personal de las oficinas exteriores de la OIT y en los numerosos proyectos de cooperación técnica.

La segunda reforma se refirió a las prestaciones. En 1969, tras un nuevo aumento de la cotización total al 3 por ciento del salario de los funcionarios (4 por ciento de los ingresos de los jubilados), la CSSP se encontraba en una situación económica excelente, y las prestaciones mejoraron sustancialmente.

Con la tercera reforma de esta época se pretendió modernizar la gobernanza y la administración de la CSSP. El Comité Ejecutivo pasó a llamarse Comité de Administración, y se creó un Comité de Arbitraje encargado de examinar los casos polémicos.

A partir de 1971, se introdujo la informatización para la inscripción de los afiliados, así como para el cálculo y el pago de las prestaciones de la CSSP, que agilizaron muchísimo la liquidación de las solicitudes de reembolso. Se trató de un hecho importante, dado que el volumen de trabajo había aumentado de forma espectacular con la afiliación de nuevos grupos de asegurados.

Breve historia de las prestaciones

La historia del seguro de salud de la OIT es una historia de mejora y diversificación continuas de las prestaciones. Sin embargo, cada iteración fue producto de largas negociaciones en las que el Comité Ejecutivo tenía que equilibrar el objetivo financiero a largo plazo de estabilizar el sistema con el interés de los afiliados de recibir nuevas y mejores prestaciones. Incluso en situaciones de crisis financiera, las prestaciones solo se redujeron en contadas ocasiones, y en general solo por un periodo de tiempo limitado.

Hasta mediados de los años cincuenta, la estructura de las prestaciones era bastante sencilla. Incluía los honorarios del médico, los medicamentos y la hospitalización y las curas, por ejemplo, la estancia en un sanatorio. Antes de la generalización del uso de antibióticos, estas curas solían prescribirse para ayudar a las personas que recibían tratamiento por una enfermedad más larga, como la tuberculosis, o que se recuperaban de la misma.

El sistema de seguro de salud de la OIT ofrecía desde el principio un modesto reembolso para la atención dental, con una cantidad máxima fija. Los representantes del personal de la OIT siempre la habían considerado insuficiente. Especialmente en la década de 1950, cuando las Naciones Unidas y algunos de sus organismos ofrecieron al personal y a las personas a su cargo la posibilidad de afiliarse voluntariamente a un plan de atención odontológica con sede en Nueva York, los representantes del personal instaron a que se mejoraran las prestaciones, ya que (según las actas de la época) “la caries dental estaba muy extendida en Ginebra”, el tratamiento era un “procedimiento muy largo”, y el costo económico para el personal de la OIT era sumamente elevado. Con todo, las prestaciones dentales solo mejoraron de forma insignificante.



Tratamiento en una clínica odontológica de Camboya. En la actualidad, la CSSP proporciona un reembolso sustancial de los gastos dentales en todo el mundo. © OIT

En 1956, reflejando el progreso médico y tecnológico, los costos de los análisis clínicos y las radiografías pasaron a ser una nueva prestación separada y se pusieron a disposición prestaciones limitadas para “tratamientos especiales” como la psicoterapia, algunas vacunas, fisioterapia, y masajes terapéuticos, previa prescripción de un médico.

A partir de principios del decenio de 1970, las prestaciones mejoraron paulatinamente. De particular importancia fue que la tasa estándar de reembolso fuera aumentada al 80 por ciento y se aplicara uniformemente a todos los procedimientos médicos. Desde 1922 la tasa de reembolso había permanecido estable en el 75 por ciento, pese a algunas reducciones temporales y parciales durante los años de la depresión y la guerra. Por primera vez se incluyeron las prestaciones para lentes ópticas y audífonos, y el reembolso de los cuidados dentales mejoró notablemente con la introducción de un porcentaje de reembolso uniforme del 75 por ciento (hoy 80 por ciento) que sustituyó al sistema de reembolso individual de diversos artículos de atención odontológica.

Con la admisión de todas las categorías de personal, otro cambio importante y lógico fue dejar de basar las prestaciones en los valores vigentes en Ginebra, dado que en algunos países, como por ejemplo en Estados Unidos y la República de Corea, los gastos médicos eran significativamente más elevados.

A pesar de la grave crisis de finales de los años ochenta, la CSSP siguió adaptando el calendario de prestaciones a las necesidades de sus afiliados. En 1988 se introdujeron dos nuevas prestaciones: para la rehabilitación postoperatoria y el alojamiento para cuidados de enfermería de larga duración, por ejemplo en instituciones geriátricas. En los años siguientes se estableció el reembolso de la atención de enfermería a domicilio. Dado que los costos de cuidados de enfermería de larga duración habían aumentado mucho en los veinte años anteriores y que el número de afiliados a la CSSP que necesitaban estos cuidados seguirá aumentando, la mejora y consolidación de esta prestación será una de las principales preocupaciones en el futuro.

Las prestaciones también han mejorado sustancialmente para los viajes por razones de salud. En los años cincuenta solo se reembolsaban los gastos de transporte dentro del Cantón de Ginebra. Sin embargo, esto cambió en los años setenta, cuando los afiliados a la CSSP trabajaban en lugares de destino en todo el mundo, donde a menudo no se disponía de un tratamiento adecuado, en especial para enfermedades graves. Hoy en día, la aplicación del principio de libre elección permite a los afiliados a la CSSP buscar tratamiento en cualquier lugar del mundo. Tras la aprobación de su Consejero Médico, la CSSP cubre los gastos de viaje al lugar más cercano con tratamiento adecuado, siempre que el tratamiento no esté disponible en el lugar de residencia. Otros ejemplos de una cartera de prestaciones

en constante mejora son: el reembolso de algunos exámenes preventivos (100 por ciento desde 2016) y las vacunas.

Desde sus inicios el seguro de salud de la OIT ha pagado prestaciones complementarias que ayudaron a las personas afiliadas con problemas de salud graves y que habían alcanzado una cantidad determinada de gastos por cuenta propia según la tasa de reembolso regular. Estas prestaciones complementarias son una expresión clara y constante del principio de solidaridad en el que se basa la CSSP. En 2008, en el marco de las importantes reformas de la CSSP, las prestaciones complementarias pasaron del 95 al 100 por ciento, y el umbral a partir del cual son pagaderas se fijó como porcentaje de los ingresos de cada afiliado. Así pues, los gastos por cuenta propia se limitan ahora al 5 por ciento de la remuneración anualizada de los afiliados. Esto representa una importante garantía, que reduce la necesidad de contratar un seguro de salud complementario comercial.

Las prestaciones son las que definen la calidad de una póliza de seguro de salud. Lo que se puede reembolsar y lo que no será al final una cuestión de equilibrio entre cuatro factores principales: i) de particular importancia, la situación económica de la Caja del Seguro, que depende de las cotizaciones, la fluctuación de los tipos de cambio y la evolución del rendimiento del fondo de garantía; ii) el desarrollo general de la medicina, los diagnósticos disponibles y los tipos de tratamiento, iii) las necesidades sanitarias de los funcionarios, que vienen determinadas por las condiciones de trabajo y de vida, el estilo de vida y, iv) la idea de lo que constituye una “buena salud”.



© Hospital de Bangkok, Tailandia.



© Hospital Aga Khan, Dar-es-Salaam, Tanzania.



© Clínica Bíblica, San José, Costa Rica.

► 3.5. Tiempo tormentoso y ajustes necesarios (1977-2000)

A principios de los años setenta, el valor del dólar de los Estados Unidos frente al franco suizo, moneda en la que se pagaban la gran mayoría de las facturas médicas, cayó en picada. Lenta, pero constantemente, la depreciación aumentó los gastos del sistema del seguro de salud en términos de dólares.

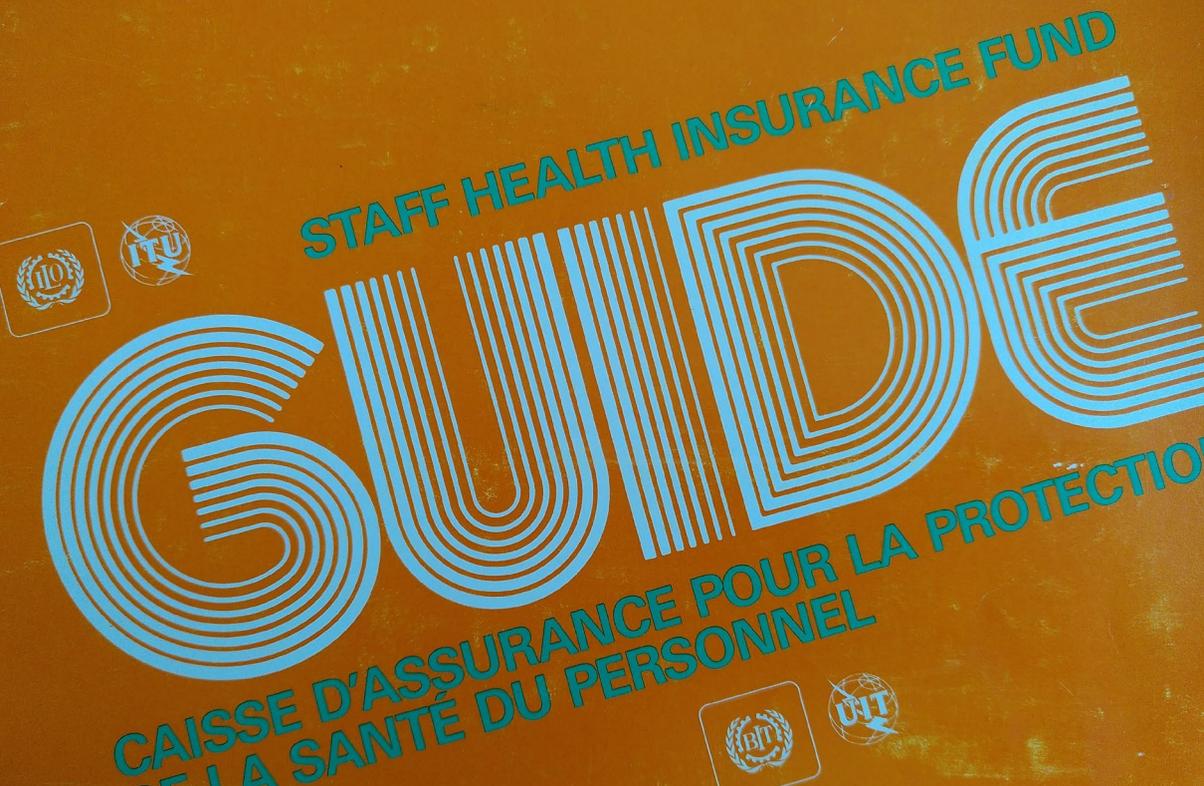
La situación financiera de la CSSP empeoró drásticamente en 1977, cuando Estados Unidos se retiró de la OIT por razones políticas. Dado que este país era el patrocinador más importante de los proyectos de cooperación técnica de las Naciones Unidas, su retiro afectó a muchas de las actividades de la OIT en el terreno. Los programas de asistencia técnica fueron recortados, y ello redujo sustancialmente el número de expertos de la OIT sobre el terreno, que pasó de 1072 en 1975 a 801 en 1977. La remuneración del personal profesional se estancó, y la

aceleración de las bajas aumentó la afiliación de jubilados en la CSSP.

Una revisión actuarial de 1977 hizo sonar la alarma, cuando por primera vez en años las prestaciones superaban las cotizaciones en un 16 por ciento. El fondo de garantía solo podía cubrir tres o cuatro meses de prestaciones. Para hacer frente a esta difícil situación preservando las prestaciones, el 1º de enero de 1978 entró en vigor un aumento del 20 por ciento de la cotización total (del 3 al 3,6 por ciento). La “medida correctiva”, como la denominó el Comité de Administración, dio los resultados esperados y estabilizó la Caja.

Paralelamente, se siguieron realizando esfuerzos para racionalizar la administración de la CSSP y la tramitación de las solicitudes de reembolso, de acuerdo con el objetivo de hacer más con menos personal. Dado que los recursos de personal de la secretaría de la CSSP eran insuficientes para garantizar una tramitación razonable de las solicitudes, se introdujeron las “solicitudes codificadas por el cliente”. Esto significó que las propias personas afiliadas a la CSSP rellenaban el formulario de solicitud de reembolso. La informatización seguía su curso. A finales de 1977 se instalaron ordenadores, se inició la formación del personal y a mediados de 1978 el sistema estaba plenamente operativo. El porcentaje de errores disminuyó, se introdujo un nuevo formulario de solicitud de reembolso y se publicó una guía explicativa destinada a los afiliados a la CSSP sobre cómo rellenarlo. Sin embargo, la informatización de las estadísticas de afiliación se retrasaba, pese a ser una herramienta importante para realizar cálculos y proyecciones actuariales precisas.

El regreso de Estados Unidos a la OIT en 1980 supuso un aumento favorable del personal. El franco suizo se fortaleció frente al dólar de los Estados Unidos, la inflación se ralentizó, y en varios países la situación



Este “folleto explicativo” fue una introducción útil a la CSSP, en especial para los expertos sobre el terreno y para el resto del personal que trabajaba fuera de Ginebra. © OIT

económica se estabilizó. Gracias a esta evolución, la CSSP navegó en aguas tranquilas durante un tiempo. El número de afiliados creció lenta pero constantemente y los gastos médicos se mantuvieron bastante estables.

Abordar la crisis de finales del decenio de 1980 y principios de los años noventa debida a varios factores

La calma de las aguas no duró mucho. El sistema del seguro de salud tuvo graves problemas nuevamente a finales del decenio de 1980 debido a la devaluación del dólar de los Estados Unidos desde mediados de ese decenio, el estancamiento de los salarios, el aumento de los gastos médicos en todo el mundo y un número cada vez mayor de afiliados jubilados cuyas prestaciones a menudo superaban sus cotizaciones.

Además de estos acontecimientos, hubo una serie de problemas en la gestión administrativa y financiera

que indirectamente contribuyeron a la crisis. Se constató que la CSSP carecía de una visión general sobre el importe exacto de las cotizaciones y los ingresos generados por el fondo de garantía. No había un control adecuado de los comprobantes de pago y se estaban produciendo casos de fraude, en especial fuera de Ginebra. Con objeto de solucionar la crisis, en 1986 se forzó un aumento de la cotización total del 3,6 al 4 por ciento.

Sin embargo, la medida no fue suficiente. En 1988, la CSSP estaba al borde de la insolvencia por primera vez en su historia. Las reservas estatutarias se habían reducido al mínimo de un mes de pago. La primera medida fue volver a elevar la cotización total, del 4 al 4,6 por ciento, y luego al 5,2 por ciento en 1989 y al 5,6 por ciento en 1990. Fueron aumentos sustanciales, pero justificado si se tenía en cuenta que, en el mismo periodo, la mayoría de los sistemas de seguro de salud comparables establecidos en Suiza habían duplicado o triplicado sus primas de seguro. Además, aunque solo por un año y por única vez en la historia de la CSSP, los afiliados en Europa tuvieron que aceptar una pequeña franquicia.

Se encontró una solución viable para los funcionarios jubilados incrementando su cotización total al 8,4 por ciento. Si bien pagaban la misma cotización que los funcionarios en ejercicio (el 2,8 por ciento), las administraciones de la OIT y la UIT cubrían los dos tercios restantes, lo que suponía un apoyo sustancial y una adaptación necesaria a los cambios demográficos. En conjunto, estas medidas estabilizaron la situación financiera de la CSSP manteniendo el nivel de prestaciones.

Al inicio de los años noventa, la gestión administrativa y financiera mejoró sustancialmente. Para evitar irregularidades, en el reglamento administrativo se introdujo el requisito de un comprobante de pago, aunque ello dio lugar a quejas en relación

con las facturas más pequeñas. En 1995, la práctica habitual de que los funcionarios jubilados transfirieran su cotización, lo que a menudo ocurría con retrasos, se sustituyó por una deducción mensual automática de la cotización de su pensión.

Para acelerar la tramitación de las solicitudes de reembolso a pesar de la reducida capacidad administrativa y el creciente número de solicitudes, en los años noventa se creó un sistema electrónico de información. Se necesitaron varios años, muchos contratimientos y considerables esfuerzos financieros hasta lograr en 1999 el cambio del antiguo sistema informático de IBM al nuevo sistema de información. Dos años más tarde, se puso en marcha el sitio web de la CSSP en tres idiomas.

Pese a los progresos, el resultado operativo seguía disminuyendo. El Comité de Administración estaba bastante inquieto por algunos acontecimientos de larga duración y preocupantes: el aumento de los gastos médicos; el estancamiento de los salarios; la disminución lenta pero continua de los cotizantes, en especial en los proyectos de cooperación técnica; el aumento constante de la proporción de jubilados afiliados a la CSSP, y a los altos gastos administrativos. Estas cuestiones dieron lugar a intensos debates sobre cómo hacer que la CSSP fuera más eficiente .

Este debate se produjo en un momento en el que, en muchos países, las políticas sociales se revisaban ante el aumento de la deuda y los costos de la asistencia social. Las nuevas teorías económicas neoliberales causaron la privatización de algunos servicios públicos, en particular, de la seguridad social y la asistencia sanitaria, lo que condujo a una creciente individualización de los riesgos, incluidos los sanitarios. Este cambio de paradigma, que es contrario al principio de la OIT de justicia social, se reflejaba en los debates de política de la OIT, y

además impregnaba los debates acerca del futuro de la CSSP. Así, surgieron algunas propuestas radicales. El monto de las cotizaciones podría, por ejemplo, basarse en la edad y el estado de salud en lugar de en el salario, como se hacía en muchos sistemas de seguros de salud privados.

Estas ideas fueron rechazadas de plano por el Comité de Administración, debido al obvio conflicto con los principios de igualdad y solidaridad. Aun así, siguió habiendo propuestas, entre otras, la de privatizar la CSSP o al menos descentralizar algunas de sus funciones administrativas.

¿Privatizar la CSSP para aumentar su eficacia ?

En los años noventa, el aumento de los gastos médicos, el estancamiento de los salarios, el envejecimiento de los afiliados, pero también los elevados costos administrativos y la lentitud en la tramitación de las solicitudes de reembolso dieron lugar a un intenso debate sobre la eficacia de la CSSP y la forma de mejorarla. Se analizaron tres hipótesis: i) la privatización de la CSSP, que la convertiría en un sistema de seguro de salud con ánimo de lucro, con primas en función de los perfiles de riesgo y con restricciones en cuanto a las enfermedades preexistentes; ii) la subcontratación de la tramitación de las solicitudes de reembolso a una empresa privada, que redundaría en una mayor experiencia profesional y un mejor apoyo informático, mientras que la supervisión y el riesgo seguirían siendo de la OIT; iii) la deslocalización de la administración de la CSSP a una oficina de la OIT en otra región del mundo, con una dotación de personal administrativo local cualificada y menos costosa.

El Comité de Administración quería evitar la privatización, que la Administración de la OIT se había efectivamente planteado a finales del decenio de 1990, para consternación de los representantes del personal,



La revista UNION informó a los funcionarios de la OIT sobre los planes de externalización. © OIT

tanto de la OIT como de la UIT. Un argumento importante en contra era que la CSSP era un sistema mutualista, propiedad al 50 por ciento de los afiliados del personal.

La segunda hipótesis, esto es, la externalización y subcontratación de las funciones de la CSSP, fue objeto de una acalorada polémica en el año 2000. Gracias a la “firme resistencia del Comité de Administración”, según la revista UNION, esta alternativa pudo evitarse, el tema volvió a plantearse, aunque sin éxito, en 2006, cuando la CSSP volvió a atravesar una situación económica difícil.

Mientras tanto, el volumen de solicitudes de reembolsos había crecido sin cesar, y la liquidación de las mismas en todo el mundo se había vuelto cada vez más lenta. Para reabsorber los retrasos, la CSSP recurrió a las horas extraordinarias del personal encargado de tramitar las solicitudes, pero esta no podía ser una solución de larga duración. Otra complicación fue que la plataforma tecnológica del sistema electrónico de información del sistema de seguro de salud se había quedado anticuada.

En 2010, la Administración de la OIT encomendó un estudio de viabilidad a la empresa consultora Dalberg Global Development Advisors. El objetivo era analizar el posible aumento del rendimiento de la transferencia de algunos de los servicios financieros de la OIT (nóminas) y de las funciones de liquidación de los reembolsos de la CSSP a las oficinas externas de la OIT.

El estudio aclaró que la descentralización no era conveniente para ninguno de los dos servicios. Por lo que respectaba a la CSSP, el idioma era un obstáculo para trasladar los servicios al extranjero (por ejemplo, la mayoría de las solicitudes de reembolso procedían de la zona de Ginebra y estaban en francés).

Ese mismo año se encomendó a la empresa Dalberg un estudio de seguimiento sobre la posibilidad de externalizar el tratamiento de las solicitudes de reembolso a un administrador del sector privado. Dalberg utilizó información de compañías de seguros privadas y entrevistó a cinco organizaciones internacionales (entre ellas, CERN y la UNESCO) que tenían un sistema de seguro de salud del personal similar, pero que habían externalizado el tratamiento de las solicitudes de reembolso. El Comité de Administración llegó a la conclusión de que el informe Dalberg no aportaba pruebas suficientes de que la externalización representara un beneficio financiero importante, y de que algunas de las desventajas conexas se habían subestimado.

Con la actual digitalización del trabajo administrativo, las posibilidades de deslocalizarlo o externalizarlo se han vuelto aún más atractivas. Si esta solución redundaba en beneficio de la CSSP, seguirá siendo objeto de debate.

► 3.6. Mantener el rumbo: La CSSP en el siglo XXI

Adaptarse a sociedades cambiantes

A medida que el mundo se adentraba en el siglo XXI, la OIT y la CSSP tuvieron que adaptarse a sociedades que cambiaban. En muchos países se cuestionaba cada vez más el modelo convencional del sostén de familia, que había sido la base de las políticas

sociales y de los Convenios de seguridad social de la OIT. Los modelos de familia se diversificaron, y los fuertes movimientos contra la discriminación empujaron a los gobiernos a reconocer a las parejas distintas a las de un matrimonio convencional, incluidas las del mismo sexo.

En marzo de 2004, las Naciones Unidas reconoció jurídicamente las parejas de hecho. Esta política afectaba a las parejas del mismo sexo y a las heterosexuales que no vivían según un modelo de matrimonio convencional. En los años siguientes, los organismos del sistema de las Naciones Unidas adaptaron sus políticas. En 2006, el Estatuto del Personal de la OIT reconoció como “cónyuges” a las parejas de los funcionarios que viven en pareja de hecho, incluidas las uniones del mismo sexo, si la legislación del país de origen preveía prestaciones y derechos comparables para la condición de “pareja de hecho” que para el matrimonio (una limitación que sigue siendo sumamente criticada y todavía vigente). Este reconocimiento significó que los funcionarios de la OIT que viven en pareja de hecho, así como las personas a su cargo, podrían estar en condiciones de afiliarse a la CSSP (dependiendo del país de origen).

Importantes reformas de la CSSP

Por primera vez desde 1987, en el año 2000 la CSSP registró un déficit neto de explotación debido principalmente al aumento general de los gastos médicos en Suiza, y a la evolución demográfica. Las medidas de contención de los gastos adquirieron una importancia especial, por sí mismas y para mostrar al Consejo de Administración de la OIT y a la UIT que se habían hecho esfuerzos para reducir los gastos. En 2001, un grupo de trabajo comenzó a examinar esta cuestión, que, si bien no era nueva, se había vuelto urgente.



La eliminación de cualquier tipo de discriminación en el lugar de trabajo, incluida la basada en la orientación sexual, fue uno de los cuatro derechos fundamentales de la Declaración de la OIT de 1998 sobre los principios y derechos fundamentales en el trabajo. Quedó consagrada en el [Convenio de la OIT sobre la discriminación \(empleo y ocupación\), 1958 \(núm. 111\)](#). © OIT

En los años siguientes, la situación empeoró, y los estudios actuariales preveían que el déficit acabaría por agotar el fondo de garantía en 2008. Habida cuenta de que las cotizaciones se habían mantenido estables desde 1990, la primera medida fue volver a aumentar en enero de 2006 la cotización total de cada afiliado a la CSSP del 2,8 al 3,3 por ciento.

Aplicando una perspectiva de estabilización financiera más a largo plazo fueron introduciéndose progresivamente una serie de reformas. De particular importancia es la introducción de cotizaciones separadas para las personas aseguradas automáticamente: en enero de 2008, respecto de los cónyuges a cargo, al 30 por ciento de la cotización del asegurado, y en enero de 2010, respecto de los hijos a cargo, al 10 por ciento de la cotización de la persona asegurada por un hijo, y al 20 por ciento por dos o más hijos. De este modo, un afiliado con un cónyuge y dos hijos pagaba una cotización del 4,95 por ciento, frente a la tasa básica del 3,3 por ciento, y la Administración

aportaba la misma cantidad. La decisión de pedir a las familias un esfuerzo suplementario se basó en un cuidadoso análisis actuarial realizado por el Departamento de Seguridad Social de la OIT. Seguía siendo compatible con lo estipulado en el Convenio de la OIT núm. 102 de 1952 sobre las normas mínimas en materia de seguridad social, que establece que “las personas protegidas comprenderán [...] también a sus esposas e hijos” (artículo 9), pero que “la participación del beneficiario o del sostén de familia deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo”.

El 1o de mayo de 2014 se cerró un capítulo importante de la historia del seguro de salud de la OIT; ya no era un sistema común. La UIT decidió abandonarlo, debido a su estructura demográfica menos favorable y porque las cotizaciones a menudo no cubrían las prestaciones pagadas a sus funcionarios. Esta situación había dado lugar a tensiones durante un tiempo, y muchas cuestiones debieron resolverse mediante arbitraje. La UIT comenzó a asegurar a su personal con una compañía de seguros privada, aunque en 2020 volvería a un sistema mutualista, esta vez, al sistema de seguro de salud del personal de las Naciones Unidas.

En el último decenio de sus 100 años de historia, la CSSP siguió protegiendo al personal de la OIT y mejorando las prestaciones en un contexto en continua mutación. Así lo ha hecho con apenas un ligero aumento de la tasa básica para cada afiliado, del 3,3 a casi el 3,55 por ciento (en 2017).

Un siglo de contención de costos

La viabilidad de un seguro de salud depende del equilibrio entre gastos e ingresos. Mantener este equilibrio es una tarea compleja. En tiempos de crisis, cuando los gastos superan los ingresos, solo hay dos estrategias: aumentar las cotizaciones y/o reducir las prestaciones. Sin embargo, en una perspectiva a largo plazo, es necesario contener los gastos médicos. Esta fue desde el principio una de las principales preocupaciones del Comité encargado del Seguro de Salud de la OIT.

La medida más obvia era prevenir la enfermedad por completo. Después de todo, unos afiliados sanos son la mejor garantía de un sistema de seguro de salud financieramente sano.

Desde los primeros años, los consejeros médicos de la OIT han proporcionado información al personal sobre cómo preservar la buena salud, a menudo en la revista del Sindicato del Personal. Ya en 1930, por ejemplo, el Dr. Weber-Bauler advirtió que los funcionarios de la OIT eran trabajadores intelectuales por excelencia y, por tanto, propensos al agotamiento nervioso. Declaró que debían adoptar hábitos saludables y “eliminar el papeleo innecesario, que solo genera polvo, abrir las ventanas, hacer ejercicio “como los británicos” y limitar las distracciones nocturnas para dormir bien”.

Al crearse la nueva CSSP en 1969, se incluyó la atención médica preventiva en el sistema de prestaciones. En los años sesenta y setenta, cuando cada vez más funcionarios de la OIT trabajaban en el terreno, el Consejero Médico informaba regularmente sobre los riesgos para la salud relacionados con el trabajo en condiciones climáticas complicadas. Basándose en mejores pruebas científicas, los conocimientos sobre prevención no han dejado de aumentar desde entonces. El personal de la OIT puede obtener un amplio abanico de información sobre cómo prevenir condiciones de



El Dr. Léon Weber-Bauler, aquí sobre sus esquís en el invierno de 1938, fue un modelo para el personal de la OIT, que a menudo carecía de actividades sistemáticas al aire libre. © OIT

salud muy extendidas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades relacionadas con la salud mental.

En 2015, por primera vez en la historia de la CSSP, el Comité de Administración consideró que la prevención debía formar parte de la política de la CSSP y que algunos exámenes preventivos (como las mamografías y las colonoscopias) y la vacunación contra la gripe debían ser reembolsados al 100 por ciento.

Otra importante estrategia de contención de costos consistió en trabajar en el lado de la oferta de la atención médica, por ejemplo, buscando un acuerdo con la comunidad médica de Ginebra, donde se produjo y se sigue produciendo la mayor parte de los gastos.

En 1923, gracias a las buenas conexiones del Dr. Weber Bauler con los médicos locales, se llegó a un modus vivendi con la Sociedad Médica de Ginebra. Los médicos se comprometieron a proporcionar al personal de la OIT el mejor trato en condiciones justas, sin cobrarles

más que a sus pacientes ginebrinos. Sin embargo, rechazaron cualquier obligación al respecto.

Este *modus vivendi* se retomó a principio del decenio de 1950, aunque siguió siendo “no vinculante”, como antes de la Segunda Guerra Mundial.

Dado que nunca fue posible llegar a un acuerdo sustancial en torno a los honorarios fijos de los médicos, solo había dos soluciones: i) el control de las facturas por atención médica, a fin de detectar cobros excesivos, o ii) una decisión anticipada del Comité de Administración sobre si un tratamiento estaba justificado o era un lujo. El Consejero Médico desempeñaba un papel crucial en este sentido, pero también la enfermera de la Oficina. Ésta debía dar cuenta de los “casos sospechosos de tratamiento inadecuado por parte de los médicos de los pacientes”. Hasta bien entrados los años sesenta, los funcionarios debían presentar un formulario debidamente cumplimentado para informar al Comité de cada visita médica y solicitar la aprobación del Consejero Médico para cualquier tratamiento más prolongado.

Con la ampliación del número de afiliados, ya no fue posible mantener estos controles estrictos. Sin embargo, incluso hoy en día, el Reglamento Administrativo estipula claramente que el Comité de Administración puede reducir el reembolso cuando considere que, tras consultar al Consejero Médico, determinados gastos son excesivos. Y para ciertos tipos de tratamientos costosos sigue siendo necesaria la aprobación del Comité de Administración.

Otra estrategia en el lado de la oferta para la contención de los costos fue la reducción de los gastos en medicamentos. Ya en los años veinte, y hasta bien entrado el decenio de 1950, los afiliados al Seguro de Salud de la OIT se beneficiaban de reducciones en las farmacias cooperativas de Ginebra. Después de la Segunda

Guerra Mundial, y en un contexto de progreso farmacéutico y de “cientifización” de la medicina, se limitó el reembolso de los productos parafarmacéuticos, que al parecer solían prescribirse para tratar afecciones menores o crónicas, ya que su eficacia no podía demostrarse científicamente.

Desde entonces, la secretaría de la CSSP mantiene un listado de productos no reembolsables. En la actualidad, un medicamento considerado no reembolsable en Suiza y Francia puede ser reembolsado cuando se reconoce en el ámbito del sistema general de seguro de salud del país, distinto de Suiza o Francia, en el que se ha prescrito el medicamento.

La esfera más importante de contención de costos era y sigue siendo la atención institucional (tratamiento médico y alojamiento en hospitales). A partir del año 2000, ha pasado a ser el ámbito de gasto más importante. Ya a principios del decenio de 1980, la OIT y otras organizaciones internacionales con sede en Ginebra se dieron cuenta de que era necesario aunar fuerzas para negociar tarifas aceptables con los hospitales privados. Estas iniciativas se intensificaron y dieron lugar a una colaboración bien establecida a ese fin entre la CSSP y los sistemas de seguro de salud de la Organización Europea de Investigación Nuclear (CERN), la OMS y la ONUG.

Llegar a acuerdos con proveedores de atención médica fuera de la zona de Ginebra es más complicado. Recientemente, la CSSP celebró una alianza con una entidad privada reconocida, a fin de ofrecer a los afiliados una red de proveedores de asistencia sanitaria, tanto en América Latina y el Caribe como en Asia, África y Oriente Medio, sobre todo para la hospitalización no urgente. Esto ha permitido a la CSSP al mismo tiempo mejorar el acceso de los afiliados a la asistencia sanitaria y realizar más ahorros.

En las dos últimas décadas, las estrategias de contención de costos “en el lado de la oferta” han ganado en eficacia. Sin embargo, el éxito de este sistema depende de los afiliados a la CSSP. En 2006, cuando la situación financiera era (de nuevo) grave, el Comité de Administración subrayó: “Depende de todos nosotros que desempeñemos nuestro papel en el control de los costos cuestionando el costo de las facturas médicas que consideremos inexactos o poco razonables”.

La contención del gasto tiene también una dimensión de oferta. El Comité de Administración de la CSSP siempre se ha opuesto a impedir que sus afiliados recurrieran a determinados proveedores de asistencia sanitaria, o a organizar la asistencia médica básica en el marco de la OIT y/o de las Naciones Unidas, soluciones que hubieran sido contrarias al principio fundamental de libre elección del proveedor de atención de salud. Más bien ha ofrecido opciones alternativas para reducir los costos, especialmente en lo que respecta a la atención institucional (ofreciendo el reembolso del 100 por ciento de los gastos de hospitalización cuando se está en el pabellón común o introduciendo el reembolso de la atención domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria). En última instancia, la CSSP solo puede seguir ofreciendo un amplio programa de prestaciones si todos los afiliados asumen el esfuerzo de contención de los gastos.

► 3.7. Un vistazo a las cifras y las tendencias

Recopilar la historia cuantitativa de la CSSP no es tarea fácil. Habida cuenta del progreso tecnológico en la recopilación y el análisis de datos, las primeras estadísticas no se parecen a las disponibles hoy en día. Los objetos de medición han

cambiado con el tiempo. Por ejemplo, los datos de afiliación se desglosaban por sexo hasta 1950, año en el que el interés pasó a centrarse en los asegurados (miembros del personal, ex miembros del personal, familiares) y su ubicación. Hasta 1967 los gastos se calculaban en francos suizos, y no en dólares de los Estados Unidos. Los cuatro gráficos siguientes dan una idea de las principales tendencias en cuanto a número de afiliados, tasa de cotización, evolución financiera y gastos medios por persona asegurada en la OIT. (NOTA: los datos correspondientes al periodo 1940–1947 solo se refieren al número reducido de personal que quedaba en Ginebra.)

El primer gráfico ilustra la expansión de la CSSP a lo largo de sus 100 años de historia. Al principio, el número de afiliados cotizantes era idéntico al número total de afiliados protegidos (ya que los familiares no estaban cubiertos). El sistema simple de dos categorías cesó a partir de 1958. El aumento del número de afiliados es claramente visible y refleja dos hechos: la ampliación de la cobertura para incluir a los jubilados y a las personas a cargo, y diversos grupos de personal, y la expansión geográfica de las actividades de la OIT en las décadas de 1960 y 1970 a países en desarrollo.

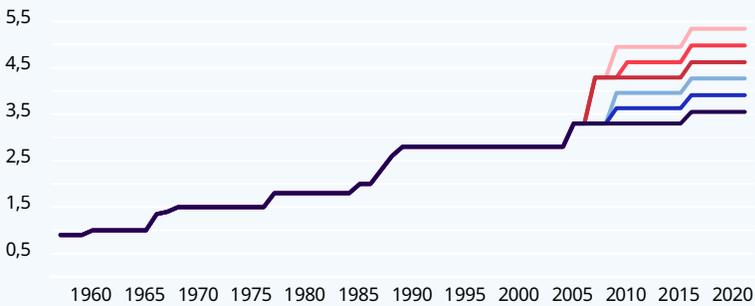
El segundo gráfico muestra la evolución de las tasas de cotización desde 1958, año en que la OIT pasó de la cotización de cuantía fija por tramo salarial a una tasa única calculada como porcentaje del salario de cada miembro del personal. La tasa de cotización de los funcionarios ha ido aumentando en el tiempo. El aumento fue especialmente fuerte tras el abandono de la tasa de

► **Gráfico 1. Miembros asegurados (OIT exclusivamente), 1922-2021**



- 1 1951: Los jubilados permanecen asegurados
- 2 1958: Se asegura a los miembros de la familia
- 3 1961: Se asegura al personal local de las oficinas de la OIT fuera de Ginebra
- 4 1969: El personal de los proyectos en el terreno y sus familias están cubiertos. En 1971 se afilia también al personal del centro de Formación de Turín

► **Gráfico 2. Tasa de cotización de los funcionarios en ejercicio, 1958-2022**



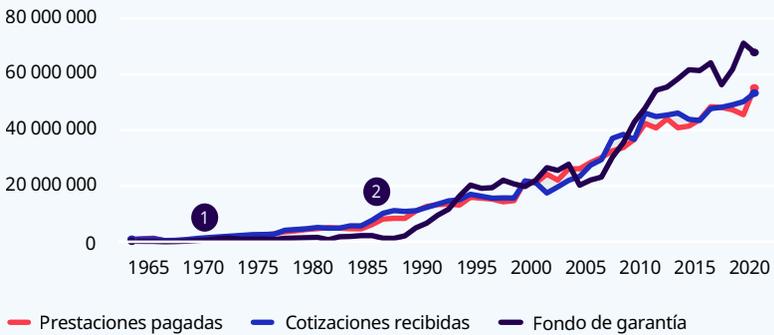
- Personal sin personas a cargo
- Personal con un hijo a cargo
- Personal con dos o más hijos a cargo
- Personal con cónyuge a cargo
- Personal con un cónyuge y un hijo a cargo
- Personal con un cónyuge y dos o más hijos a cargo

cotización única en 2008 y la creación de tasas de cotizaciones específicas para los cónyuges e hijos a cargo. No obstante, las cotizaciones se mantuvieron estables por periodos prolongados (16 años entre 1990 y 2005, por ejemplo).

Una tendencia continua al alza caracteriza también la evolución financiera de la CSSP desde 1967, año en que la contabilidad pasó a hacerse en dólares de los Estados Unidos. La fase crítica fue la de mediados del decenio de 2000, cuando los gastos superaron a los ingresos (las cotizaciones y los ingresos generados por el fondo de garantía) durante varios años y el fondo de garantía se acercaba a su mínimo reglamentario. En general, en este tercer gráfico se observa que la CSSP siempre ha conseguido evitar una divergencia entre las cotizaciones y los gastos. De la tendencia también se desprende que el fondo de garantía ha desempeñado su papel de fondo amortiguador para evitar medidas urgentes y drásticas.

El cuarto gráfico muestra los costos medios anuales desde 1967. Los gastos empezaron a subir bastante a mediados de la década de 1980 y no han cesado de aumentar desde entonces. Esto obedece a diversas razones, sobre todo a la evolución del gasto médico en general y al creciente número de afiliados de edad avanzada.

► **Gráfico 3. Ingresos, gastos y fondo de garantía, 1967-2021**
(en dólares de los EE.UU.)



1 1971 : 1^{er} año en el que los gastos sobrepasan 1 millón de dólares EE.UU.

2 1987 : 1^{er} año en el que los gastos sobrepasan los 10 millones de dólares EE.UU.

► **Gráfico 4. Gastos medios por asegurado, 1967-2021**
(en dólares EE.UU.)



Descargo de responsabilidad: los datos de estos gráficos se recopilaron a partir de los informes anuales y los estados financieros de la CSSP. En ocasiones, distintas fuentes presentan datos diferentes para un mismo año. Los autores hicieron todo lo posible por utilizar únicamente los datos que parecían coherentes.



4

Agradecimientos a la CSSP: Tres testimonios

► Desde Madagascar

Trabajo en la Oficina de la OIT en Antananarivo (Madagascar). Estoy casada y tengo dos hijos mayores. En primer lugar, me gustaría felicitar a la CSSP por su 100° aniversario. Enhorabuena a todos los dedicados colegas de la CSSP, que no escatiman esfuerzos para servir al bienestar de sus colegas y de sus respectivas familias en todo el mundo.

Mi familia y yo hemos vivido momentos muy difíciles desde el punto de vista de la salud. Más de una vez me sentí desfallecer. En cada uno de estos momentos, la CSSP siempre estuvo presente para apoyarnos, para ayudarnos a encontrar soluciones de asistencia, en particular para mi marido. Siempre pudimos contar con la profesionalidad y el enfoque centrado en las personas de los equipos de la CSSP y del Departamento de Recursos Humanos.

En nombre de mi familia y en el mío propio, muchas gracias por su apoyo incondicional. Son extraordinarios.

¡Larga vida a la CSSP!

► Desde Bangkok

Me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a la CSSP en la ocasión especial de su centenario. Durante la larga enfermedad de mi marido, los colegas de la CSSP prestaron un apoyo constante en lo que respecta al tratamiento médico, los suministros médicos y los equipos. Me asesoraron para que mi marido recibiera el mejor tratamiento. Los colegas de la CSSP no solo se ocuparon de todos los problemas relacionados con la atención médica, sino que también proporcionaron un apoyo moral inestimable durante nuestra lucha por ayudar a mi marido.

Cuando su enfermedad entró en fase terminal, volví a recurrir a la CSSP para conseguir el equipo médico y los cuidados de enfermería necesarios para que mi marido pudiera quedarse en casa conmigo y sentirse lo más cómodo posible, ya que era su último deseo. Me sentí muy agradecida de que la CSSP nos lo hiciera posible. No podría haber pasado por todo esto sola sin su apoyo.

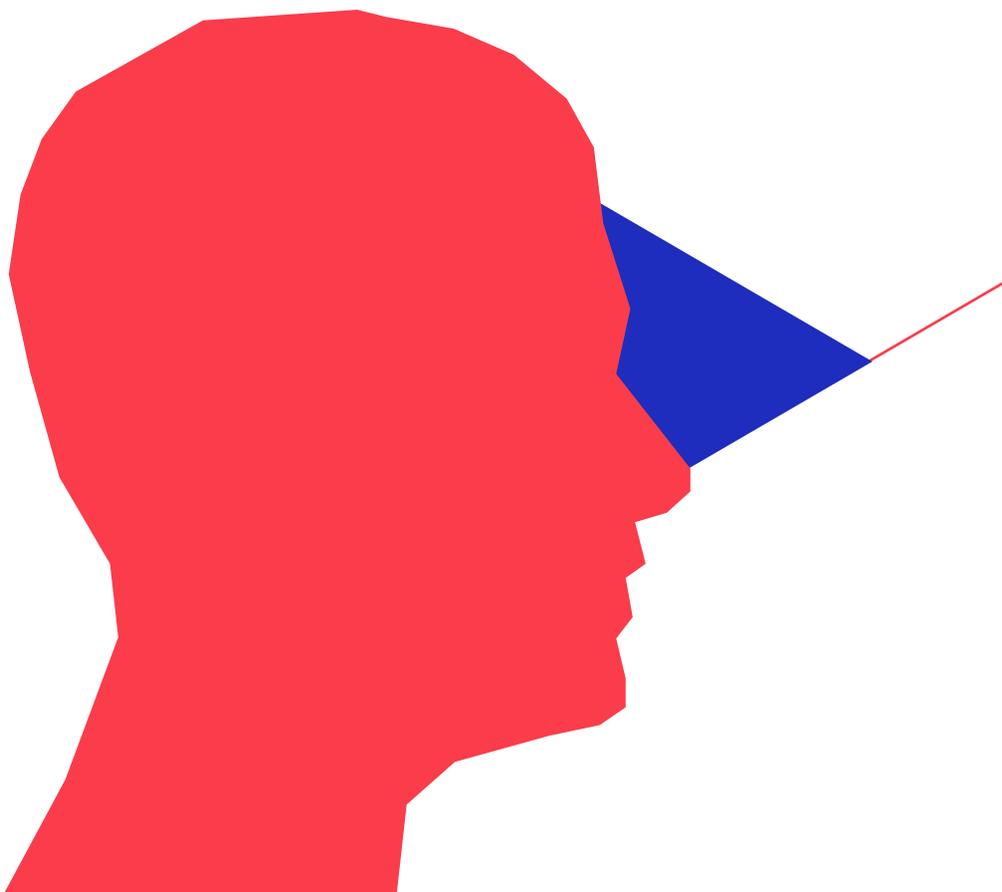
He sido testigo de muchos otros casos graves en los que la CSSP prestó un apoyo integral. Por ejemplo, pagando anticipos a las instituciones médicas. Esto ayuda a reducir el estrés de los afiliados a la CSSP y sus familias. La capacidad de respuesta de la CSSP ante un caso grave marca una gran diferencia con respecto a la calidad del servicio prestado por las compañías de seguros. De hecho, la CSSP no solo proporciona prestaciones médicas, sino que cumple con un deber de proteger, algo de suma importancia.

Gracias a todos los colegas de la CSSP.

► Desde Ginebra

En mi país, había hecho psicoterapia debido al fallecimiento repentino de mi padre y las sesiones a las que tenía derecho se agotaron. Estoy muy agradecido de haber podido retomar el tratamiento tras incorporarme a la OIT, y de que esté cubierto por la CSSP. Los créditos anuales para la psicoterapia tuvieron un efecto positivo en mi vida.

Además, a diferencia de [la cobertura] de otros seguros de salud, la CSSP permitió que mi cónyuge y yo recurriéramos a la fertilización in vitro incluso habiendo superado los límites de edad habituales. ¡Somos los felices padres de un niño feliz!



5

**Reflexiones finales
para los próximos
100 años**

Desde 1922, la CSSP ha proporcionado cobertura para proteger al personal de la OIT, a los funcionarios jubilados y a sus familias en todo el mundo. Ha seguido respondiendo a los retos convencionales en el sector de los seguros de salud - el aumento del gasto médico, la proporción creciente de asegurados de edad avanzada, las fluctuaciones de los tipos de cambio - y los presupuestos de la OIT de crecimiento cero.

La CCSP es cada vez más consciente de los problemas que afrontan las personas aseguradas en las diferentes regiones de trabajo de la OIT. Ha ideado nuevas herramientas para atender a sus necesidades específicas, lo cual es una de las máximas prioridades de su estrategia de servicios al cliente.

Enfrentó retos sin precedentes, como la pandemia de COVID-19. La CSSP ha reembolsado los gastos por pruebas prescritas por los médicos y vacunaciones, así como gastos por problemas de salud relacionados con las consecuencias de larga duración de la enfermedad y con las medidas adoptadas para llegar a controlar la pandemia.

En el futuro, la CSSP debe adaptarse a las consecuencias sanitarias del cambio climático, que afectan en particular a los funcionarios que trabajan en el Sur Global. Y la creciente digitalización del trabajo en la OIT vendrá acompañada de su propia gama de problemas de salud para los que los funcionarios de la OIT buscarán atención médica.

Por último, las sociedades cambian, y con ellas el debate sobre si determinados tratamientos médicos deben considerarse gastos reembolsables y, por lo tanto, si deben ser pagados por la comunidad de todos los miembros de la CSSP, de acuerdo con los valores de los derechos humanos de la OIT y el principio de solidaridad del sistema de seguro.

Al arrancar el segundo siglo de la CSSP, el Comité de Administración seguirá rigiéndose por estos valores y principios. La historia del sistema refleja la importancia de involucrar a todas las personas aseguradas para dar forma al futuro de la CSSP. Las posibilidades de innovar en torno a su modelo de funcionamiento serán importantes factores de cara a la sostenibilidad financiera de la Caja para las generaciones actuales y futuras de funcionarios de la OIT. Por encima de todo, la buena gobernanza, la transparencia y un enfoque consciente de los costos por parte de todas las personas afiliadas en relación con los gastos de asistencia sanitaria serán determinantes para preservar la viabilidad de la CSSP.

Impulsar la justicia social, promover el trabajo decente

La Organización Internacional del Trabajo es la agencia de las Naciones Unidas para el mundo del trabajo. Reunimos a gobiernos, empleadores y trabajadores a fin de mejorar las condiciones de trabajo de todas las personas, promoviendo un enfoque del futuro del trabajo centrado en el ser humano a través de la creación de empleo, los derechos en el trabajo, la protección social y el diálogo social.

En sus 100 años de existencia, la CSSP ha evolucionado, pasando de ser un sistema de seguro de salud inicialmente disponible solo a los funcionarios en ejercicio de la sede, a dar cobertura a todos los funcionarios de Ginebra y en el terreno, a los antiguos funcionarios, independientemente del lugar donde vivan, así como a sus familias. Poner a disposición del personal en el terreno una atención médica de calidad ha sido una esfera de acción prioritaria para la CSSP, que se ha mantenido fiel a sus principios fundadores: la solidaridad entre las personas aseguradas en diferentes situaciones cualesquiera sean sus ingresos, su estado de salud y su edad, y la gobernanza conjunta a través de representantes del Director General y de los representantes de las personas aseguradas.

ilo.org

Oficina Internacional del Trabajo
Route des Morillons 4
1211 Ginebra 22
Suiza