

► **Estatutos y Reglamento Administrativo
de la Caja del Seguro de Salud
del Personal**

► Índice

	Página
Estatutos de la Caja del Seguro de Salud del Personal	7
Artículo 0.1. Objetivos.....	7
Artículo 0.2. Sede.....	7
Capítulo I. Ámbito de aplicación	8
Artículo 1.1. Personas protegidas.....	8
Artículo 1.2. Personas aseguradas obligatoriamente.....	8
Artículo 1.3. Personas aseguradas voluntariamente	9
Artículo 1.4. Retiro de la Caja de las personas aseguradas voluntariamente	10
Artículo 1.5. Personas a cargo protegidas automáticamente	10
Artículo 1.6. Personas a cargo protegidas voluntariamente	11
Artículo 1.7. Cobertura en casos excepcionales	12
Artículo 1.8. Cobertura de los funcionarios del Centro Internacional de Formación de la OIT	12
Capítulo II. Prestaciones	13
Artículo 2.1. Libre elección del médico, del farmacéutico y del establecimiento médico .	13
Artículo 2.2. Prestaciones ordinarias.....	13
Artículo 2.3. Transferencia de derechos.....	13
Artículo 2.4. Supresión o límites del derecho a las prestaciones	14
Artículo 2.5. Prestaciones adicionales.....	14
Artículo 2.7. Protección por otro régimen de seguro o servicio para la protección de la salud	14
Artículo 2.8. Responsabilidad de terceros	15
Artículo 2.9. Enfermedades o accidentes de origen profesional	16
Artículo 2.10. Pago de las prestaciones	16
Artículo 2.10 bis. Acuerdos entre la Caja y los proveedores de servicios.....	16
Artículo 2.11. Suspensión y prescripción de derechos	17
Artículo 2.11 bis. Fraude contra la Caja	17
Artículo 2.11 ter. Expulsión de la Caja o terminación de la cobertura en caso de fraude o atrasos	18
Artículo 2.12. Derecho preferente de compra por la Caja de los aparatos que ya no necesita el asegurado	18
Artículo 2.13. Tipo de cambio	19

Capítulo III. Financiamiento.....	20
Artículo 3.1. Fuentes de financiación.....	20
Artículo 3.2. Cotizaciones en el caso de los funcionarios y de las personas a su cargo protegidas automáticamente.....	20
Artículo 3.3. Cotizaciones en el caso de los ex funcionarios y las personas a cargo de los mismos protegidas automáticamente	20
Artículo 3.4. Cotizaciones en el caso de los sobrevivientes y de las personas a su cargo protegidas automáticamente.....	21
Artículo 3.5. Cotizaciones en el caso de las personas a cargo protegidas voluntariamente	22
Artículo 3.6. Tasas de las cotizaciones.....	22
Artículo 3.7. Deducción y transferencia de las cotizaciones	24
Artículo 3.8. Fondo de garantía y medidas para asegurar el equilibrio financiero ..	24
Artículo 3.9. Reaseguro.....	24
Artículo 3.10. Revisión actuarial.....	25
Artículo 3.11. Contabilidad e inversiones	25
Capítulo IV. Administración.....	26
Artículo 4.1. El Comité de Administración.....	26
Artículo 4.2. Elección de los miembros y duración del mandato del Comité de Administración	26
Artículo 4.3. Cobertura de los puestos vacantes en el Comité de Administración ...	26
Artículo 4.4. Presidente y Vicepresidente	27
Artículo 4.5. Reuniones del Comité de Administración.....	27
Artículo 4.6. Decisiones del Comité de Administración	27
Artículo 4.7. Funciones del Comité de Administración	27
Artículo 4.8. El Subcomité Permanente	28
Artículo 4.9. Presidente del Subcomité Permanente	28
Artículo 4.10. Metodología de trabajo del Subcomité Permanente.....	28
Artículo 4.11. Funciones del Subcomité Permanente	29
Artículo 4.12. Secretario Ejecutivo de la Caja.....	29
Artículo 4.13. Asesor Médico.....	30
Artículo 4.14. Auditor	30
Artículo 4.15. Consultas a los asegurados	30
Artículo 4.16. Asamblea General	30
Artículo 4.17. Enmiendas	31

Artículo 4.18.	Comisión de Arbitraje	31
Artículo 4.19.	Disolución de la Caja	31
Capítulo V. Disposiciones varias.....		33
Artículo 5.1.	Interrupción de la protección o del servicio.....	33
Artículo 5.2.	Formularios y autorizaciones	33
Artículo 5.3.	Revisión de las decisiones a solicitud de las personas aseguradas.....	34
Artículo 5.4.	Discrepancias de opinión sobre cuestiones de naturaleza médica	34
Artículo 5.5.	Discrepancias de opinión sobre cuestiones de otra naturaleza	34
Artículo 5.6.	Entrada en vigor de los Estatutos	35
Anexo I. Baremo de Prestaciones		37
Anexo II. Reglamento de elecciones		45
Reglamento administrativo de la Caja del Seguro de Salud del Personal.....		49

► Estatutos de la Caja del Seguro de Salud del Personal

Artículo 0.1

Objetivos

La Caja del Seguro de Salud del Personal de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), que se llamará de ahora en adelante «la Caja», tiene por finalidad asegurar, dentro de los límites prescritos por los presentes Estatutos y su Reglamento Administrativo, el reembolso de los gastos que las personas que protege se vieran obligadas a hacer para la protección de su salud, y en especial para atención médica en caso de enfermedad, accidente o maternidad, así como para la atención médica preventiva personal.

Artículo 0.2

Sede

La Caja tiene su sede en la Oficina Internacional del Trabajo.

Capítulo I. Ámbito de aplicación

Artículo 1.1

Personas protegidas

1. Las personas protegidas por la Caja son:
 - a) los asegurados, es decir las personas aseguradas por derecho propio obligatoria o voluntariamente, por su calidad de miembro del personal, de ex miembro del personal o de sobreviviente de una persona en esa condición, y
 - b) algunas categorías de miembros de la familia de un asegurado (que se llamarán de ahora en adelante «personas a cargo»), protegidas automática o voluntariamente.
2. Los asegurados deberán pagar las cotizaciones prescritas para ellos y para las personas a su cargo y, normalmente, recibirán las prestaciones a que tengan derecho para ellos y para las personas a su cargo.

Artículo 1.2

Personas aseguradas obligatoriamente

1. Son asegurados obligatorios:
 - a) los funcionarios de los servicios orgánicos y de los servicios generales, a excepción de los miembros del personal de limpieza contratados a tiempo parcial, que trabajen en la sede de la OIT y que sean nombrados por lo menos por seis meses o que obtengan una prolongación de su contrato, con lo que la duración total presumible de sus servicios continuos asciende por lo menos a seis meses; en este último caso, la afiliación se hará efectiva a partir del primer día del mes que sigue a la notificación oficial de la prolongación;
 - b) los funcionarios de los servicios orgánicos y de los servicios generales que no sean contratados localmente, cuando presten servicio en oficinas exteriores de la OIT, a reserva de las condiciones del apartado a); sin embargo, los funcionarios que presten servicio en una oficina de enlace, una oficina de correspondencia o una oficina de corresponsal nacional de la OIT podrán afiliarse en su lugar de destino a un seguro de protección de la salud auspiciado por las Naciones Unidas, por un organismo especializado o por una organización afin¹, o aprobado por el Director General de la OIT;
 - c) los funcionarios de los servicios generales contratados localmente que presten servicio en oficinas exteriores de la OIT, a reserva de las condiciones del apartado a), cuando no cumplan las condiciones de afiliación a un régimen de seguro de salud en su lugar de destino aprobado por el Director General de la OIT, y
 - d) a condición de no estar ya afiliados a un régimen obligatorio de seguro de salud en su lugar de destino, los funcionarios designados para proyectos de cooperación técnica de conformidad con las condiciones estipuladas en el apartado a) que antecede.

No obstante los apartados anteriormente mencionados no se aplicarán a un funcionario contratado a tiempo parcial que sea:

¹ En el artículo 1.2.1 del Reglamento Administrativo figura la lista de organizaciones afines.

- i) o bien una persona a cargo protegida automáticamente de conformidad con el artículo 1.5 o asegurada por otro régimen de seguro de salud y que, en tales condiciones, opta por no ser una persona obligatoriamente asegurada según el presente artículo;
- ii) o bien una persona cuya semana de trabajo tiene una duración inferior a la mitad de la semana de trabajo normal de los funcionarios contratados a tiempo completo en el mismo lugar de destino.

2. Todo funcionario, asegurado obligatoriamente de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, que sea cedido a otra organización internacional y que, durante el periodo de su cesión, continúe sujeto al Estatuto del Personal de la OIT, permanece asegurado obligatoriamente; sin embargo, si la duración de la cesión es por lo menos de un año, puede elegir afiliarse durante este periodo a un régimen auspiciado por la organización en la que presta servicio.

Artículo 1.3

Personas aseguradas voluntariamente

Pueden afiliarse voluntariamente:

- a) los funcionarios con permiso sin sueldo o con permiso con sueldo reducido que estaban asegurados en el momento de empezar a disfrutar del permiso;
- b) los funcionarios cedidos temporalmente a otras organizaciones internacionales que ya no se encuentran sujetos al régimen del Estatuto del Personal de la OIT y que estaban asegurados en la fecha en que su cesión se hizo efectiva, si lo solicitan antes de esta fecha;
- c) los funcionarios que han cesado su servicio, siempre que estuvieran asegurados anteriormente a la fecha de la terminación de su servicio y lo hubieran solicitado antes de la fecha efectiva de la terminación de su servicio. En virtud de este párrafo, la afiliación voluntaria al seguro debe ser de un periodo que no exceda de los seis meses siguientes a la terminación de su servicio;
- d) los ex funcionarios que ya han cumplido los 55 años en la fecha de la terminación de su servicio, que han trabajado por lo menos diez años en la ONU, en un organismo especializado o en una organización afín² y que han estado, durante los cinco años inmediatamente anteriores a la terminación de su servicio, asegurados por la Caja o protegidos de otra manera contra los riesgos de enfermedad por la OIT, si lo solicitan y si se aprueba la autorización de deducir las contribuciones de la caja de pensiones antes de la fecha efectiva de la terminación de su servicio;
- e) los ex funcionarios que gozan de una pensión de invalidez de la CCPPNU o de otro sistema de pensiones de la OIT que, en la fecha efectiva de la terminación de su servicio, estaban asegurados por la Caja o por otro régimen de seguro de salud aprobado por el Director General de la OIT, si lo solicitan y si se aprueba la autorización de deducir las contribuciones de la caja de pensiones en los tres meses que siguen a la adjudicación de la pensión de invalidez, y
- f) las viudas o viudos de funcionarios o de ex funcionarios que, en la fecha de su fallecimiento, estaban asegurados por la Caja o por otro régimen de seguro de salud aprobado por el Director General de la OIT, si estos sobrevivientes eran personas a cargo protegidas automáticamente en la fecha del fallecimiento y con goce de una pensión de sobreviviente

² En el artículo 1.2.1 del Reglamento Administrativo figura la lista de organizaciones afines.

de la CCPNU o de otro sistema de pensiones de la OIT, y si lo solicitan y se aprueba la autorización de deducir las contribuciones de la caja de pensiones en los tres meses que siguen a la fecha en la cual la Caja informa a dichos sobrevivientes de las disposiciones del presente apartado; si el funcionario o ex funcionario fallecido no tenía cónyuge o si la viuda o el viudo asegurado de acuerdo con el presente apartado fallece, este apartado se aplica a los hijos que en la fecha del fallecimiento eran personas a cargo protegidas automáticamente y con goce de las prestaciones de sobrevivientes de la CCPNU o de otro régimen de pensiones de la OIT³.

Artículo 1.4

Retiro de la Caja de las personas aseguradas voluntariamente

1. Las personas aseguradas voluntariamente de conformidad con los apartados *d)*, *e)* y *f)* del artículo 1.3 pueden retirarse de la Caja a condición de avisar con tres meses de anticipación. Estas personas no podrán reafiliarse posteriormente.

2. Si una persona asegurada voluntariamente goza obligatoriamente de la cobertura de un sistema de seguro de salud que depende de la ONU o de una institución especializada, el seguro voluntario queda suspendido mientras dure la cobertura del régimen obligatorio.

Artículo 1.5

Personas a cargo protegidas automáticamente

1. El cónyuge y los hijos de un asegurado de conformidad con el artículo 1.2 o el artículo 1.3, *a)*, *b)* o *c)* están protegidos automáticamente en los siguientes casos:

- a)* si se pagan a su favor asignaciones familiares de conformidad con el Estatuto del Personal de la OIT, o si se les debieran pagar las mismas en caso de que las condiciones de empleo de la persona asegurada previeran la concesión de asignaciones familiares en las condiciones previstas por el Estatuto aplicable al personal de la sede;
- b)* si, de conformidad con el Estatuto Personal, la contribución del personal se aplica al sueldo del asegurado según la tarifa familiar en razón del cónyuge o de los hijos en cuestión, y
- c)* si se trata de un hijo que no está protegido automáticamente por otro régimen de seguro de salud o servicio de atención médica cuando, aunque según el Estatuto del Personal se deben pagar asignaciones familiares, estas no se pagan por el solo hecho de que el asegurado o su cónyuge perciben ya asignaciones que ascienden a una suma igual o superior.

2. El cónyuge y los hijos de un asegurado de conformidad con el artículo 1.3, *d)* o *e)* están protegidos automáticamente mientras cumplan las condiciones requeridas para la cobertura automática de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo si el asegurado seguía siendo funcionario de la OIT; sin embargo, si en razón del nivel de sus ingresos profesionales, un cónyuge no está protegido automáticamente en la fecha en que cesa el servicio del asegurado o si, en cualquier momento después de esta fecha, deja de estar protegido automáticamente, no podrá gozar posteriormente de la cobertura automática, a menos que ya no tenga derecho a gozar de la cobertura del régimen del seguro de salud o del servicio de atención médica del cual disfrutaba en virtud de su actividad profesional.

³ Las personas secundarias a cargo que estaban aseguradas el 1 de noviembre de 1983 de conformidad con las disposiciones del artículo 1.3, *f)* vigentes antes de esa fecha, seguirán gozando de este seguro.

3. Los hijos de viudas o de viudos afiliados de conformidad con el artículo 1.3, *f)* y que estaban protegidos automáticamente con arreglo al párrafo 1 del presente artículo en la fecha del fallecimiento del asegurado continúan estando protegidos automáticamente a menos que cumplan las condiciones requeridas para estar asegurados de conformidad con el artículo 1.3, *f)* mientras cumplan las condiciones requeridas para gozar de esta cobertura de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo si la persona asegurada había continuado siendo funcionario de la OIT. A los efectos del presente párrafo, un hijo nacido menos de 300 días después del fallecimiento del funcionario o del ex funcionario se equiparará a los hijos protegidos automáticamente en la fecha del fallecimiento.

4. El presente artículo se aplica a los asegurados de conformidad con el artículo 1.3, *a)*, *b)* y *c)* como si la remuneración sobre cuya base se calculan sus contribuciones fuera recibida de la OIT.

Disposición transitoria. El padre o la madre que se encontraran protegidos automáticamente el 1 de noviembre de 1983 con arreglo a lo dispuesto en el artículo 1.5 vigente antes de esa fecha, continuarán estando protegidos mientras cumplan las condiciones allí enunciadas. Esta cobertura se suspenderá si el cónyuge del asegurado está protegido automáticamente.

Artículo 1.6

Personas a cargo protegidas voluntariamente

1. A reserva de lo dispuesto en el párrafo 2, las siguientes personas a cargo podrán, si no cumplen las condiciones requeridas para gozar de la cobertura automática prevista en el artículo 1.5, estar aseguradas voluntariamente como personas protegidas, por periodos de un año, renovables:

- a)* el cónyuge del asegurado;
- b)* los hijos del asegurado, menores de 30 años de edad y sin empleo regular a tiempo completo, y
- c)* los padres y los padres políticos del asegurado, previa presentación de pruebas adecuadas de que el asegurado contribuye a su sostenimiento de manera continua, de acuerdo con los criterios aplicados en virtud de las disposiciones del Estatuto del Personal aplicables a las personas a cargo secundarias.

2. Solo se aceptarán solicitudes de cobertura de las personas mencionadas en el párrafo 1 si las presenta por escrito la persona asegurada en un plazo de seis meses a partir de la fecha de su afiliación a la Caja, o a partir del primer día en que el solicitante cumple las condiciones para gozar de protección voluntaria o en caso de traslado del funcionario a un nuevo lugar de destino, si una de esas fechas fuera posterior. Asimismo, solo se aceptarán las solicitudes de cobertura de las personas mencionadas en el párrafo 1, *c)*, si la persona interesada tiene menos de 70 años y se ha trasladado al lugar de destino del asegurado en los últimos seis meses.

3. Si la cobertura se interrumpe, solo podrá reanudarse si el Comité de Administración de la Caja considera que la interrupción fue decidida de buena fe y por razones válidas.

4. En caso de fallecimiento de un asegurado, el cónyuge, los hijos, los padres o los padres políticos que, en la fecha del fallecimiento, estaban protegidos voluntariamente en razón del presente artículo, podrán afiliarse voluntariamente a partir de dicha fecha a reserva de las condiciones siguientes:

- a)* en la fecha del fallecimiento, deberán llevar protegidos no menos de un año;
- b)* un hijo solo podrá estar asegurado si no existe cónyuge sobreviviente, y continuará asegurado solo mientras se sigan cumpliendo las disposiciones del párrafo 1, *b)* de este artículo;

- c) la solicitud de afiliación deberá presentarse dentro de los tres meses que siguen a la fecha del fallecimiento;
- d) el artículo 1.5 y el párrafo 1 del presente artículo no se aplicarán a estos asegurados;
- e) pagarán cotizaciones por las personas a cargo protegidas voluntariamente según la tarifa prevista en el artículo 3.5, y
- f) para todos los demás efectos, tendrán los mismos derechos y obligaciones que las personas aseguradas de conformidad con el artículo 1.3.

5. En caso de divorcio, el cónyuge que estaba protegido automáticamente en virtud del artículo 1.5 o voluntariamente en virtud del presente artículo en el momento del divorcio podrá seguir estando protegido a partir de dicha fecha, siempre que estuviera protegido durante un periodo mínimo de un año y solicitara dicho seguro en los tres meses que siguen a la fecha del divorcio. Dicho seguro estará sujeto a las condiciones especificadas en los párrafos 4, d), e) y f) del presente artículo.

Artículo 1.7

Cobertura en casos excepcionales

En casos excepcionales, el Comité de Administración de la Caja puede, por decisión unánime, admitir como persona protegida a un funcionario, ex funcionario, o persona a cargo que no cumpla las condiciones requeridas para gozar de la cobertura prevista por los presentes Estatutos. En tales casos, el Comité de Administración determinará las condiciones de la cobertura.

Artículo 1.8

Cobertura de los funcionarios del Centro Internacional de Formación de la OIT

1. Los funcionarios del Centro Internacional de Formación de la OIT de Turín (CIF OIT) estarán asegurados obligatoriamente si son nombrados por el periodo o los periodos indicados en el artículo 1.2, párrafo 1, a).

2. Para los fines de la aplicación de los artículos 2.9 (Enfermedades o accidentes de origen profesional), 3.1 (Fuentes de financiación) y 3.7 (Deducción y transferencia de las cotizaciones) de los presentes Estatutos, dicho Centro tendrá las obligaciones de una organización que emplee a los asegurados.

3. A reserva de las disposiciones del párrafo que antecede, para los fines de la aplicación de estos Estatutos, las personas aseguradas en virtud del presente artículo se equiparán a los asegurados de la OIT y se ha de entender que el término «OIT» abarca al «CIF-OIT».

Capítulo II. Prestaciones

Artículo 2.1

Libre elección del médico, del farmacéutico y del establecimiento médico

1. La elección del médico y del farmacéutico, así como la elección del hospital, de la clínica o de cualquier otro establecimiento médico es libre.
2. El Comité de Administración podrá prever o aprobar otras medidas en una región particular si considera que debido a condiciones especiales existentes en esta región, estas medidas serían más ventajosas para las personas protegidas y para la Caja.
3. Para los fines de los presentes Estatutos, por el término «médico» se entenderá cualquier médico u odontólogo calificado y habilitado para ejercer en el país donde una persona protegida recurre a sus servicios profesionales para los distintos tipos de tratamiento médico mencionados en el Baremo de Prestaciones.

Artículo 2.2

Prestaciones ordinarias

1. A reserva de lo dispuesto en el artículo 2.4, las prestaciones ordinarias relativas a la atención médica se pagarán conforme al Baremo de Prestaciones¹ en las condiciones que allí se especifican en lo que concierne a:
 - a) el periodo de calificación y las otras condiciones relativas a la periodicidad de los reembolsos;
 - b) el porcentaje de reembolso;
 - c) los límites del monto de las prestaciones;
 - d) los gastos no reembolsables, y
 - e) la aprobación del tratamiento por el Asesor Médico.
2. Se pagarán prestaciones ordinarias para atención preventiva personal según las condiciones enunciadas en el Reglamento Administrativo.
3. En casos excepcionales, el Comité de Administración podrá, por decisión unánime, aprobar el reembolso de gastos para la protección de la salud no previstos en el presente artículo. En tales casos, el Comité de Administración fijará las condiciones del pago de estas prestaciones.

Artículo 2.3

Transferencia de derechos

Para los fines del cálculo de los periodos de calificación previstos por el artículo 2.2 de los presentes Estatutos, todo periodo que preceda inmediatamente a la protección otorgada por la Caja y durante el cual el interesado disfrutaba de un régimen de seguro de salud dependiente de las Naciones Unidas o de un organismo especializado, o estaba protegido de alguna otra manera por la OIT contra los riesgos de enfermedad, se equiparará a un periodo de protección por la Caja.

¹ Anexo I

Artículo 2.4

Supresión o límites del derecho a las prestaciones

1. No se pagará ninguna prestación:
 - a) por atención médica debida al servicio militar;
 - b) por atención médica derivada de una intervención quirúrgica con fines estéticos (salvo si esta intervención quirúrgica da derecho al pago de prestaciones en las condiciones enunciadas en el código 1.2 del Baremo de Prestaciones);
 - c) por atención médica que el Asesor Médico declare inútil, superflua o medicalmente inadecuada, y
 - d) por informes médicos, excepto los informes médicos que tengan por objeto continuar un tratamiento, elaborados para organismos administrativos, para empleadores, etc.
2. Cuando, previa consulta al Asesor Médico, el Comité de Administración considere que algunos gastos cuyo reembolso se solicita son excesivos, podrá reducir la suma que debería reembolsarse normalmente de conformidad con los presentes Estatutos.

Artículo 2.5

Prestaciones adicionales

1. Para los propósitos del presente artículo, y a menos que se indique lo contrario, por los términos «gastos aprobados» se entenderá los gastos efectivos respecto de los cuales se pagarán prestaciones ordinarias de conformidad con el artículo 2.2, bien entendido que, si el monto de la prestación ordinaria está limitado por alguna condición indicada en los presentes Estatutos, solo se considerarán «gastos aprobados» la parte de los gastos que da derecho al pago de esa prestación ordinaria.
2. Para los fines de calcular el pago de prestaciones adicionales, se tendrán en cuenta todas las partidas de gastos con respecto de las cuales se pagan las prestaciones ordinarias, a menos que se indique lo contrario en el Baremo de Prestaciones y en el artículo 2.7.
3. Cuando los gastos aprobados efectuados en un año civil por un asegurado y por las personas a su cargo protegidas por la Caja excedan un monto (el «umbral») indicado en el Reglamento Administrativo, se pagará una prestación adicional correspondiente al monto excedente del umbral, en un porcentaje fijado por el Reglamento Administrativo.
4. El Comité de Administración podrá modificar periódicamente el monto del umbral y el porcentaje a partir del cual se pagarán las prestaciones adicionales. El Comité de Administración también podrá fijar un umbral más bajo para categorías específicas de asegurados.

Artículo 2.6

(Artículo suprimido).

Artículo 2.7

Protección por otro régimen de seguro o servicio para la protección de la salud

1. Si el asegurado o una persona a su cargo protegida por la Caja están afiliados a otro régimen, público o privado, de seguro de salud, o a un servicio público de atención médica, el asegurado estará

obligado a presentar la declaración de prestaciones del régimen de seguro primario en la que se indiquen las prestaciones que ha recibido o debe recibir por los gastos en cuestión.

2. Cuando los gastos dan lugar al pago de prestaciones en virtud de otro régimen de protección de salud o por otro servicio de atención médica:

- a) si el asegurador directo solicita prestaciones de la Caja, los gastos darán lugar a prestaciones adicionales, a reserva de las limitaciones impuestas en el párrafo 3, y
- b) si el asegurador directo solicita prestaciones de otro servicio, los gastos no darán lugar a prestaciones adicionales ni se tendrán en cuenta para calcular el umbral.

3. La suma de las prestaciones pagadas por la Caja y de las otorgadas por el otro régimen de seguro de salud o por el servicio público de atención médica, no deberá en ningún caso (previa deducción de cualquier asignación que no esté destinada a cubrir gastos médicos) exceder del total de los gastos efectuados por el asegurado.

Artículo 2.8

Responsabilidad de terceros

1. Cuando una persona protegida sufra una enfermedad o haya tenido un accidente del cual un tercero sea o pueda ser total o parcialmente responsable, las circunstancias del caso se comunicarán a la Caja lo antes posible, en la forma especificada en el Reglamento Administrativo.

2. Cuando el Comité de Administración, o el Subcomité Permanente que actúe en su nombre, considere que la responsabilidad legal de un tercero se halla probablemente comprometida, podrá, tras consultarlo con los asegurados implicados, solicitar al asegurado y/o a las personas protegidas implicadas o a sus sobrevivientes:

- i) que ceda su derecho de acción, en la forma que esté especificada en el Reglamento Administrativo o en virtud de las orientaciones del Comité de Administración o del Subcomité Permanente, en cuyo caso se pagarán las prestaciones en virtud de los presentes Estatutos; o
- ii) que tome todas las medidas necesarias contra el tercero conjuntamente o en estrecha colaboración con la Caja. En ese caso, no se pagarán las prestaciones con respecto a los gastos médicos de que es o pueda ser responsable el tercero.

3. No obstante lo dispuesto en el párrafo 2, ii) *supra*, si el asegurado u otras personas interesadas han adoptado las medidas que exige el Comité de Administración con el fin de obtener una indemnización por parte del tercero, los presentes Estatutos disponen que las prestaciones se pagarán:

- i) en su totalidad, cuando el asegurado no reciba una indemnización de un tercero;
- ii) tras deducir cualquier indemnización recibida del tercero con respecto a los perjuicios por los cuales se ofrecen dichas prestaciones;
- iii) los gastos judiciales efectuados en razón de las medidas que el Comité de Administración pueda solicitar o aprobar deberán compartirse equitativamente entre la Caja y el asegurado o las personas implicadas en la forma que decida el Comité de Administración o el Subcomité Permanente, teniendo en cuenta los ingresos devengados para la Caja.

4. El asegurado y/o la persona protegida o sus sobrevivientes deberán proporcionar a la Caja toda la información y ayuda necesarias en relación con esas acciones judiciales. El asegurado y/o la persona protegida o sus sobrevivientes no podrán entablar acciones o demandas contra un tercero sin el consentimiento de la Caja.

Artículo 2.9

Enfermedades o accidentes de origen profesional

La Caja no pagará ninguna prestación por gastos médicos y conexos que sean el resultado de enfermedades o de accidentes imputables al ejercicio de funciones oficiales y que estén a cargo de la Organización. Sin embargo, podrá adelantar el pago de las prestaciones a condición de que el asegurado se las reembolse cuando su caso haya sido resuelto por la OIT o por el CIF-OIT.

Artículo 2.10

Pago de las prestaciones

1. De conformidad con el párrafo 2 del artículo 1.1, normalmente las prestaciones solo se pagarán al asegurado o a sus herederos. En circunstancias excepcionales, podrán pagarse a la persona que ha sufragado realmente los gastos cuyo reembolso se solicita.

2. Las prestaciones deberían pagarse cuando la persona asegurada haya recibido el tratamiento y haya pagado los gastos que den lugar al reembolso, a menos que el sistema de facturación aplicable en el país en el que se hayan producido los gastos permita el pago diferido de las facturas.

3. Normalmente, las personas aseguradas deberán proporcionar una prueba del pago respecto del cual solicitan el reembolso. Cuando la prueba del pago no se adjunte a la solicitud de reembolso, se podrá pedir a la persona asegurada que proporcione todos los justificantes necesarios.

4. Los recibos y facturas enviados a la Caja más de 18 meses después de la fecha de su emisión o más de 24 meses después del fin del tratamiento al que se refieren no darán derecho a prestaciones de la Caja. Los recibos y facturas enviados a la Caja más de 9 meses después de que el asegurado se haya retirado de ella no se reembolsarán, cualquiera que sea la fecha del tratamiento al que se refieren o la fecha de su emisión.

5. Cuando existan dudas con respecto a la autenticidad o exactitud de una factura o en cuanto al derecho a prestaciones, estas no se pagarán mientras el asegurado no proporcione información que disipe satisfactoriamente dichas dudas.

6. Todas las sumas pagadas que excedan de las previstas en los presentes Estatutos serán reembolsadas a la Caja por el asegurado, en la forma establecida en el párrafo 2 del artículo 2.10 *bis*.

7. Las facturas superiores a 1 000,00 dólares de los Estados Unidos que se abonen en efectivo no serán reembolsables a menos que así lo autorice excepcionalmente el Secretario Ejecutivo, teniendo en cuenta los requisitos específicos aplicables por los proveedores de servicios de salud en el país en el que se haya producido el gasto.

Artículo 2.10 *bis*

Acuerdos entre la Caja y los proveedores de servicios

1. La Caja podrá concertar acuerdos con los proveedores de servicios con el fin de desarrollar los medios que periódicamente resulten convenientes para la gestión adecuada de la Caja y la prestación inmediata de servicios. Dichos acuerdos podrán incluir acuerdos destinados a garantizar las facturas y/o a realizar los pagos de las sumas garantizadas directamente a los proveedores o a grupos de proveedores de servicios.

2. Cuando se logren acuerdos para pagar las prestaciones directamente a los proveedores, se deberán aplicar las condiciones siguientes:

- a) la Caja deberá pagar directamente al proveedor las facturas que presente el proveedor a la Caja;
- b) si el asegurado es un funcionario en servicio, la Organización que emplea al asegurado deberá pagar a la Caja el porcentaje de la factura que corresponda al asegurado y deducirlo de su salario, y
- c) los demás asegurados deberán volver a pagar a la Caja la parte de la factura que les corresponda; si no lo hacen durante el mes siguiente a haberlo solicitado, la Caja podrá deducir de las prestaciones pagaderas la cantidad devengada o tomar las medidas adecuadas.

3. Cuando no sea posible concertar acuerdos según lo previsto en los párrafos 1 y 2, la Caja podrá autorizar excepcionalmente el pago de un anticipo al proveedor sobre la base de una factura proforma. En esos casos, la persona asegurada sigue siendo responsable de liquidar todo saldo restante de la factura y presentar una solicitud de reembolso a la Caja.

Artículo 2.11

Suspensión y prescripción de derechos

1. El Comité de Administración podrá decidir la suspensión total o parcial del derecho de un asegurado a ciertas prestaciones si la persona asegurada no respeta las disposiciones de los presentes Estatutos y Reglamento Administrativo, también en el caso de que:

- a) la persona asegurada o una de las personas a su cargo protegidas por la Caja se niega a someterse a un examen médico ordenado por el Comité de Administración o por el Asesor Médico de la Caja, y
- b) la persona asegurada está atrasada en el pago de cotizaciones voluntarias.

2. A la espera de la decisión que tome el Comité de Administración en cualquiera de los casos a los que se hace referencia en el párrafo 1, el Secretario Ejecutivo podrá suspender provisionalmente el pago de las prestaciones en cuestión durante un periodo no superior a cuatro meses y en tal caso informará al respecto a la presidencia del Comité de Administración.

3. Se informará a la persona asegurada de toda decisión relativa a la suspensión del pago de sus prestaciones.

4. Si el Comité de Administración considera que es improbable que la situación que motiva la suspensión del pago de las prestaciones en cuestión se resuelva en un plazo razonable, podrá decidir que el derecho ha prescrito.

Artículo 2.11 bis

Fraude contra la Caja

1. Si tras un examen inicial la Secretaría tiene sospechas fundadas de que una persona asegurada o una persona a su cargo protegida por la Caja ha obtenido o ha intentado obtener de manera fraudulenta² prestaciones a las que no tenía derecho, el Secretario Ejecutivo remitirá el caso al

² El concepto de «fraude» se define como toda acción u omisión por la que una persona física o jurídica incurre deliberadamente en falsedad u ocultación respecto de un hecho a) para obtener un beneficio indebido o una ventaja indebida, o para eludir el

Tesorero y al Auditor Interno Jefe. El caso se tramitará de conformidad con las disposiciones reglamentarias aplicables de la Organización.

2. El pago de las prestaciones respecto de las cuales hay sospechas de fraude se suspenderá de conformidad con el párrafo 5 del artículo 2.10 y se informará al respecto a la persona asegurada. Cuando sea probable que la duración de la suspensión supere los cuatro meses, la Secretaría lo comunicará al Comité de Administración, que podrá decidir si se mantiene o se levanta la suspensión de las prestaciones en cuestión.

Artículo 2.11 *ter*

Expulsión de la Caja o terminación de la cobertura en caso de fraude o atrasos

1. El Comité de Administración podrá expulsar de la Caja a toda persona asegurada voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3 o poner fin a la cobertura de una persona asegurada voluntariamente de conformidad con el artículo 1.6 si:

- a) a resultas de una investigación se establece que la persona ha obtenido o ha intentado obtener de manera fraudulenta prestaciones a las que no tenía derecho, o ha ayudado a otra persona a tal fin, o bien
- b) el importe total de las cotizaciones atrasadas pagaderas por la persona en cuestión excede, sin motivos válidos, el importe de las cotizaciones pagaderas correspondientes a los últimos seis meses.

2. La expulsión de la Caja o la terminación de la cobertura en virtud del presente artículo es sin perjuicio del derecho de la Caja a recuperar todo fondo que le sea adeudado por la persona asegurada en cuestión.

Artículo 2.12

Derecho preferente de compra por la Caja de los aparatos que ya no necesita el asegurado

1. Cuando un asegurado deje de necesitar un aparato al que se refiere el presente artículo y por el cual la Caja ha pagado prestaciones según el Baremo de Prestaciones, códigos de referencia 5.4 y 5.5 (sillas de ruedas y otros aparatos), el asegurado (o, en caso de fallecimiento de este, sus herederos) deberá dar cuenta de ello al secretario de la Caja y proponer la compra del aparato a la Caja.

2. Por medio de una notificación dirigida al asegurado o a cualquier otra persona interesada, dentro de los 30 días que siguen a la recepción de la oferta, el Comité de Administración podrá decidir la compra del aparato, mediante el pago del monto neto (previa deducción de las prestaciones ordinarias, y en su caso, de la fracción adecuada de las prestaciones adicionales) asumido por el asegurado en el momento de su compra.

3. El Comité de Administración podrá disponer del aparato en las condiciones que considere más adecuadas para la Caja.

cumplimiento de una obligación que recaiga sobre ella o sobre un tercero, y/o b) para inducir a una persona física o jurídica a actuar o no actuar, de suerte que esta acción u omisión redunde en detrimento de esta. (Directiva de la Oficina, Política antifraude y anticorrupción, IGDS núm. 69 (versión 3) del 19 de octubre de 2017).

4. El presente artículo se aplica a:

- a) todo aparato cuyo precio de compra inicial sea como mínimo de 500,00 dólares, y
- b) cualquier otro aparato que pueda ser especificado por el Comité de Administración en el Reglamento Administrativo o por decisión notificada al asegurado.

Artículo 2.13

Tipo de cambio

El Comité de Administración podrá fijar cada cierto tiempo, y por el periodo que precise, el tipo de cambio que se aplicará entre el dólar de los Estados Unidos y otras monedas especificadas para calcular los derechos, los máximos y las cotizaciones estipulados en dólares de los Estados Unidos en los presentes Estatutos o en el Reglamento Administrativo.

Capítulo III. Financiamiento

Artículo 3.1

Fuentes de financiación

1. La Caja se financiará con las cotizaciones de los asegurados, así como con las cotizaciones a cargo de la OIT y del CIF-OIT en Turín, cuyas tasas se indican en el artículo 3.6 y se aplican de conformidad con las disposiciones de los artículos 3.2 a 3.5.
2. La OIT cubrirá todos los gastos de administración de la Caja.

Artículo 3.2

Cotizaciones en el caso de los funcionarios y de las personas a su cargo protegidas automáticamente

1. Las cotizaciones de los funcionarios asegurados obligatoriamente de conformidad con el artículo 1.2 y las cotizaciones de las personas a su cargo protegidas automáticamente, aseguradas en virtud del artículo 1.5 se calcularán sobre la base de la remuneración del funcionario y de toda pensión tal como esta se define en el párrafo 2 del artículo 3.3. Si se trata de un funcionario que trabaja a tiempo parcial, las cotizaciones se calcularán sobre la base de la remuneración que dicho funcionario recibiría si trabajase a tiempo completo.
2. Las cotizaciones de los funcionarios con permiso sin sueldo o sueldo reducido, asegurados voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, *a)*, así como las de los funcionarios cuyo servicio ha cesado, asegurados voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, *c)*, y las cotizaciones de las personas a cargo de dichos funcionarios asegurados voluntariamente que estén protegidas automáticamente se calcularán sobre la base de la última remuneración del funcionario y de toda pensión tal como esta se define en el párrafo 2 del artículo 3.3.
3. Las cotizaciones de los funcionarios cedidos temporalmente a otra organización, asegurados voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, *b)*, y las cotizaciones de las personas a cargo de los mismos protegidas automáticamente se calcularán sobre la base de la remuneración que el funcionario percibe de la organización en la que está trabajando y de toda pensión tal como esta se define en el párrafo 2 del artículo 3.3.
4. Por «remuneración» se entenderá, para los fines del presente artículo, el sueldo base del funcionario y todas las asignaciones que se le paguen de manera regular y continua, pero no los demás pagos que reciba de conformidad con el Estatuto o Reglamento del Personal. Las asignaciones y demás pagos que intervienen en el cálculo de las cotizaciones serán incluidas por el Comité de Administración en el Reglamento Administrativo.

Artículo 3.3

Cotizaciones en el caso de los ex funcionarios y las personas a cargo de los mismos protegidas automáticamente

1. Las cotizaciones de los ex funcionarios asegurados voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, *d)* o *e)* y las cotizaciones de las personas a cargo de los mismos protegidas automáticamente, aseguradas en virtud del artículo 1.5, se calcularán:
 - a) sobre el más elevado de los siguientes montos en el momento correspondiente;
 - i) la pensión (tal como se define a continuación);

- ii) el monto de la pensión que el funcionario hubiera percibido si hubiese pagado sus cotizaciones durante 25 años al régimen de pensiones aplicable, y
 - b) sobre toda remuneración percibida por los trabajos efectuados para la OIT por la persona asegurada.
2. Para los fines del presente artículo, por el término «pensión» se entenderá:
- a) todas las sumas percibidas en forma de pagos periódicos incluyendo cualquier aumento por costo de vida y toda prestación por los hijos, ya sea en virtud de los propios servicios del asegurado o como viuda o viudo de un funcionario de conformidad con los Estatutos de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas o con otro régimen de pensiones de la OIT; las sumas recibidas de conformidad con las disposiciones del Estatuto del Personal o con otras condiciones de empleo de la OIT que se refieren a la compensación por riesgo, profesionales y las recibidas con arreglo a un seguro contratado total o parcialmente a cargo de la OIT para la cobertura de accidentes no profesionales, y
 - b) todas las sumas correspondientes recibidas por el cónyuge del asegurado si este último está protegido automáticamente en virtud del artículo 1.5.

Si el total o una parte de estas prestaciones ha adoptado la forma de una suma global, el monto de las cotizaciones debidas se calculará como si el total de las prestaciones se hubiera entregado en forma de pagos periódicos.

3. Las cotizaciones en el caso de las personas aseguradas de conformidad con el artículo 1.3, *d)*, que hayan elegido diferir el cobro de su pensión, y las cotizaciones de las personas a su cargo protegidas automáticamente, se calcularán sobre la base del párrafo 1, *a)*, *ii)* y 1, *b)* del presente artículo hasta el momento en que se les pague la pensión.

Artículo 3.4

Cotizaciones en el caso de los sobrevivientes y de las personas a su cargo protegidas automáticamente

1. Las cotizaciones de las viudas o viudos de funcionarios o de ex funcionarios, asegurados voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, *f)*, y las cotizaciones de las personas a su cargo protegidas automáticamente, aseguradas en virtud del artículo 1.5, se calcularán:

- a) periódicamente sobre el más elevado de los siguientes montos:
 - i) la pensión (tal como se define en el artículo 3.3, párrafo 2), o
 - ii) el monto de la pensión que el viudo o la viuda hubiera percibido si el funcionario o ex funcionario hubiese pagado sus cotizaciones durante 25 años al régimen de pensiones aplicable, y
- b) sobre toda remuneración percibida por la persona asegurada por los trabajos efectuados para la OIT.

2. Las cotizaciones de los hijos sobrevivientes de funcionarios o de ex funcionarios asegurados voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, *f)*, se calcularán sobre la base del monto de la pensión que habrían percibido si el funcionario o ex funcionario hubiera contribuido durante 25 años al plan de jubilación aplicable.

Disposición transitoria. Por lo que respecta a las personas aseguradas según el artículo 1.3, *d)*, *e)* o *f)* antes del 1 de enero de 1989 y a los sobrevivientes de ex funcionarios asegurados según el

artículo 1.3 d) o e) antes de dicha fecha, el periodo de cotización fijado en 25 años en el párrafo 1, a), ii) del artículo 3.3 y en los párrafos 1, a), ii) y 2 del artículo 3.4 se sustituirá por un periodo de 20 años.

Artículo 3.5

Cotizaciones en el caso de las personas a cargo protegidas voluntariamente

Las cotizaciones en el caso de las personas a cargo, protegidas voluntariamente de conformidad con el artículo 1.6, serán fijadas por el Comité de Administración si fuera el caso, por grupos de tal manera que las sumas percibidas por la Caja en razón de esta categoría de personas protegidas basten para cubrir las prestaciones que les corresponden a lo largo del tiempo.

Artículo 3.6

Tasas de las cotizaciones

1. A reserva de las disposiciones del párrafo 2 del presente artículo, las tasas de las cotizaciones son los siguientes:

Categoría de personas protegidas	A cargo del asegurado	A cargo de la Organización	A cargo del asegurado	A cargo de la Organización
	A partir del 1 de enero de 2024		A partir del 1 de enero de 2025	
Personas aseguradas obligatoriamente (artículos 1.2, 1.5 y 3.2)	3,64 %	3,64 %	3,73 %	3,73 %
Cónyuge protegido automáticamente	1,10 %	1,10 %	1,13 %	1,13 %
Primer hijo protegido automáticamente	0,37 %	0,37 %	0,38 %	0,38 %
Todos los demás hijos protegidos automáticamente	0,37 %	0,37 %	0,38 %	0,38 %
Funcionarios con permiso sin sueldo ¹ (artículos 1.3 a) y 3.2)	7,28 %	0,00 %	7,46 %	0,00 %
Funcionarios con permiso con sueldo reducido (artículos 1.3, a) y 3.2):				
a) sobre la remuneración pagada	3,64 %	3,64 %	3,73 %	3,73 %
b) sobre la remuneración no pagada ¹	7,28 %	0,00 %	7,46 %	0,00 %
Cónyuge protegido automáticamente (sobre la remuneración pagada)	1,10 %	1,10 %	1,13 %	1,13 %
Cónyuge protegido automáticamente (sobre la remuneración no pagada)	2,20 %	0,00 %	2,26 %	0,00 %
Primer hijo protegido automáticamente (sobre la remuneración pagada)	0,37 %	0,37 %	0,38 %	0,38 %
Primer hijo protegido automáticamente (sobre la remuneración no pagada)	0,74 %	0,00 %	0,76 %	0,00 %
Todos los demás hijos protegidos automáticamente (sobre la remuneración pagada)	0,37 %	0,37 %	0,38 %	0,38 %
Todos los demás hijos protegidos automáticamente (sobre la remuneración no pagada)	0,74 %	0,00 %	0,76 %	0,00 %

Categoría de personas protegidas	A cargo del asegurado	A cargo de la Organización	A cargo del asegurado	A cargo de la Organización
	A partir del 1 de enero de 2024		A partir del 1 de enero de 2025	
Funcionarios cedidos temporalmente a otras organizaciones (artículos 1.3, <i>b</i>) y 3.2)	7,28 %	0,00 %	7,46 %	0,00 %
Cónyuge protegido automáticamente	2,20 %	0,00 %	2,26 %	0,00 %
Primer hijo protegido automáticamente	0,74 %	0,00 %	0,76 %	0,00 %
Todos los demás hijos protegidos automáticamente	0,74 %	0,00 %	0,76 %	0,00 %
Funcionarios cuyo contrato vence (cobertura por seis meses) (artículos 1.3, <i>c</i>) y 3.2)	7,28 %	0,00 %	7,46 %	0,00 %
Cónyuge protegido automáticamente	2,20 %	0,00 %	2,26 %	0,00 %
Primer hijo protegido automáticamente	0,74 %	0,00 %	0,76 %	0,00 %
Todos los demás hijos protegidos automáticamente	0,74 %	0,00 %	0,76 %	0,00 %
Ex funcionarios que han cesado su servicio a los 55 años o más o por razones de invalidez (artículos 1.3, <i>d</i>) y <i>e</i>) y 3.3)	3,64 %	7,28 %	3,73 %	7,46 %
Cónyuge protegido automáticamente	1,10 %	2,20 %	1,13 %	2,26 %
Primer hijo protegido automáticamente	0,37 %	0,74 %	0,38 %	0,76 %
Todos los demás hijos protegidos automáticamente	0,37 %	0,74 %	0,38 %	0,76 %
Sobrevivientes de funcionarios o de ex funcionarios (artículos 1.3, <i>f</i>) y 3.4)	3,64 %	7,28 %	3,73 %	7,46 %
Primer hijo protegido automáticamente	0,37 %	0,74 %	0,38 %	0,76 %
Todos los demás hijos protegidos automáticamente	0,37 %	0,74 %	0,38 %	0,76 %

¹ Esta disposición puede modificarse si la OIT, en ciertos casos o para ciertas categorías de casos, decide abonar cotizaciones sobre remuneraciones no pagadas.

2. El Comité de Administración podrá fijar periódicamente cotizaciones mínimas en el caso de las personas aseguradas voluntariamente.

3. A partir del 1 de julio de 1987, como medida excepcional, ni el asegurado ni la Organización pagarán cotizaciones por un ex funcionario o por el sobreviviente de un funcionario o de un ex funcionario asegurado de conformidad con el artículo 1.3, *d*), *e*) o *f*), ni con respecto a las personas protegidas automáticamente (aseguradas en virtud del artículo 1.5) a cargo de un ex funcionario o del sobreviviente de un funcionario o de un ex funcionario asegurado en virtud del artículo 1.3, *d*), *e*) o *f*), si la pensión del asegurado, tal como se define en el artículo 3.3, párrafo 2 o, según sea el caso, la proporción de la última remuneración a la que se refieren los artículos 3.3 o 3.4, es inferior a 4 500,00 dólares por año. La presente disposición dejará de aplicarse el 1 de enero de 1989, salvo en el caso de las personas a las que se les aplicaba en fecha 31 de diciembre de 1988.

Artículo 3.7

Deducción y transferencia de las cotizaciones

1. Las cotizaciones que los funcionarios que reciben una remuneración de la OIT o del CIF-OIT deben pagar por su propio seguro, por el seguro de las personas a su cargo protegidas automáticamente (aseguradas en virtud del artículo 1.5) y por la protección voluntaria de las personas a su cargo, serán deducidas de su remuneración por los servicios financieros de la organización.

2. Las cotizaciones que las personas aseguradas en virtud del artículo 1.3, *d)*, *e)* o *f)* y que se benefician de una pensión de la OIT o de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas (CCPPNU) deben pagar por su propio seguro, por el seguro de las personas a su cargo protegidas automáticamente (aseguradas en virtud del artículo 1.5) y por la protección voluntaria de las personas a su cargo se deducirán de dicha pensión conforme a lo estipulado en el Reglamento Administrativo.

3. Las cotizaciones que otros asegurados deben pagar por su propio seguro, por el seguro de las personas a su cargo protegidas automáticamente (aseguradas en virtud del artículo 1.5) y por la protección voluntaria de las personas a su cargo, se abonarán conforme a lo estipulado en el Reglamento Administrativo.

Artículo 3.8

Fondo de garantía y medidas para asegurar el equilibrio financiero

1. Se constituirá un fondo de garantía cuyo monto, excluyendo las reservas para las solicitudes de prestaciones en trámite, no deberá ser, al fin de cada ejercicio económico anual, inferior a una sexta parte de los gastos de la Caja durante los tres ejercicios económicos precedentes, ni superior a la mitad de dichos gastos.

2. Si al finalizar un ejercicio económico, el fondo de garantía excede del máximo previsto en el párrafo 1, el Comité de Administración tomará las medidas adecuadas para reducirlo al nivel prescrito aumentando las prestaciones y/o disminuyendo las cotizaciones en base a una evaluación actuarial.

3. Si al finalizar un ejercicio económico, el fondo de garantía está por debajo del mínimo previsto en el párrafo 1, el Comité de Administración tomará las medidas adecuadas para restablecer el equilibrio financiero de la Caja y alcanzar de nuevo el nivel prescrito para el fondo de garantía aumentando las cotizaciones y/o adaptando las prestaciones.

4. Si durante nueve meses consecutivos, los gastos de la Caja son superiores a los ingresos y si, al finalizar el ejercicio económico precedente, el fondo de garantía no excedía del máximo previsto en el párrafo 1, el Comité de Administración deberá, en los tres meses que siguen al noveno mes de déficit, tomar las medidas adecuadas para restablecer el equilibrio financiero de la Caja aumentando las cotizaciones y/o adaptando las prestaciones en base a una evaluación actuarial.

Artículo 3.9

Reaseguro

El Comité de Administración podrá, de acuerdo con el Director General de la OIT, tomar las medidas necesarias con vistas a un reaseguro.

Artículo 3.10

Revisión actuarial

Se procederá a una revisión actuarial de la Caja cada vez que al finalizar un ejercicio económico el fondo de garantía haya caído por debajo del mínimo prescrito y, en todo caso, por lo menos una vez cada tres años.

Artículo 3.11

Contabilidad e inversiones

Los servicios financieros de la OIT serán los encargados de llevar la contabilidad de la Caja, de custodiar los fondos y de tomar disposiciones para su inversión de acuerdo con el Comité de Administración. Con arreglo a las instrucciones de este último, le proporcionarán un balance trimestral de la contabilidad de la Caja y un informe anual sobre la situación financiera y las inversiones, así como todas las demás informaciones que el Comité de Administración pueda razonablemente solicitar cada cierto tiempo.

Capítulo IV. Administración

Artículo 4.1

El Comité de Administración

La administración de la Caja incumbirá a un Comité de Administración, compuesto de seis miembros titulares y de seis miembros suplentes, a saber:

- tres miembros titulares y tres miembros suplentes que representan a los asegurados de la OIT, y
- tres miembros titulares y tres miembros suplentes que representan al Director General de la OIT.

El Asesor Médico de la Caja será miembro de oficio, sin derecho a voto, del Comité de Administración.

Artículo 4.2

Elección de los miembros y duración del mandato del Comité de Administración

1. Los asegurados de la OIT elegirán por votación secreta a los miembros del Comité que los representan; solo podrán ser elegidos los asegurados.

2. Los miembros del Comité de Administración que representan a los asegurados serán elegidos por tres años civiles. El reglamento de las elecciones constituye el anexo II de los presentes Estatutos.

3. Ningún asegurado podrá prestar servicio simultáneamente como miembro del Comité de Administración y como miembro de la Secretaría de la Caja.

4. El Director General de la OIT designará a los miembros del Comité de Administración que lo representan. La duración del mandato de estos miembros se dejará a la discreción del Director General.

Artículo 4.3

Cobertura de los puestos vacantes en el Comité de Administración

1. Todo miembro titular o suplente que represente a los asegurados deberá cesar en sus funciones en el momento en que pierda su calidad de asegurado. Podrá igualmente renunciar a sus funciones por notificación escrita dirigida al Presidente del Comité de Administración.

2. Si la plaza de un miembro titular que representa a los asegurados queda vacante por cualquier motivo que no sea el vencimiento del mandato, el miembro suplente que represente a los asegurados y que haya obtenido el mayor número de votos la ocupará hasta la expiración del mandato. Si la plaza de un miembro suplente que representa a los asegurados queda vacante, será ocupada hasta la expiración del mandato por el candidato que ocupó el puesto siguiente.

3. Si no es posible cubrir la vacante de un miembro titular o suplente que representa a los asegurados de conformidad con el párrafo 2, el Comité de Administración podrá cubrirla mediante la cooptación de un asegurado hasta que tengan lugar las elecciones.

Artículo 4.4

Presidente y Vicepresidente

1. El Comité de Administración elegirá entre sus miembros a un Presidente y a un Vicepresidente.
2. Si el Presidente es un miembro del Comité de Administración que representa a los asegurados, el Vicepresidente será un miembro que represente al Director General de la OIT, y viceversa.
3. El Presidente y el Vicepresidente serán elegidos por un año civil, y podrán ser reelegidos.

Artículo 4.5

Reuniones del Comité de Administración

1. El Presidente convocará al Comité de Administración por lo menos dos veces al año, o a petición del Subcomité Permanente o de cuatro miembros titulares o suplentes como mínimo.
2. Los derechos y las responsabilidades de los miembros suplentes durante las reuniones serán los mismos que los de los miembros titulares, pero los miembros suplentes solo podrán votar cuando sustituyan a un miembro titular ausente.
3. En caso de ausencia de un miembro titular que represente a los asegurados, será sustituido por el miembro suplente que represente a los asegurados y que haya obtenido el mayor número de votos en la elección. El miembro suplente encargado de reemplazar, en caso de ausencia, a un miembro titular que represente al Director General de la OIT será elegido por los miembros titulares y los miembros suplentes presentes en la reunión, que representen al Director General.

Artículo 4.6

Decisiones del Comité de Administración

1. A reserva de lo dispuesto en el párrafo 2, las decisiones del Comité de Administración se tomarán por mayoría simple de los votos emitidos.
2. Las enmiendas de los presentes Estatutos solo podrán aprobarse por mayoría de los votos de los miembros presentes en la reunión, que representen a los asegurados, y por mayoría de los votos de los miembros presentes en la reunión que representen al Director General de la OIT.
3. Las decisiones solo serán válidas si en la reunión participan por lo menos tres miembros que representen a las personas aseguradas y tres miembros que representen al Director General.

Artículo 4.7

Funciones del Comité de Administración

1. El Comité de Administración, en el ejercicio de sus funciones generales en relación con la administración de la Caja, estará particularmente encargado de:
 - a) definir la política de la Caja, teniendo en cuenta sus objetivos;
 - b) estudiar los asuntos relativos al seguro para la protección de la salud de los funcionarios de la OIT y de las personas a su cargo, incluyendo las propuestas formuladas por los asegurados o por la OIT;

- c) redactar y aprobar las propuestas de enmienda de los presentes Estatutos;
- d) aplicar las medidas previstas por los presentes Estatutos para mantener el equilibrio financiero de la Caja;
- e) mantener contacto con los asegurados por medio de consultas escritas, de asambleas generales, o por cualquier otro medio;
- f) solicitar a los servicios de la Organización opiniones de carácter médico, técnico, actuarial o jurídico, si lo considera necesario;
- g) elaborar los reglamentos administrativos que puedan ser necesarios para la aplicación práctica de los presentes Estatutos;
- h) interpretar los presentes Estatutos y pronunciarse en los casos que le son presentados por su Subcomité Permanente o por una persona asegurada en virtud de lo dispuesto en el artículo 5.3, e
- i) presentar al Director General de la OIT, así como a los asegurados, un informe anual sobre las actividades de la Caja.

2. El Comité de Administración designará un Subcomité Permanente en el que podrá delegar algunas de sus funciones administrativas.

Artículo 4.8

El Subcomité Permanente

1. El Subcomité Permanente, previsto en el párrafo 2 del artículo 4.7, estará compuesto por un número limitado de miembros titulares o suplentes del Comité de Administración, que este elegirá teniendo debidamente en cuenta la necesidad de asegurar una representación equilibrada entre asegurados y el Director General de la OIT.

2. Los miembros del Subcomité Permanente conservarán su calidad de miembros mientras el Comité de Administración así lo desee, a condición sin embargo, de que continúen siendo miembros titulares o suplentes de este Comité.

Artículo 4.9

Presidente del Subcomité Permanente

El Presidente del Comité de Administración presidirá el Subcomité Permanente. El Comité de Administración nombrará un Presidente suplente del Subcomité Permanente.

Artículo 4.10

Metodología de trabajo del Subcomité Permanente

1. El Subcomité Permanente resolverá los asuntos que le sean confiados en base a expedientes o durante las reuniones. El Presidente podrá convocar reuniones del Subcomité Permanente tan a menudo como lo considere necesario, y deberá hacerlo cuando lo soliciten dos de sus miembros.

2. Las decisiones del Subcomité Permanente se tomarán por unanimidad.

Artículo 4.11

Funciones del Subcomité Permanente

1. El Subcomité Permanente, bajo la autoridad general del Comité de Administración y de conformidad con sus directivas particulares estará encargado de:

- a) realizar las tareas administrativas que el Comité de Administración le encargue;
- b) interpretar los presentes Estatutos y el Reglamento Administrativo de la Caja, a reserva del poder de revisión del Comité de Administración, y
- c) supervisar el trabajo del Secretario Ejecutivo de la Caja y resolver todos los casos que le remitan el Secretario Ejecutivo o los asegurados, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.3.

2. El Subcomité Permanente presentará al Comité de Administración todo asunto sobre el cual no haya llegado a una decisión unánime, así como todos los demás casos cuya solución compete, en vista de la importancia de los asuntos de que se trata, al Comité de Administración. El Subcomité Permanente presentará en cada reunión del Comité de Administración un informe oral o escrito de sus actividades.

Artículo 4.12

Secretario Ejecutivo de la Caja

1. Previa consulta al Comité de Administración, el Director General de la OIT nombrará a un funcionario de la OIT, para el puesto de Secretario Ejecutivo de la Caja.

2. El Secretario Ejecutivo administrará los asuntos corrientes de la Caja, de conformidad con los presentes Estatutos y con el Reglamento Administrativo, bajo la autoridad del Comité de Administración y del Subcomité Permanente, y de acuerdo con sus directivas particulares.

3. El Secretario Ejecutivo se ocupará particularmente de:

- a) proporcionar informaciones sobre las disposiciones de los presentes Estatutos y del Reglamento Administrativo, recibir las solicitudes de prestaciones de los asegurados y adoptar decisiones respecto de estas solicitudes en base a las disposiciones reglamentarias, los precedentes y las interpretaciones aplicables;
- b) someter al Asesor Médico de la Caja las cuestiones médicas que se planteen al examinar las solicitudes de prestaciones;
- c) someter a la decisión del Subcomité Permanente los casos que ofrezcan dificultades o problemas particulares en la aplicación de los presentes Estatutos y del Reglamento Administrativo, así como las reclamaciones de los asegurados que aleguen el incumplimiento de los presentes Estatutos;
- d) poner en conocimiento del Subcomité Permanente toda anomalía que encuentre en la aplicación de los presentes Estatutos;
- e) actuar como secretario del Comité de Administración y del Subcomité Permanente y redactar su correspondencia;
- f) siguiendo instrucciones del Presidente, preparar y organizar las reuniones del Comité de Administración y del Subcomité Permanente, redactar las actas de estas reuniones y preparar el proyecto de informe anual del Comité de Administración;

- g) recoger y reunir, conforme a las instrucciones del Comité de Administración o del Subcomité Permanente, las informaciones relativas a los asuntos objeto de examen;
- h) ejecutar las decisiones del Comité de Administración o del Subcomité Permanente;
- i) tomar las disposiciones necesarias, de conformidad con los presentes Estatutos, para la elección de los miembros del Comité de Administración, y
- j) supervisar el trabajo de la Secretaría de la Caja.

Artículo 4.13

Asesor Médico

El Comité de Administración, de acuerdo con el Director General de la OIT, nombrará un Asesor Médico de la Caja.

Artículo 4.14

Auditor

1. En el marco de la auditoría externa de la OIT, el Auditor Externo de la OIT examinará los ingresos y los gastos de la Caja, todo activo o pasivo importante registrado al final de año así como otros asuntos que entren en su ámbito de competencia como Auditor Externo de la OIT.

2. El Auditor Externo de la OIT comunicará las conclusiones de su examen de auditoría al Comité de Administración y al Director General.

3. La Oficina de Auditoría Interna y Control de la OIT realizará periódicamente auditorías de conformidad y auditorías en relación con las actividades de la Caja; los informes de auditoría se someterán al Comité de Administración y al Director General.

4. A los fines de la realización de su examen o auditoría, el Auditor Externo de la OIT y la Oficina de Auditoría y Control de la OIT tendrán un acceso libre, total y expedito a los registros y personal de la Caja.

Artículo 4.15

Consultas a los asegurados

El Comité de Administración se mantendrá en contacto con los asegurados por los medios que considere adecuados, incluyendo:

- a) asambleas generales de los asegurados, de conformidad con el artículo 4.16;
- b) consultas escritas a los asegurados e intercambio con ellos de comunicaciones escritas, y
- c) consultas específicas a personas que representen a ciertos grupos de asegurados.

Artículo 4.16

Asamblea General

1. El Comité de Administración convocará una asamblea general de asegurados a intervalos regulares, por lo menos una vez cada dos años; esta también se convocará a solicitud de la mayoría de los miembros titulares y suplentes del Comité de Administración que representen a los asegurados, o a solicitud escrita de cien asegurados.

2. Todos los asegurados podrán participar en la Asamblea General.

3. Las conclusiones de la Asamblea General tendrán carácter consultivo. Estas se someterán al Comité de Administración en su siguiente reunión para que considere las medidas que convendría adoptar.

Artículo 4.17

Enmiendas

1. Las propuestas de enmienda de los presentes Estatutos deberán ser aprobadas por el Comité de Administración, de conformidad con el párrafo 2 del artículo 4.6.

2. Las enmiendas aprobadas por el Comité de Administración se notificarán a los asegurados. Si en las tres semanas que siguen a esta notificación, el Comité de Administración recibe una solicitud escrita al respecto, de 200 asegurados, este Comité debe someter, por escrito, la enmienda propuesta a votación de los asegurados. Si la mayoría de los votos emitidos son contrarios a la enmienda propuesta y si por lo menos un tercio de todos los asegurados han votado, la enmienda no entrará en vigor.

3. Ninguna enmienda entrará en vigor sin la aprobación del Director General de la OIT.

Artículo 4.18

Comisión de Arbitraje

1. Si la mayoría de los miembros del Comité de Administración que representen a los asegurados o la mayoría de los miembros que representen al Director General de la OIT así lo solicita, se constituirá una Comisión de Arbitraje, encargada de examinar todo asunto que el Comité de Administración no haya podido resolver así como toda propuesta de enmienda de los presentes Estatutos, aprobada de conformidad con los párrafos 1 y 2 del artículo 4.17, pero que no haya recibido la aprobación del Director General.

2. Se mantendrá al día una lista que contenga, por una parte, los nombres de un máximo de cinco personas designadas por los miembros titulares y suplentes del Comité de Administración que representen a los asegurados y, por otra, los nombres de un máximo de cinco personas designadas por los miembros titulares y suplentes de ese Comité que representen al Director General. Siempre que una Comisión de Arbitraje se constituya de conformidad con el párrafo 1, los miembros titulares y suplentes del Comité de Administración que representen a los asegurados y los miembros titulares y suplentes de este Comité que representen al Director General elegirán para formar parte de la Comisión de Arbitraje a dos personas entre las que figuran en la lista que cada uno de ellos ha establecido. Estas cuatro personas designarán a un quinto miembro que actuará como Presidente de la Comisión de Arbitraje.

3. Las decisiones de la Comisión de Arbitraje se tomarán por mayoría de sus miembros, incluido el Presidente; estas decisiones serán definitivas y obligarán al Comité de Administración, a los asegurados y al Director General.

Artículo 4.19

Disolución de la Caja

La disolución de la Caja y la liquidación de sus activos podrán decidirse en base a una propuesta del Comité de Administración presentada por escrito a votación de todos los asegurados. Para ser adoptada, la propuesta requerirá la mayoría de los votos recibidos durante un periodo que será

determinado por el Comité de Administración, pero que deberá ser superior a cuatro semanas a partir de la fecha de la presentación de la propuesta a los asegurados. La disolución de la Caja y la liquidación de sus activos así decididas solo entrarán en vigor cuando hayan sido aprobadas por el Director General de la OIT.

Capítulo V. Disposiciones varias

Artículo 5.1

Interrupción de la protección o del servicio

1. Con sujeción a las disposiciones del presente artículo, la reincorporación de una persona protegida a la Caja después de cualquier interrupción de la protección, se considerará como primera afiliación.

2. Los siguientes periodos no serán considerados como interrupciones de la continuidad de la protección:

- a) todo periodo durante el cual la persona protegida haya estado bajo la cobertura de un régimen de otra organización internacional, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1.2, párrafo 2, o en virtud de la cesión provisional de un asegurado a esta organización, y
- b) todo periodo durante el cual un asegurado haya estado con permiso sin sueldo o con permiso con sueldo reducido, sin permanecer asegurado voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, a).

Sin embargo, en ningún caso, se pagarán prestaciones como reembolso de gastos efectuados durante un periodo al que se refiere el presente párrafo.

3. La interrupción de un máximo de 60 días del periodo de protección asegurado por la Caja, o del periodo durante el cual el asegurado ha gozado de otra forma de protección de la salud de acuerdo con el artículo 1.3, o con el artículo 2.3, o del periodo de servicio descrito en el artículo 1.2, o también entre dos de estos periodos, no se considerará como una interrupción de la continuidad de la protección o del servicio, con la condición de que:

- a) la primera admisión de una persona asegurada según el artículo 1.3 estará sometida a la condición de que el periodo total del último contrato o prórroga de contrato y de contratos anteriores en la OIT no sea inferior a 180 días en un periodo de 9 meses, y
- b) no se pagarán en ningún caso prestaciones como reembolso de gastos efectuados durante cualquier interrupción de la protección.

4. Sin perjuicio de las disposiciones del párrafo 3, toda persona que, dentro de un plazo inferior a 12 meses desde la interrupción de la protección, vuelve a estar protegida por la Caja, se considerará que ha satisfecho, en la fecha en la cual la nueva protección es efectiva, todo periodo de calificación previsto en los presentes Estatutos para la adquisición de los derechos a las prestaciones, a condición de que dicha persona haya estado protegida durante por lo menos 12 meses inmediatamente antes de la interrupción de la protección.

Artículo 5.2

Formularios y autorizaciones

1. El Comité de Administración podrá ordenar el uso de los formularios que, cada cierto tiempo, le parezcan necesarios para una buena administración de la Caja.

2. Los asegurados deben ajustarse a estas normas.

Artículo 5.3

Revisión de las decisiones a solicitud de las personas aseguradas

1. Toda persona asegurada podrá solicitar que el Subcomité Permanente revise toda decisión del Secretario Ejecutivo que le incumba a ella o a una persona a su cargo, siempre que la solicitud se curse en un plazo de seis meses a partir de la notificación de la decisión a la persona asegurada.

2. Si una persona asegurada disiente de la decisión del Subcomité Permanente con respecto a su caso, podrá solicitar que el Comité de Administración la revise en un plazo de un mes a partir de la notificación de la decisión a la persona asegurada.

Artículo 5.4

Discrepancias de opinión sobre cuestiones de naturaleza médica

1. El Comité de Administración aceptará, en principio, las conclusiones del médico de cabecera. Sin embargo, y previa notificación a este médico, podrá solicitar un nuevo examen del enfermo por el Asesor Médico o por un médico designado por este, si lo considera necesario.

2. Si las conclusiones del médico de cabecera y las que resulten del examen ordenado por el Comité son divergentes, o si un asegurado no está de acuerdo con otras conclusiones del Asesor Médico, el interesado podrá solicitar que su caso sea examinado por un comité médico compuesto por un médico designado por él mismo, por el Asesor Médico y por un tercer médico designado por los dos primeros. Las conclusiones de este comité médico obligan a las partes. Los honorarios del tercer médico estarán a cargo, por partes iguales, del asegurado y de la Caja.

Artículo 5.5

Discrepancias de opinión sobre cuestiones de otra naturaleza

1. En los casos que no sea necesario presentar al comité médico mencionado en el artículo 5.4, el asegurado podrá solicitar que una decisión del Comité de Administración de la Caja relativa a la aplicación de los presentes Estatutos a su caso sea llevada ante una Comisión de Apelaciones, siempre que tal solicitud se curse en un plazo de un mes a partir de la notificación de la decisión.

2. La Comisión de Apelaciones estará compuesta de las personas aseguradas de la Caja que no sean miembros del Comité de Administración o de la Secretaría, designadas por el Comité de Administración según se indica a continuación:

- a) por lo menos cuatro personas escogidas por los miembros del Comité de Administración que representen a las personas aseguradas;
- b) por lo menos cuatro personas escogidas por los miembros del Comité de Administración que representen al Director General, y
- c) por lo menos dos personas escogidas por decisión del Comité de Administración para presidir la Comisión de Apelaciones.

3. Cada apelación será examinada por un colegio de miembros compuesto de dos de las personas nombradas con arreglo al párrafo 2, a), dos de las personas nombradas con arreglo al párrafo 2, b) y una de las personas nombradas con arreglo al párrafo 2, c).

4. La Comisión de Apelaciones estará asistida por una secretaría diferente de la Secretaría de la Caja, que se encargará de recibir las apelaciones y de convocar, conforme a criterios objetivos, un

colegio de miembros de la Comisión de Apelaciones para conocer de cada caso, y que facilitará la comunicación entre el colegio de miembros y las partes.

5. La Comisión de Apelaciones tomará una decisión motivada con respecto a cada apelación sobre la base de un examen minucioso, objetivo e imparcial del expediente del caso, en aplicación de los presentes Estatutos.

6. La Comisión de Apelaciones seguirá el procedimiento establecido en el Reglamento Administrativo, que tiene por objeto asegurar que los trámites se lleven a cabo de manera transparente y justa. Las decisiones se adoptarán por mayoría de los miembros del colegio que examine la apelación.

7. No cabrá recurso alguno frente a las decisiones de la Comisión de Apelaciones.

8. La OIT sufragará los gastos derivados de los procedimientos de la Comisión de Apelaciones, incluidos los gastos de secretaría.

Artículo 5.6

Entrada en vigor de los Estatutos

Los presentes Estatutos entraron en vigor el 1 de abril de 1969. En esta reimpresión se han incorporado todas las enmiendas aprobadas hasta el 27 de agosto de 2025 de conformidad con el artículo 4.17.

► Anexo I

Baremo de Prestaciones

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
1.	ATENCIÓN PROFESIONAL ¹				
1.1.	HONORARIOS MÉDICOS ² CONSULTA médica ambulatoria (médico general o especialista, incluido el psiquiatra) o en un centro hospitalario/clínico. CONSULTA con un farmacéutico. VISITA médica domiciliaria o en un establecimiento. TRATAMIENTO aplicado por un médico.	80 %	Sí	Lote de servicios de reconocimiento médico ³ . Lote de tratamientos de bienestar ³ . Tratamiento con fines estéticos. Tratamientos antienvjecimiento. Tratamientos especificados en el código 1.7.	
1.2.	OPERACIONES QUIRÚRGICAS Incluidos los servicios de los cirujanos y anestelistas.	80 %	Sí	La cirugía plástica realizada con fines estéticos, con la excepción de los casos resultantes de traumatismos graves, neoplasia o infección. Una proporción correspondiente a los gastos de cirugía realizada en parte con fines estéticos no da derecho a prestaciones; para dichos casos se requiere la aprobación previa del Asesor Médico, quien determina la parte no reembolsable. La cirugía con fines estéticos se define como la cirugía que tiene por objeto mejorar desfiguraciones físicas que, en sí mismas, no suponen un peligro para la vida o la salud, ni afectan a ninguna función del organismo.	
1.3.	IMÁGENES MÉDICAS Realizadas o prescritas por un médico (o radiografías por rayos X realizadas o prescritas por un dentista).	80 %	Sí		

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
1.4	SERVICIOS DE LABORATORIO Y OTRAS PRUEBAS Realizadas o prescritas por un médico o administradas (sin prescripción) por un farmacéutico.	80 %	Si		Sujeto a las condiciones previstas en el Reglamento Administrativo.
1.5.	TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL Prescrito por un médico y proporcionado por un terapeuta que posea un título reconocido por la Administración del país en el que esté autorizado a ejercer.	80 %	Sí	Tratamiento realizado por un terapeuta que no posea un título reconocido por la Administración del país en el que esté autorizado a ejercer. Terapias o tratamientos que se consideran de carácter alternativo o complementario en el país en que se realizan.	Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo, incluida la lista de tratamientos reembolsables. Sujeto a una prescripción previa al inicio del tratamiento, a menos que se indique lo contrario en el Reglamento Administrativo.
1.6.	SERVICIOS DE ENFERMERÍA A DOMICILIO PARA ENFERMEDADES AGUDAS (Con exclusión del tratamiento especificado en el código 2.6.) Prescritos por un médico, incluidas las prestaciones de auxiliares sanitarios, cuidadores y comadronas.	80 %	Sí	Cuidados no médicos, tales como tareas domésticas, cocina, compras, asistencia familiar, etc. Cuidados proporcionados por personal no calificado, excepto si se proporcionan bajo la supervisión del médico a cargo.	Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.
1.7.	PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA Sesiones de psicoanálisis o psicoterapia dispensadas por un psicoterapeuta, psicólogo o trabajador social clínico que posea un diploma reconocido por la administración del país en el que esté autorizado a ejercer.	80 %	Sí	Sesiones de tutoría.	Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.
1.8.	NUTRICIÓN CONSULTA con un dietista o nutricionista.	80 %	Sí		Previa prescripción médica y sujeta a aprobación del Asesor Médico. Tratamientos reembolsables en caso de obesidad (índice de masa corporal >30), anorexia o trastornos metabólicos, enfermedades del aparato digestivo, reacciones alérgicas o alergias alimentarias y malnutrición, siempre que los prescriba un médico y se practiquen en

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
					un establecimiento reconocido, según corresponda.
2.	ESTADÍAS EN ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y DE OTRA ÍNDOLE			Cirugía plástica u otros tratamientos con fines estéticos – mismas condiciones que las previstas en el código 1.2. Tratamiento de adelgazamiento, excepto con la aprobación previa del Asesor Médico.	
2.1.	GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO, EN SALA COMÚN Con fines de examen, diagnóstico o tratamiento curativo.	100 %	No		Las prestaciones se limitan a 30 días por persona protegida y por año civil, excepto si el Asesor Médico certifica que la estadía debe continuar por razones de tratamiento curativo y fija el número de días adicionales.
2.2.	GASTOS DE ESTADÍA EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO, EN UNA HABITACIÓN QUE NO SEA UNA SALA COMÚN (Con exclusión de los casos previstos en los códigos 2.1, 2.3 y 2.5.) Estadía en un hospital o clínica reconocida con fines de examen, diagnóstico o tratamiento curativo.	80 %	Sí		Sujeto a un máximo diario y a las condiciones prescritas en el Reglamento Administrativo. Las prestaciones se limitan a 30 días por persona protegida y por año civil, excepto si el Asesor Médico certifica que la estadía debe continuar con fines de tratamiento curativo y fija el número de días adicionales.
2.3.	GASTOS DE ESTADÍA EN UN ESTABLECIMIENTO CON FINES DE CONVALECENCIA O TRATAMIENTO POSTOPERATORIO Estadía en un hospital, una clínica o un establecimiento de convalecencia con fines de atención postoperatoria, incluida la reeducación cardiovascular o la convalecencia después de la hospitalización en virtud del código 2.1 o 2.2.	80 %	Sí	Estadías en hoteles.	Sujeto a un máximo diario prescrito en el Reglamento Administrativo. Las prestaciones se limitan a 30 días por persona protegida y por año civil, excepto si el Asesor Médico certifica que es necesario continuar con la convalecencia del tratamiento postoperatorio y fija el número de días adicionales.
2.4.	CURAS TERMALES	80 %	No	Gastos de estadía. Talasoterapia.	Sujeto a las condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
	Tratamientos termales prescritos por un médico y dispensados en un establecimiento termal.			Tratamiento ayurvédico. Ayuno terapéutico. Cura depurativa. Cura de rejuvenecimiento.	A reserva de la confirmación previa del Asesor Médico de que la cura forma parte del curso de tratamiento de una patología ya declarada.
2.5.	ESTADÍA EN UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MEDICALIZADA Estadías en un hospital, una clínica, una residencia para personas de edad, una unidad de cuidados puntuales o temporales o un centro de día, prescritas por un médico (con fines que no sean de tratamiento, examen o diagnóstico, ni tampoco de cura o convalecencia), principalmente para asegurar una atención a largo plazo que no puede facilitarse a domicilio.	80 %	Sí		Sujeto a un máximo diario y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.
2.6.	SERVICIOS DE ENFERMERÍA A LARGO PLAZO Y A DOMICILIO Servicios de enfermería prescritos por un médico, con el fin de garantizar una atención para los casos crónicos o incurables, incluidas las prestaciones de cuidadores y auxiliares y ayudantes sanitarios.	80 %	Sí	Cuidados no médicos, tales como tareas domésticas, cocina, compras, etc. Cuidados proporcionados por personal no calificado, excepto si se proporcionan bajo la supervisión del médico a cargo.	Sujeto a un máximo mensual y a condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.
2.7.	ATENCIÓN MÉDICA EN ESTABLECIMIENTOS CUBIERTA POR LOS CÓDIGOS 2.2 Y 2.3, O VINCULADA A UNA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	80 %	Si	Tratamientos antienvjecimiento. Lote de servicios de reconocimiento médico ³ . Lote de tratamientos de bienestar ³ .	
3.	MEDICAMENTOS PRESCRITOS	80 %	Sí	Productos no reembolsables según el Reglamento Administrativo. Botiquines familiares y productos domésticos de uso corriente. Productos de parafarmacia.	Sujeto a prescripción ANTES de la compra. Sujeto a las condiciones previstas en el Reglamento Administrativo.
	Productos farmacéuticos, incluidos los medicamentos y los apósitos, prescritos por un médico o un odontólogo.				

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
4.	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ²	80 %	Sí		Sujeto a un máximo y a otras condiciones prescritas en el Reglamento Administrativo.
	i) Gastos de tratamiento odontoestomatológico y de laboratorio para dentaduras postizas (que no sean por rayos X – código 1.3). ii) Tratamiento ortodóntico, incluidos los aparatos. Se pagarán las prestaciones para los siguientes tratamientos no en virtud del código 4, sino de los códigos que se indican: a) se reembolsarán los gastos de cirugía maxilofacial en el caso de hospitalización en virtud de los códigos 2.2 y 2.7, b) se reembolsarán los gastos de los tratamientos maxilofaciales especificados en el Reglamento Administrativo en virtud del código 1.2.				Sujeto a la aprobación del Asesor Médico, para los casos a) y b).
5.	PRÓTESIS, APARATOS Y OTROS DISPOSITIVOS MÉDICOS (Adquisición, alquiler y reparación.)				
5.1.	APARATOS ÓPTICOS (Incluidas las lentes de contacto.)	80 %	Sí	Gafas de sol sin graduación. Mantenimiento. Gastos de envío. Seguro.	Sujeto a un máximo y a otras condiciones prescritas en el Reglamento Administrativo.
5.2.	APARATOS AUDITIVOS (Incluidos los cargadores de audífonos, la adaptación de audífonos binaurales o monoaurales o lotes de servicios y el mantenimiento).	80 %	No	Pilas. Gastos de envío. Seguro.	Sujeto a un máximo prescrito en el Reglamento Administrativo.
5.3.	APARATOS DE PRÓTESIS (Excepto dentaduras postizas.) Prescritos por un médico, incluido el mantenimiento.	80 %	Sí	Gastos de envío.	Sujeto a la aprobación del Asesor Médico.

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
5.4.	SILLAS DE RUEDAS Y APARATOS PARECIDOS Prescritos por un médico, incluidos el mantenimiento, la entrega y la instalación.	80 %	Sí		Sujeto a la aprobación del Asesor Médico.
5.5.	OTROS APARATOS Prescritos por un médico, incluidos el mantenimiento, la entrega y la instalación.	80 %	Sí	Gastos de adquisición, de alquiler o de reparación de aparatos médicos auxiliares o de menor importancia.	Sujeto a la aprobación del Asesor Médico y a otras condiciones prescritas en el Reglamento Administrativo.
6.	GASTOS DE TRANSPORTE				
6.1.	TRANSPORTE EN CASO DE EMERGENCIA Transporte de la persona protegida en ambulancia terrestre o aérea desde el lugar de la emergencia hasta el lugar de tratamiento más cercano.	80 %	Sí	Queda excluido el transporte en los casos siguientes: a) transporte por conveniencia personal a un emplazamiento distinto del lugar de tratamiento adecuado más cercano; b) condiciones médicas que se produzcan por practicar una actividad deportiva considerada de riesgo.	Sujeto a las condiciones previstas en el Reglamento Administrativo.
6.2	TRANSPORTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN O DE TRATAMIENTO AMBULATORIO				
6.2.1.	Transporte de la persona protegida de un establecimiento hospitalario a otro o a un centro de convalecencia médica.	80 %	Sí	Transporte por conveniencia personal y transporte no justificado desde el punto de vista médico para proseguir el tratamiento de la condición médica que provocó la hospitalización.	A reserva de la aprobación del Asesor Médico, abono de los gastos de transporte sanitario terrestre o aéreo o de transporte en taxi sujeto a un máximo fijado por el Reglamento Administrativo.
6.2.2.	Transporte sanitario terrestre del lugar de hospitalización al lugar de residencia de la persona protegida.	80 %	Sí	Transporte por conveniencia personal y transporte no justificado desde el punto de vista médico.	A reserva de la aprobación del Asesor Médico, abono de los gastos de transporte sanitario terrestre o aéreo o de transporte en taxi sujeto a un máximo fijado por el Reglamento Administrativo. Prestación habitual realizada una sola vez por hospitalización, al país de esta.

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
6.2.3.	Transporte de la persona protegida entre su lugar de residencia y un lugar de tratamiento, a fin de proseguir el tratamiento de la condición médica que provocó la hospitalización.	80 %	Sí		Transporte justificado desde el punto de vista médico al centro hospitalario en el que se haya recibido el primer tratamiento o al lugar de tratamiento más próximo del lugar de residencia de la persona protegida. A reserva de la aprobación del Asesor Médico, abono de los gastos de transporte sanitario terrestre o de transporte en taxi sujeto a un máximo fijado por el Reglamento Administrativo.
6.2.4.	Transporte de la persona protegida entre su residencia principal y el lugar de tratamiento o de prescripción del tratamiento en caso de ciertos tratamientos de enfermedades o estados crónicos definidos en el Reglamento Administrativo.	80 %	Sí		Abono de los gastos de transporte en taxi sujeto a un máximo fijado por el Reglamento Administrativo. A reserva de la aprobación del Asesor Médico.
6.3.	OTRO TRANSPORTE CON FINES MÉDICOS Desplazamientos con fines de atención médica, cuando no sea posible obtener la atención médica necesaria en el lugar de destino o área de residencia.	100 %	No	a) Transporte debido a la evacuación sanitaria de la persona protegida, en la medida en que la organización que emplea a la persona asegurada o el empleador de la persona protegida asuma la evacuación sanitaria. b) Transporte en el lugar de destino o en el área de residencia, tal y como se define en el Reglamento Administrativo.	A reserva de la aprobación previa del Asesor Médico y sujeto a otras condiciones prescritas en el Reglamento Administrativo.
7.	GASTOS DE SEPELIO (Incluidos los de incineración)	100 %	No		Sujeto a un máximo fijado por el Reglamento Administrativo.

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
8.	PREVENCIÓN				
8.1	EXÁMENES PREVENTIVOS, TRATAMIENTOS PREVENTIVOS Y PRUEBAS DE DETECCIÓN	100 %	No		Sujeto a las condiciones previstas en el Reglamento Administrativo, incluida la lista de exámenes, tratamientos preventivos y pruebas de detección reembolsables.
8.2	VACUNAS	100 %	No		
8.3	CONTRACEPCIÓN Píldoras y otros dispositivos anticonceptivos	80 %	Sí	Preservativos masculinos. Preservativos femeninos.	Sujeto a prescripción médica.
9.	MEDICINAS ALTERNATIVAS Tratamientos realizados por un terapeuta habilitado para ejercer en el país en que estos se dispensan.	80 %	No		Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo, incluida la lista de tratamientos reembolsables.
10.	REPRODUCCIÓN ASISTIDA Estimulación ovárica, inseminación artificial y fecundación <i>in vitro</i> (FIV) con o sin inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), incluidos los correspondientes análisis de laboratorio	80 %	No	Gestación subrogada. Gastos de transporte al lugar de tratamiento.	Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.

¹ General: Todas las prescripciones destinadas a la atención médica o a los medicamentos se deben realizar antes de la fecha de la prestación del servicio o de la compra.

² En virtud del artículo 2.1.3 del Reglamento, «por el término ‘médico’ se entenderá cualquier médico u odontólogo calificado y habilitado para ejercer en el país donde una persona protegida recurre a sus servicios profesionales para los distintos tipos de tratamiento médico mencionados en el Baremo de Prestaciones».

³ Lotes de servicios de reconocimiento médico o lotes de tratamientos de bienestar que presentan un conjunto integrado de servicios de carácter principalmente preventivo y no curativo.

► Anexo II

Reglamento de elecciones

Cuerpo electoral y elegibilidad

1. Se celebrarán elecciones para elegir a los seis miembros del Comité de Administración que representarán a los asegurados de la Oficina Internacional del Trabajo.
2. Serán elegibles todos los asegurados, con excepción de las personas siguientes:
 - a) el Director General de la OIT, al igual que los miembros de su oficina respectiva;
 - b) los miembros de la Secretaría de la Caja;
 - c) toda persona que haya sido declarada responsable de actos fraudulentos contra los intereses de la Caja, y
 - d) toda persona que haya sido declarada no-elegible de conformidad con una decisión tomada con arreglo a las disposiciones del párrafo 22, d).

Organización de las elecciones

3. La elección de los miembros del Comité de Administración será organizada por una Mesa electoral compuesta por tres miembros de entre las personas aseguradas que serán nombrados por el Comité de Administración a más tardar el 1 de agosto del año que precede a aquel durante el cual comenzará el mandato de las personas que se van a elegir.
4. Los miembros de la Mesa electoral no podrán ser candidatos en las elecciones. No podrán ser miembros del Comité de Administración ni de la Secretaría de la Caja.
5. Los miembros de la Mesa electoral velarán por la aplicación del presente Reglamento y se cerciorarán de que las elecciones se desarrollen de conformidad con los principios electorales democráticos. Los miembros de la Mesa electoral cumplirán sus funciones de manera totalmente imparcial e independiente. Toda decisión que adopten los miembros de la Mesa electoral deberá considerarse de carácter colegial. La Secretaría de la Caja ejecutará las decisiones de los miembros de la Mesa electoral, quienes podrán solicitar a la OIT las opiniones jurídicas que estimen necesarias.
6. Dentro de los límites del presente Reglamento, los miembros de la Mesa electoral fijarán las reglas detalladas por lo que se refiere a la presentación de candidaturas, la publicidad electoral y los mecanismos de voto, respetando el principio de igualdad de oportunidades entre los candidatos, en particular respecto a los medios de comunicación.
7. El 1 de septiembre a más tardar, la Mesa electoral entregará a todos los asegurados una notificación de elecciones, así como los demás documentos necesarios. En esta notificación se detallarán las reglas fijadas con arreglo a las disposiciones del párrafo 6 del presente Reglamento. Se otorgará un plazo de por lo menos cinco semanas para la presentación de las candidaturas y un segundo plazo de por lo menos cinco semanas para la votación propiamente dicha, con la finalidad de que los asegurados cuyo lugar de destino no sea Ginebra puedan participar en la votación.
8. Las presentaciones de candidaturas estarán firmadas por lo menos por diez asegurados y acompañadas por la aceptación debidamente firmada del o de los candidatos de que se trate.

9. Para apoyar su candidatura, los candidatos podrán proporcionar una declaración individual que contenga informaciones sobre sus calificaciones, su experiencia y lo que se comprometan a realizar en caso de ser elegidos con arreglo a las modalidades que hayan establecido los miembros de la mesa electoral.

10. Los miembros de la Mesa electoral verificarán las candidaturas y las declaraciones presentadas para apoyarlas. Este procedimiento será estrictamente confidencial. Los servicios competentes de la OIT proporcionarán a los miembros de la Mesa electoral toda la información necesaria para aplicar las condiciones del presente Reglamento. Se rechazará toda candidatura que no reúna las condiciones previstas en el presente Reglamento o que haya sido recibida con retraso.

11. Cuando los miembros de la Mesa electoral consideren que una declaración presentada con arreglo al párrafo 9 no está en conformidad con las condiciones establecidas en la notificación de elecciones, pedirán al candidato interesado que modifique, en un plazo de dos días hábiles, los elementos que no estén en conformidad; de lo contrario, suprimirán esos elementos o rechazarán la declaración en su conjunto.

12. Los candidatos serán responsables de toda otra publicidad electoral realizada por ellos mismos o que se realice en su nombre. Se les prohibirá recurrir a medios de comunicación que no fueran accesibles a todos los candidatos.

13. El 1 de noviembre a más tardar, la Mesa electoral distribuirá a todos los asegurados los boletines de voto conteniendo los nombres de todos los candidatos, adjuntando, llegado el caso, las declaraciones presentadas con arreglo al párrafo 9.

14. En las elecciones de los miembros que representen a los asegurados, cada asegurado solo podrá votar por un máximo de seis candidatos. Los tres candidatos que hayan obtenido el mayor número de votos serán declarados miembros titulares y los tres candidatos que vengan a continuación serán declarados miembros suplentes.

15. La Mesa electoral contará los votos y hará un informe sobre el resultado de las elecciones. Si los candidatos obtienen el mismo número de votos, la Mesa electoral decidirá por sorteo.

16. Los miembros de la Mesa electoral anunciarán los resultados por medio de una notificación a todos los asegurados. Una copia del informe de la Mesa electoral se exhibirá en el tablero de informaciones del personal y se publicará en el sitio de Internet de la Caja. El original se conservará en los archivos de la Caja.

17. Los miembros de la Mesa electoral podrán decidir realizar las elecciones totalmente o parcialmente por medios electrónicos. En este caso, aplicarán el presente Reglamento con las adaptaciones necesarias.

Solución de conflictos

18. Los miembros de la Mesa electoral examinarán toda observación o reclamación sobre la organización y los procedimientos relativos a las elecciones, y tomarán toda medida que estimen necesaria para asegurar la regularidad de las elecciones. Su decisión será de carácter definitivo, a reserva de que se impugne el resultado de las elecciones con arreglo a lo dispuesto en los párrafos siguientes.

19. El resultado de las elecciones podrá impugnarse ante la Comisión de Apelaciones establecida en virtud del artículo 5.5 de los Estatutos, cuyas decisiones no serán recurribles.

20. Para ser admisible, toda impugnación del resultado de las elecciones deberá:

- a) ser objeto de una solicitud motivada presentada por escrito a la Comisión de Apelaciones por un(a) candidato(a) o por una persona asegurada de la Caja o por el Comité de Administración, y
- b) ser presentada a más tardar diez días hábiles después de haberse comunicado el resultado de las elecciones.

21. Los miembros de la Comisión de Apelaciones decidirán por mayoría:

- a) mantener el resultado de las elecciones, sin formular una recomendación;
- b) o bien mantener el resultado de las elecciones y formular una recomendación, en cuyo caso el Comité de Administración entrante deberá examinar toda recomendación que se formule;
- c) o bien anular total o parcialmente las elecciones, lo cual se indicará al presidente del Comité de Administración saliente, así como al Director General de la OIT, y
- d) o bien invalidar la elección de un candidato y, según el caso, su no-elegibilidad por un cierto periodo.

22. No podrán anularse totalmente o parcialmente las elecciones cuando la irregularidad constatada no haya alterado de manera manifiesta el resultado de las mismas.

23. La Comisión de Apelaciones adoptará su decisión en un plazo no superior a 30 días hábiles contado a partir de la fecha en que haya sido constituida. Si la Comisión de Apelaciones se encuentra en la imposibilidad de tomar su decisión durante este periodo, se comunicará el recurso —adjuntando una nota explicativa de las razones por las cuales la Comisión de Apelaciones no ha podido adoptar una decisión en el plazo prescrito— al Director General de la OIT para solicitarle que tome una decisión. La decisión, por parte de la Comisión de Apelaciones o por parte del Director General de la OIT no será recurrible.

24. En caso de anulación total o parcial de las elecciones, los miembros del Comité de Administración saliente que representen a los asegurados conservarán sus cargos por un periodo de seis meses contado a partir de la fecha en la cual el presidente de la Comisión de Apelaciones haya comunicado al presidente del Comité de Administración la decisión de anular las elecciones. Durante este periodo, el Comité de Administración despachará los asuntos corrientes y organizará nuevas elecciones, de ser necesario elecciones parciales, cuyos resultados deberán darse a conocer antes de que concluya este periodo.

► Reglamento administrativo de la Caja del Seguro de Salud del Personal

Capítulo I. (Ámbito de aplicación)

Artículo 1.2.1

(Personas aseguradas obligatoriamente)

1. La lista de organizaciones afines al 15 mayo de 2014 es la siguiente: Banco Mundial (grupo), FAO, FIDA, FMI, OACI, OIEA, OTPCE, OMC, OMI, OMM, OMPI, OMS, OMT, ONUDI, OPAQ, UIT, UNESCO y UPU.

2. La lista que figura en el párrafo 1 *supra* también se aplica al párrafo d) del artículo 1.3 (Personas aseguradas voluntariamente) de los Estatutos de la Caja.

Artículo 1.3, c)

(Protección voluntaria después del cese de servicio)

1. Cuando un asegurado solicite un seguro de manera voluntaria con arreglo al artículo 1.3, c) de los Estatutos, deberá precisar el periodo por el cual solicita esa prolongación. En principio, ese periodo se establecerá en meses completos (hasta un máximo de seis meses). En casos excepcionales, la Secretaría podrá aceptar solicitudes por periodos más cortos, en particular cuando pueda ser de aplicación el párrafo 3 de este Reglamento.

2. El periodo fijado según lo arriba mencionado no podrá ser prolongado posteriormente.

3. Si, durante dicho periodo, el asegurado contrae un seguro de salud obligatorio, podrá solicitar el reembolso de las cotizaciones pagadas por el periodo correspondiente al seguro obligatorio.

Artículo 1.5.1

(Personas a cargo protegidas automáticamente)

1. Cuando un asegurado tenga más de un cónyuge, en virtud del derecho privado al que esté sujeto, se aplicarán las normas siguientes:

- i) solo un cónyuge será considerado como persona a cargo protegida automáticamente, incluso si la asignación familiar se divide entre más de un cónyuge;
- ii) el cónyuge protegido automáticamente será aquel con el cual el funcionario lleve unido en matrimonio más tiempo, y
- iii) el funcionario podrá solicitar el seguro voluntario para los demás cónyuges, conforme al artículo 1.6.1, a).

2. De conformidad con el artículo 1.5.1, a) de los Estatutos, gozarán automáticamente de protección las personas a cargo de los asegurados para los cuales se deberían pagar asignaciones familiares si las condiciones de empleo de la persona asegurada previeran la adjudicación de estas asignaciones en las condiciones previstas respectivamente por el Estatuto o el Reglamento aplicable al personal de la sede. Por ello se entenderá lo siguiente:

- i) cuando el reglamento que regula las condiciones de empleo en la oficina respectiva no prevea la adjudicación de asignaciones por cónyuge, y cuando los ingresos profesionales anuales de este último sean inferiores al sueldo de un funcionario de nivel 1, escalón 1 de la categoría de servicios generales pagado en dicha oficina, el cónyuge quedará automáticamente cubierto por la Caja;
- ii) cuando los ingresos profesionales anuales del cónyuge excedan del nivel arriba mencionado, el funcionario podrá solicitar un seguro voluntario para su cónyuge de conformidad con el artículo 1.6.1, a), y
- iii) todo hijo por el cual no se pague asignación familiar en razón de una disposición que limite el número de hijos por los cuales esta asignación puede ser pagada, quedará automáticamente protegido.

3. Cuando, en virtud del Estatuto respectivo, una asignación familiar sea pagadera retroactivamente, se considerará que la persona a cargo interesada ha estado protegida automáticamente desde la fecha de adjudicación de la asignación. El asegurado y la organización que lo emplea pagarán cotizaciones, según la tasa aplicable, sobre el monto de la asignación desde esa fecha. Todas las cotizaciones que se hubieran pagado por la persona a cargo durante dicho periodo de conformidad con el artículo 3.5 (Cotizaciones en el caso de las personas a cargo protegidas voluntariamente) serán reembolsadas al asegurado.

4. Cuando el cónyuge jubilado de un asegurado que, en caso contrario, sería una persona a cargo protegida automáticamente, siga protegido por el régimen de seguro de salud aplicable antes de la jubilación, el asegurado, mediante notificación al Secretario Ejecutivo, podrá optar por que no se considere al cónyuge como persona a cargo automáticamente protegida, en cuyo caso la pensión de este no se tendrá en cuenta al determinar la aportación del asegurado.

5. Ningún asegurado podrá estar protegido simultáneamente por la Caja bajo otra condición.

Artículo 1.6

(Personas a cargo protegidas voluntariamente)

1. Con sujeción a lo dispuesto en el párrafo 2 que sigue, cuando una asignación familiar quede anulada retroactivamente, en virtud del Estatuto respectivo, se considerará que la persona a cargo interesada ha estado protegida voluntariamente desde la fecha en que se suprimió la asignación. El asegurado pagará a la Caja, desde esa misma fecha y de conformidad con el artículo 3.5, las cotizaciones que corresponden a la persona a cargo interesada. Las cotizaciones pagadas sobre el monto de la asignación familiar por el asegurado, así como por la organización que lo emplea durante dicho periodo, les serán reembolsadas. El asegurado podrá, mediante aviso previo a la Caja, interrumpir la protección voluntaria de la persona a cargo interesada, al finalizar el mes siguiente a aquel durante el cual ha sido informado de la anulación de la asignación familiar; a falta de dicho aviso previo, la protección continuará tal como está prevista en el artículo 1.6.

2. En los casos a los que se refiere el párrafo 1 y previa presentación de documentos que justifiquen que la persona a cargo en cuestión ha estado asegurada bajo otro régimen de seguro de salud desde la fecha de la anulación de la asignación, el asegurado podrá notificar a la Caja su renuncia a la protección para dicha persona a cargo con efecto retroactivo desde la misma fecha. El asegurado reembolsará a la Caja toda prestación pagada a título de esta persona a cargo durante el periodo de que se trate y la Caja reembolsará tanto al asegurado como a la organización que lo emplea sus partes respectivas de cotizaciones pagadas durante el mismo periodo sobre la base de la o las asignaciones familiares suprimidas.

3. Si bien las personas protegidas voluntariamente están cubiertas en principio por periodos de un año renovables, su protección cesará:

- a)* cuando la persona asegurada deje de estar protegida, o
- b)* cuando las condiciones estipuladas en el artículo 1.6 dejen de cumplirse (por ejemplo, cuando un hijo cumple los 30 años de edad u obtiene un empleo estable a tiempo completo).

4. En lo que se refiere a los hijos protegidos voluntariamente de conformidad con el artículo 1.6.1, *b)* y a los padres o padres políticos protegidos voluntariamente de conformidad con el artículo 1.6.1, *c)*, la Caja podrá exigir cada cierto tiempo a la persona asegurada que certifique que las condiciones estipuladas en este artículo se siguen cumpliendo.

Capítulo II. (Prestaciones)

Artículo 2.4

(Supresión y límites del derecho a prestaciones)

Las disposiciones que estipulan que no deben pagarse prestaciones por los gastos quirúrgicos y atención médica conexas efectuados con fines estéticos, previstas en el artículo 2.4.1, b) y en el Baremo de Prestaciones, no se aplicarán en caso de una operación o un tratamiento que resulten necesarios a raíz de un accidente o una intervención quirúrgica efectuada por motivos de salud y que dan derecho a prestaciones.

Artículo 2.5.3

(Prestaciones adicionales)

1. El umbral para las prestaciones adicionales se fija para todo asegurado en el 25,0 por ciento del ingreso correspondiente anual, sujeto a lo siguiente:

- a) por «ingreso correspondiente» se entiende el ingreso sobre la base del cual se calcularán las cotizaciones de cada asegurado, de conformidad con las disposiciones aplicables de los artículos 3.2, 3.3 o 3.4 de los Estatutos. Sin embargo, en el caso de un/una funcionario/a que trabaja a tiempo parcial, el ingreso correspondiente se evaluará sobre la base de la remuneración por tiempo parcial, y no del ingreso que percibiría si estuviera trabajando a tiempo completo. El ingreso correspondiente anual se calculará multiplicando por 12 el ingreso correspondiente mensual;
- b) el umbral se fija una vez al año, el 1 de enero, para todo el año civil sobre la base del ingreso del asegurado correspondiente al mes de enero;
- c) cuando la protección comience después del 1 de enero, el umbral para el resto del año civil se basará en el ingreso del asegurado correspondiente al mes respecto del cual perciba la primera remuneración mensual completa, y
- d) cuando el asegurado se jubile en el transcurso del mes de enero, el umbral para el resto del año civil se basará en el ingreso pertinente correspondiente al mes en el que reciba el primer pago completo de la pensión.

2. La tasa de las prestaciones adicionales se fija en el 20,0 por ciento.

3. El Comité de Administración examinará periódicamente el monto del umbral y la tasa de las prestaciones adicionales, por lo menos una vez cada tres años, al mismo tiempo que la revisión actuarial que se menciona en el artículo 3.10.

Artículo 2.8

(Responsabilidad de terceros)

1. A petición del miembro interesado y previa presentación del justificante de pago que se exige generalmente para tener derecho a recibir prestaciones, la Caja adelantará una cantidad que no exceda la de las prestaciones ordinarias y, si se cumplen las condiciones, el monto de las prestaciones complementarias que sería pagadero de no existir responsabilidad de terceros y que se abonaría al mismo tiempo que otras prestaciones complementarias.

2. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.8.3, esos adelantos se devolverán a la Caja en el momento de la adjudicación de la prestación o en cualquier otra fecha que decida el Comité de Administración o el Subcomité Permanente que actúa en su nombre, cuando no se hayan puesto en marcha o ejecutado las medidas jurídicas requeridas.

Artículo 2.10

(Pago de prestaciones)

1. Las prestaciones se pagarán en la moneda del lugar de destino del funcionario o de la moneda de la cuenta en que el funcionario percibe su salario, si fuera distinta.

2. Por delegación del Comité de Administración, el Secretario Ejecutivo podrá autorizar el reembolso de los recibos y las facturas presentados con posterioridad a los plazos indicados en el artículo 2.10.4 de los Estatutos. En esos casos, el miembro interesado deberá cursar una solicitud especial explicando los motivos del retraso.

3. El pago por adelantado de servicios o tratamientos adquiridos en forma de lote solo da lugar al reembolso una vez que se ha completado el servicio o tratamiento.

4. Para que una factura sea reembolsable debe incluir, como mínimo, el nombre del paciente, las fechas y los tipos de tratamiento recibido y el nombre del proveedor. La CSSP podrá solicitar la información adicional que juzgue necesaria para calcular la prestación debida.

Artículo 2.13

(Tipo de cambio)

1. Los límites máximos de gastos aprobados en dólares de los Estados Unidos estipulados en el Capítulo VI («Baremo de prestaciones») del Reglamento Administrativo se ajustarán automáticamente dividiendo esos límites por el tipo de cambio operacional de las Naciones Unidas para el mes correspondiente y multiplicando el resultado por un tipo de cambio de referencia del dólar de los Estados Unidos con respecto al franco suizo fijado por el Comité de Administración. No obstante, el límite máximo de gastos aprobados en dólares de los Estados Unidos nunca será inferior al indicado en el Capítulo VI del Reglamento Administrativo.

2. El tipo de cambio de referencia a partir del 1 de enero de 2009 es de 1,30 francos suizos por 1,00 dólares de los Estados Unidos.

3. Con respecto al código 4 (Atención odontológica) o del código 5.1 (Aparatos ópticos) del Baremo de prestaciones, el Comité de Administración puede decidir ajustar los saldos de gastos aprobados en dólares de los Estados Unidos a final de año utilizando el mismo método que el aplicado al ajuste de los toques de gastos aprobados en dólares de los Estados Unidos.

Capítulo III. (Financiamiento)

Artículo 3.2.1

(Cotizaciones en el caso de los funcionarios y de las personas a su cargo protegidas automáticamente)

Las cotizaciones que se deben abonar por los funcionarios contratados a tiempo parcial y las personas a su cargo protegidas automáticamente, aseguradas en virtud del artículo 1.5, se determinarán sobre la base de su ingreso real (y no sobre la de la remuneración teórica que percibirían si trabajaran a tiempo completo) cuando y durante el tiempo en que el funcionario pague sus cotizaciones de conformidad con el artículo 3.3 o con el artículo 3.4 de los Estatutos (en cuyo caso la cotización se calculará sobre la base del monto de la pensión más los ingresos derivados del contrato a tiempo parcial).

Artículo 3.2.4

(Remuneración)

A. Subsidios y asignaciones que forman parte de la remuneración subsidio de no residencia y de expatriación:

- subsidio para no residentes y para expatriación;
- asignación familiar y prestación con cónyuge o hijo a cargo;
- subsidio por conocimiento de lenguas;
- subsidio por desempeño de funciones especiales;
- ajuste por el lugar de destino;
- incentivo para la movilidad, asignación por dificultad de las condiciones de vida y de trabajo, asignación por servicio en lugares de destino no aptos para familias;
- subsidios por funciones especiales (si se pagan anualmente).

Las asignaciones familiares pagaderas a un asegurado a una tasa reducida debido a que el cónyuge del asegurado percibe asignaciones se calcularán sobre la base del monto efectivamente pagado al asegurado.

(Véanse también los artículos 1.5 y 1.6 con respecto a las asignaciones familiares pagaderas o suprimidas retroactivamente).

B. Pagos que no se tienen en cuenta:

- prima de instalación;
- indemnización por horas extraordinarias;
- subsidio de educación;
- sobresueldo por trabajo nocturno;
- subsidio de vivienda;
- subsidio de repatriación;
- asignación de representación;
- subsidios por funciones especiales (si se pagan ocasionalmente);
- viajes y misiones (dietas);
- Indemnizaciones de todo tipo por cese del servicio, en particular:
 - indemnización de despido en caso de reducción del personal;
 - asignación en caso de muerte;
 - compensación en lugar del aviso previo.

Artículo 3.3

(Cotizaciones en el caso de los ex funcionarios y de las personas a su cargo protegidas automáticamente, aseguradas en virtud del artículo 1.5)

Artículo 3.4

(Cotizaciones en el caso de los sobrevivientes y de las personas a su cargo protegidas automáticamente)

1. De conformidad con los artículos 3.3 y 3.4, las cotizaciones calculadas sobre la base de las pensiones pagaderas a los ex funcionarios y a los sobrevivientes con respecto a su propio seguro y con respecto al seguro de las personas a su cargo protegidas automáticamente, aseguradas en virtud del artículo 1.5, serán reajustadas una vez por año teniendo en cuenta la pensión correspondiente al mes de octubre de cada año, con efecto a partir del año siguiente.

2. Cuando un ex funcionario asegurado voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, *d)* sea contratado nuevamente por la OIT en condiciones que impliquen el seguro obligatorio de la Caja, el cálculo de las cotizaciones durante el periodo de seguro obligatorio se hará de acuerdo con el artículo 3.2 (Cotizaciones en el caso de los funcionarios y de las personas a su cargo protegidas automáticamente). Al expirar el periodo de seguro obligatorio, las cotizaciones calculadas según el artículo 3.3 serán nuevamente calculadas sobre la misma base aplicada anteriormente, sin tener en cuenta las condiciones de remuneración durante el último periodo de seguro obligatorio.

3. Las cotizaciones previstas en los artículos 3.3 y 3.4 se calcularán sobre la base de la pensión en la moneda en que esté fijado el derecho a pensión en ese momento.

4. Para calcular la pensión que percibiría un funcionario o ex funcionario que hubiera pagado su cotización durante 25 años al régimen de jubilación considerado, tal como se estipula en el artículo 3.3, párrafo 1, *a)*, *ii)* y en el artículo 3.4, párrafo 1, *a)*, *ii)*, se aplicarán las siguientes reglas:

- a)* cuando el derecho a pensión resulte de varios periodos de servicio que dan derecho a pensión, se tomará en cuenta la pensión global y el periodo de cotización global, y
- b)* la pensión correspondiente a 25 años de cotizaciones se calculará sobre la base de la pensión realmente percibida, dividida por el número de años efectivos de afiliación y multiplicada por 25; no se tomarán en cuenta eventuales variaciones de la tasa de acumulación de la pensión ni la edad de la persona considerada en la fecha en que se jubila. En lo que respecta a las personas a las que se aplique la disposición transitoria de los artículos 3.3 y 3.4 (personas que se hayan jubilado antes del 1 de enero de 1989 y sus sobrevivientes), la duración de la cotización de 25 años y el multiplicador 25 serán sustituidos por una duración de 20 años de cotización y por el multiplicador 20.

5. Para los fines de la aplicación del artículo 3.3, párrafo 3 (que se refiere a las personas que han optado por la pensión diferida), el monto especificado en el párrafo 1, *a)*, *ii)* de dicho artículo se calculará por referencia al monto de la pensión diferida a la cual la persona interesada tendrá derecho.

Artículo 3.5

(Cotizaciones en el caso de las personas a cargo protegidas voluntariamente)

► **Tasa de las cotizaciones (en dólares de los Estados Unidos)**

Categoría	Cotización mensual a 1 de enero de 2024	Cotización mensual al 1 de enero de 2025
Hijos menores de 30 años de edad	3,64 % de la remuneración, sujeto a un máximo de 260,00	3,73 % de la remuneración, sujeto a un máximo de 260,00
Cónyuges	650,00	650,00
Padres y padres políticos	1 400,00	1 400,00

Artículo 3.7

(Cotizaciones en el caso de protección voluntaria)

1. Las cotizaciones que se deban abonar por las personas aseguradas voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, *d)*, *e)* o *f)* de los Estatutos se deducirán mensualmente de la pensión, de conformidad con los acuerdos alcanzados con los fondos de pensiones de que se trate.
2. Las cotizaciones que se deban abonar por las personas aseguradas voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, *a)* o *b)* de los Estatutos y, cuando la deducción en origen de la pensión no pueda efectuarse en el caso de personas aseguradas en virtud del artículo 1.3, *d)*, *e)* o *f)*, se harán trimestralmente y por adelantado el 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre, y su primer pago corresponderá al periodo transcurrido desde el comienzo del seguro voluntario hasta el final del siguiente trimestre completo.
3. Las cotizaciones que se deban abonar por las personas aseguradas voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, *d)*, *e)* o *f)* de los Estatutos en principio se pagarán en la moneda en que se tiene derecho a pensión. Excepcionalmente, el Secretario Ejecutivo podrá aceptar el pago en otra moneda.
4. Cuando el monto exacto sobre la base del cual se calculará la cotización no se conozca todavía, el Secretario Ejecutivo de la Caja podrá fijar un monto provisional, teniendo en cuenta todos los elementos disponibles, y las cotizaciones se pagarán sobre esa base. Los pagos adicionales o los reembolsos necesarios se efectuarán sobre la base del monto realmente sujeto a cotización, una vez que este haya sido establecido.
5. Las cotizaciones que se deban abonar por personas aseguradas voluntariamente de conformidad con el artículo 1.3, *c)* de los Estatutos se pagarán por adelantado para todo el periodo de protección por el que se opta.
6. Se podrán alcanzar acuerdos respecto de la transmisión de los pagos a través de una oficina externa de la organización.

Capítulo IV. (Administración)

Artículo 4.18

(Comisión de Arbitraje)

El Comité de Administración examinará y aprobará la composición de la Comisión de Arbitraje prevista en el párrafo 2 del artículo 4.18 de los Estatutos como mínimo al inicio de cada nuevo mandato de los miembros que representan a las personas aseguradas.

Capítulo V. (Disposiciones varias)

Artículo 5.1

(Interrupción de la protección o del servicio)

Para los fines de la aplicación del párrafo 3 del artículo 5.1 de los Estatutos, todo periodo de protección tal como se define en el artículo 1.3, c) se asimilará a un periodo de servicio.

Artículo 5.2

(Formularios y autorizaciones)

1. Las personas aseguradas deberán presentar sus solicitudes de reembolso por medio del formulario 937 de la OIT, «Solicitud de reembolso», o a través de su acceso personalizado a la página web segura de la Caja.

2. Las solicitudes de reembolso presentadas por medio del formulario 937 de la OIT deberán ir acompañadas de las facturas originales y demás documentos justificativos, y cumplir los requisitos estipulados en dicho formulario.

3. Las solicitudes de reembolso presentadas a través del acceso personalizado a la página web segura de la Caja deberán ir acompañadas de copias electrónicas de las facturas originales y demás documentos justificativos, y cumplir los requisitos estipulados en dicha página web. El asegurado deberá conservar las facturas originales y demás documentos justificativos durante un periodo de cinco años a partir de la fecha de reembolso, y estará obligado a presentarlos a la Caja si así se lo solicita, ya sea a efectos administrativos o de comprobación.

4. Se facilitarán traducciones de las facturas y los documentos justificativos que no estén redactados en español, francés, inglés ni italiano. Las traducciones podrán ser realizadas por la persona asegurada.

Artículo 5.5

(Discrepancias de opinión sobre cuestiones de otra naturaleza)

1. Los miembros de la Comisión de Apelaciones prevista en el párrafo 2 del artículo 5.5 de los Estatutos serán designados para un mandato de tres años, renovable una vez. Si no fuera posible cubrir la vacante en el plazo establecido, el Comité de Administración podrá prorrogar excepcionalmente el plazo hasta que se ocupe la vacante.

2. Respecto de cualquier apelación presentada a la Comisión de Apelaciones en virtud del artículo 5.5 de los Estatutos, la Comisión de Apelaciones deberá aplicar el procedimiento establecido en el anexo II de este Reglamento Administrativo.

3. Respecto de cualquier apelación presentada a la Comisión de Apelaciones en virtud del párrafo 19 del anexo II de los Estatutos (Reglamento de elecciones), se aplicará el procedimiento establecido en el anexo II de este Reglamento Administrativo, sujeto a las disposiciones establecidas en los párrafos 20 a 23 del anexo II de los Estatutos y a otras adaptaciones que se consideren necesarias.

► Anexo I

(Baremo de Prestaciones)

Código 1.4

(Servicios de laboratorio y otras pruebas)

1. Son reembolsables los siguientes servicios de laboratorio u otras pruebas administradas por un farmacéutico:

- prueba de detección de amigdalitis/inflamación de la garganta;
- prueba de detección del cáncer colorrectal;
- prueba de detección de la COVID-19;
- prueba de detección de cistitis;
- prueba de detección de la gripe;
- prueba para evaluar los niveles de hierro en sangre.

Código 1.5

(Tratamiento de rehabilitación funcional)

1. a) Los gastos máximos aprobados se fijarán en 100,00 dólares de los Estados Unidos por sesión (las prestaciones ordinarias se limitarán a 80,00 dólares de los Estados Unidos por sesión). El número máximo de sesiones reembolsables será de 40 por persona protegida, tipo de tratamiento y año civil.
- b) Podrá sobrepasarse el número de sesiones en caso de rehabilitación tras un accidente, una intervención quirúrgica importante, una enfermedad neuromuscular, una patología osteoarticular o en caso de discapacidad, cuando el Asesor Médico confirme la necesidad de sesiones adicionales y concrete su número.
- c) Se requerirá una nueva prescripción cada 12 meses en todos los casos.
2. Solo los tratamientos que figuran a continuación son reembolsables:
 - fisioterapia/kinesioterapia;
 - ortofonía/logopedia;
 - grafoterapia;
 - ortóptica/optometría;
 - ergoterapia;
 - psicomotricidad;
 - drenaje linfático (si el sistema linfático está afectado);
 - podología/pedicura por razones médicas (no es necesaria prescripción).

Código 1.6

(Servicios de enfermería a domicilio para enfermedades agudas)

Los gastos máximos aprobados se fijarán en 2 500,00 dólares de los Estados Unidos por persona protegida y año civil (las prestaciones ordinarias se limitarán a 2 000,00 dólares de los Estados Unidos por persona protegida y año civil), salvo que el Asesor Médico certifique que los servicios de enfermería siguen recibiendo por enfermedad aguda.

Código 1.7

(Psicoanálisis o psicoterapia)

1. El máximo se fijará o bien en 40 sesiones o bien en 4 000,00 dólares de los Estados Unidos de gastos aprobados (3 200,00 dólares de los Estados Unidos para las prestaciones ordinarias), lo que antes se complete, por persona y año civil.

2. Previa aprobación del Asesor Médico, el número máximo de sesiones o el umbral máximo de gastos aprobados pueden incrementarse hasta 20 sesiones adicionales o 2 000,00 dólares de los Estados Unidos adicionales de gastos aprobados por año civil (las prestaciones ordinarias máximas se limitarán a 1 600,00 dólares de los Estados Unidos).

Código 2.2

(Gastos de estadía en un establecimiento hospitalario, en una habitación que no sea una sala común)

1. Los gastos máximos aprobados y las prestaciones ordinarias máximas en concepto de estadía en un hospital o clínica con fines de tratamiento, examen o diagnóstico (reembolsable a la tasa de 80 por ciento en virtud del código 2.2) corresponderán al costo de una estadía en habitación semiprivada, con sujeción a los topes siguientes:

País	Aplicable a partir del 1 de abril de 2004	
	Gastos máximos aprobados por día (dólares de los Estados Unidos)	Prestaciones ordinarias máximas por día (dólares de los Estados Unidos)
Canadá, Estados Unidos, Suiza	500,00	400,00
Todos los demás países	400,00	320,00

Cuando el establecimiento elegido solo tenga cuartos individuales, los gastos de estadía que se tomarán como base del reembolso corresponderán al 80 por ciento del costo de la habitación.

2. Cuando se haga una factura global, el gasto máximo aprobado de referencia corresponderá a los gastos de estadía y el saldo de la factura global a los servicios médicos. Se aplicarán, no obstante, las prestaciones ordinarias máximas establecidas en el párrafo 1 *supra*.

3. El gasto máximo aprobado de referencia a partir del 1 de julio de 2011 es de 550,00 dólares de los Estados Unidos.

4. Cuando el gasto máximo aprobado de referencia sea superior a un tercio de la factura global por día, un tercio de la factura global corresponderá a los gastos de estadía y el saldo de la factura global a los servicios médicos. Se aplicarán, no obstante, las prestaciones ordinarias máximas establecidas en el párrafo 1 *supra*.

Código 2.3

(Gastos de estadía en un establecimiento con fines de convalecencia o tratamiento postoperatorio)

1. Los gastos máximos aprobados se fijarán en 200,00 dólares de los Estados Unidos por día (la prestación ordinaria máxima será de 160,00 dólares de los Estados Unidos por día).
2. Cuando se haga una factura global, un tercio de esta corresponderá a los gastos de estadía y dos tercios a la atención médica.

Código 2.4

(Curas termales)

Las prestaciones se limitarán a una única cura por año civil, cuya duración no podrá superar las tres semanas, de las cuales quince días como mínimo de tratamiento.

Código 2.5

(Estadía en un establecimiento de atención medicalizada)

1. Los gastos máximos aprobados para una estadía en un establecimiento de atención medicalizada se fijarán en 150,00 dólares de los Estados Unidos por día (las prestaciones ordinarias máximas se limitarán a 120,00 dólares de los Estados Unidos).
2. Las prestaciones relativas a las estadías en establecimientos de atención medicalizada están sujetas a la aprobación del Asesor Médico.

Código 2.6

(Servicios de enfermería a largo plazo y a domicilio)

1. Los gastos máximos aprobados en concepto de servicios de enfermería a largo plazo y a domicilio se fijarán en 3 450,00 dólares de los Estados Unidos por mes (las prestaciones ordinarias máximas se limitarán a 2 760,00 dólares de los Estados Unidos).
2.
 - a) Las prestaciones relativas a los servicios de enfermería a largo plazo y a domicilio están sujetas a la aprobación del Asesor Médico.
 - b) La naturaleza de los servicios de enfermería necesarios deberá indicarse en una prescripción médica.

Código 3

(Medicamentos prescritos)

1. Los gastos por los artículos y materiales que figuran en la siguiente lista (no exhaustiva) quedarán excluidos de los reembolsos con arreglo al código 3:

- tiritas adhesivas o vendas corrientes;
- agua destilada y aguas minerales;
- dentífricos (de cualquier tipo);
- cepillos de dientes;
- mondadientes;
- productos de limpieza para dentaduras postizas;

- productos de higiene personal como manoplas, talco, bastoncillos para las orejas, etc.;
- sal marina;
- sales de baño;
- algodón hidrófilo;
- adhesivos para callos;
- productos de pedicura;
- cremas solares;
- productos dietéticos;
- desodorantes;
- champús y lociones capilares;
- desinfectantes domésticos;
- productos cosméticos especiales para pieles sensibles o alérgicas;
- productos de limpieza para lentes de contacto;
- alcohol, vinos y licores.

2. Cuando los productos farmacéuticos deban comprarse más de una vez, la prescripción deberá especificar claramente cuántas veces o durante cuánto tiempo deberá hacerse. Una simple indicación como «debe repetirse» se considerará una prescripción para una sola renovación.

3. Se requerirá una nueva prescripción cada 12 meses en todos los casos.

4. Los medicamentos considerados como no reembolsables tanto en Suiza como en Francia (de conformidad con la lista de medicamentos oficialmente reconocidos) no otorgan, en principio, derecho al pago de prestaciones por parte de la Caja, a menos que quede establecido que sí son reembolsables bajo el régimen básico del seguro de salud en el país de que se trate (distinto de Suiza o Francia). A los fines de este párrafo, se comparará el principio activo del medicamento y no solo el nombre comercializado.

5. Si un tamaño o dosis de un medicamento da derecho a prestaciones de la Caja, todos los tamaños o dosis del mismo medicamento darán derecho a prestaciones de la Caja.

Código 4

(Atención odontológica)

1. Los gastos máximos aprobados se fijarán en 1 500,00 dólares de los Estados Unidos por persona y año civil (las prestaciones ordinarias serán de 1 200,00 dólares de los Estados Unidos).

2. El saldo de gastos aprobados que reste al final del año civil se trasladará y acumulará a los derechos del año siguiente, hasta un máximo de 4 500,00 dólares de los Estados Unidos (las prestaciones ordinarias máximas se fijarán en 3 600,00 dólares de los Estados Unidos).

3. A efectos de reembolso, los siguientes tratamientos o intervenciones no serán considerados de atención odontológica, sino de atención médica:

- i) tratamiento de malformaciones craneofaciales;
- ii) cirugía de fisuras faciales;
- iii) cirugía ortognática;
- iv) injertos óseos no relacionados con la atención odontológica;
- v) tratamiento de disfunciones de la articulación temporomandibular;
- vi) tratamiento de la agenesia dental congénita.

4. En caso de tratamiento de ortodoncia, si el proveedor no puede emitir las facturas de acuerdo con las fechas del tratamiento y la persona asegurada ha presentado una factura que comprende todo el periodo de tratamiento de ortodoncia antes de su conclusión, la CSSP podrá efectuar reembolsos periódicos contra la factura.

Código 5.1

(Aparatos ópticos)

1. Los gastos máximos aprobados se fijarán en 400,00 dólares de los Estados Unidos por persona protegida por año civil (las prestaciones ordinarias ascenderán a 320,00 dólares de los Estados Unidos).

2. Dentro de los máximos especificados en el párrafo 2, las prestaciones destinadas a monturas no excederán de 100,00 dólares de los Estados Unidos.

3. El saldo de gastos aprobados que reste al final del año civil se trasladará y acumulará a los derechos del año siguiente, hasta un máximo de 1 200,00 dólares de los Estados Unidos (las prestaciones ordinarias máximas se fijarán en 960,00 dólares de los Estados Unidos).

4. El Comité de Administración podrá autorizar el pago de prestaciones que excedan el máximo indicado cuando, a raíz de una intervención quirúrgica, el estado de los ojos requiera un cambio de lentes.

Código 5.2

(Aparatos auditivos)

Los gastos aprobados se fijarán en 3 750,00 dólares de los Estados Unidos por oído en el periodo de cinco años civiles (las prestaciones ordinarias se limitarán a 3 000,00 dólares de los Estados Unidos por oído).

Código 5.5

(Otros aparatos)

La CSSP podrá, previa consulta con el Asesor Médico de la CSSP, limitar las cantidades de aparatos médicos reembolsables.

Código 6.1

(Transporte en caso de emergencia)

1. Una emergencia es un acontecimiento repentino e inesperado que exige una intervención médica inmediata.

2. El transporte en ambulancia terrestre o aérea, según proceda, ha de revelarse como el único medio de transporte adecuado, habida cuenta de la gravedad de la situación médica y de las demás circunstancias que rodean la emergencia.

3. Incumbirá al equipo médico que proporcione el transporte determinar el lugar de tratamiento más cercano.

4. Se consideran actividades de riesgo las actividades deportivas que entrañan un mayor riesgo de caída, choque, lesiones o malestar, en particular los deportes de nieve, los deportes náuticos y subacuáticos (salvo la natación), los deportes aéreos y el uso (como piloto o como pasajero) de un avión

privado, los deportes de combate y de tiro, el uso con fines deportivos de vehículos de motor, el alpinismo o la escalada con cuerda y la escalada. Cabe esperar razonablemente que, en esos casos, la persona protegida haya suscrito un contrato de seguro específico que cubra los casos de emergencia.

Código 6.2

(Transporte en caso de hospitalización o de tratamiento ambulatorio)

1. La repatriación, la conveniencia personal y el derecho a la libre elección del médico, del farmacéutico y del establecimiento médico previsto en el artículo 2.1 de los Estatutos no forman parte de la justificación médica del transporte.

2. Para el transporte en taxi, el límite máximo de gastos aprobado asciende a 500,00 dólares de los Estados Unidos por trayecto.

3. Las enfermedades y los estados crónicos cuyo tratamiento puede dar derecho a recibir prestaciones en virtud del código 6.2.4 son:

- los casos de insuficiencia renal que precisan diálisis;
- los estados cancerosos que precisan quimioterapia o radioterapia;
- los estados neurodegenerativos invalidantes;
- la incapacidad física.

Código 6.3

(Otro transporte con fines médicos)

1. La repatriación, la conveniencia personal y el derecho a la libre elección del médico, del farmacéutico y del establecimiento médico previsto en el artículo 2.1 de los Estatutos, no forman parte de la justificación médica del transporte.

2. El término «área de residencia» designa el territorio situado en un radio de 100 km del lugar de residencia de la persona protegida.

3. Las prestaciones estarán sujetas a la aprobación previa del Asesor Médico que:

- i) certificará que no puede recibirse atención médica adecuada en el lugar de destino/área de residencia, y
- ii) determinará el «lugar más cercano» en que puede recibirse la atención médica necesaria.

4. Los gastos de traslado se abonarán únicamente si la atención se proporciona en el lugar más cercano determinado por el Asesor Médico, de conformidad con el párrafo 2 *supra*.

5. El Secretario Ejecutivo podrá, no obstante, autorizar el reembolso de los gastos de traslado a un lugar que no sea el más cercano determinado por el Asesor Médico, justificándose su decisión ya sea para preservar la salud o la seguridad de la persona asegurada, ya sea para obtener una ventaja económica para la Caja.

6. Solo se pagarán prestaciones por el costo del billete más económico en el medio de transporte más barato disponible, y deberá darse preferencia al transporte colectivo.

Código 7

(Gastos de sepelio)

Las prestaciones máximas se fijarán en 750,00 dólares de los Estados Unidos.

Código 8.1

(Exámenes preventivos, tratamientos preventivos y pruebas de detección)

1. Solo los exámenes que se indican a continuación son reembolsables en su totalidad:
 - análisis del antígeno prostático específico (PSA) y examen rectal digital cada año a partir de los 50 años;
 - mamografía cada dos años a partir de los 40 años;
 - citología cérvico-vaginal y examen pélvico cada dos años;
 - pruebas de sangre oculta en heces cada año a partir de los 50 años;
 - colonoscopia cada cinco años a partir de los 50 años.
2. Los tratamientos preventivos y las pruebas de detección que se indican a continuación son reembolsables en su totalidad:
 - limpieza dental anual;
 - prueba de detección del VIH, hasta un gasto máximo aprobado de 100,00 dólares de los Estados Unidos;
 - prueba de detección de las hepatitis B y C, hasta un gasto máximo aprobado de 100,00 dólares de los Estados Unidos;
 - prueba de detección prenatal para diagnosticar enfermedades congénitas o afecciones graves.
3. Los exámenes, tratamientos preventivos y pruebas de detección mencionados *supra* que se efectúen a intervalos más frecuentes se reembolsarán al 80 por ciento.
4. Los análisis de sangre, las ecografías y las visitas al médico de carácter ordinario durante el embarazo no entran dentro de los exámenes preventivos, tratamientos preventivos y pruebas de detección y se reembolsarán al 80 por ciento.

Código 8.2

(Vacunas)

El costo de la inyección, si se factura por separado, se reembolsará al 80 por ciento.

Código 9

(Medicinas alternativas)

1. Los gastos máximos aprobados se fijarán en 1 500,00 dólares de los Estados Unidos por persona protegida y año civil (las prestaciones ordinarias máximas se limitarán a 1 200,00 dólares de los Estados Unidos por persona protegida y año civil).
2. Solo los tratamientos que se indican a continuación son reembolsables:
 - acupuntura;
 - quiropráctica;
 - medicina ayurvédica;
 - medicina tradicional china;
 - mesoterapia;
 - osteopatía.

Código 10

(Reproducción asistida)

Los gastos máximos aprobados se fijarán en 30 000,00 dólares de los Estados Unidos por persona protegida y para la totalidad del o de los periodos de afiliación.

► Anexo II

(Procedimiento de la Comisión de Apelaciones)

1. Toda apelación interpuesta ante la Comisión de Apelaciones por una persona con derecho a hacerlo en virtud de los Estatutos (en adelante, el «demandante») deberá ser entregada a su secretaría en alguno de los tres idiomas oficiales de la Oficina en mano, por correo postal o por correo electrónico. Deberá estar firmada por el demandante y contener, como mínimo, la información siguiente:

- a) nombre e información de contacto del demandante;
- b) si corresponde, designación de un representante del demandante, de conformidad con el párrafo 2, junto con el nombre, el cargo y la información de contacto del representante;
- c) indicación de la decisión (decisión del Comité de Administración o resultado de las elecciones notificado) contra la cual se interpone la apelación;
- d) reparación solicitada por el demandante;
- e) motivos de desacuerdo con la decisión impugnada;
- f) documentos probatorios que sustenten la apelación, junto con una lista de dichos documentos en la que se especifique el carácter, la fecha, el autor y el destinatario de cada documento;
- g) toda objeción debidamente motivada que el demandante pueda tener en relación con la capacidad de cualquier miembro de la Comisión de Apelaciones de examinar la apelación con imparcialidad, y
- h) indicación de los idiomas oficiales que el demandante puede comprender.

2. El demandante podrá, a sus expensas, designar a una persona de su elección para que actúe en su nombre durante el procedimiento ante la Comisión de Apelaciones.

3. Toda comunicación relativa al caso y dirigida al demandante deberá redactarse en el idioma oficial utilizado por el demandante o en cualquier otro idioma oficial que el demandante pueda comprender.

4. La secretaría deberá verificar que los documentos presentados reúnan los requisitos necesarios y, si procede, solicitar al demandante o a su representante que los corrija en el plazo de una semana.

5. Cuando se cumplan los requisitos mencionados, la secretaría enviará una copia a la presidencia del Comité de Administración o, en caso de impugnación del resultado de unas elecciones, a los miembros de la Mesa electoral (en adelante, el «demandado») a través del Secretario Ejecutivo de la Caja.

6. El demandado remitirá sus comentarios sobre el caso a la secretaría de la Comisión de Apelaciones en el plazo de un mes tras la recepción de la notificación de la secretaría. En el caso de impugnación del resultado de unas elecciones, el demandado deberá enviar sus comentarios en un plazo de diez días hábiles. La secretaría transmitirá una copia de los comentarios del demandado al demandante.

7. Toda comunicación escrita de la Comisión de Apelaciones con alguna de las partes será transmitida mediante copia por la secretaría de la Comisión de Apelaciones a la otra parte.

8. La secretaría deberá guardar la copia original de la apelación, así como una copia de todas las comunicaciones escritas transmitidas entre las partes.

9. En cualquier momento antes de que el colegio establecido para examinar la apelación comience sus deliberaciones, las partes podrán acordar suspender, por un periodo específico, la consideración del caso mediante notificación por escrito dirigida a la secretaría de la Comisión de Apelaciones. Si el demandante no toma ninguna otra medida tras el periodo de suspensión especificado, la Comisión de Apelaciones podrá considerar que la apelación ha sido retirada.

10. El demandante podrá retirar la apelación, de forma definitiva, en cualquier momento antes de la notificación de la decisión adoptada por el colegio, presentando una comunicación por escrito ante la secretaría de la Comisión de Apelaciones en la que le notifique su intención de retirar la apelación.

11. Mientras se finalizan los escritos, la secretaría deberá colaborar con la presidencia y los miembros de la Comisión de Apelaciones para determinar la composición del colegio que tratará el caso, teniendo en cuenta cualquier objeción que hayan planteado el demandante o el demandado en relación con la participación de una determinada persona en el colegio.

12. Una vez determinada la composición del colegio, la secretaría deberá remitir a la presidencia y a los miembros del colegio los escritos de las partes.

13. El colegio deberá celebrar, lo antes posible, una reunión preliminar para determinar:

- a) si está claro que el caso no es admisible o carece de fundamento;
- b) si el caso debe tratarse con carácter de urgencia;
- c) la necesidad de cualquier otro escrito o investigación;
- d) la comunicación de cualquier documento que contenga información privilegiada a solicitud de cualquiera de las partes y el plazo para que las partes formulen observaciones sobre cualquier documento que así se comunique;
- e) la necesidad de que comparezcan las partes o cualquier otro testigo, y
- f) la fecha de cualquier audiencia que se haya decidido celebrar.

14. Si el colegio considera por unanimidad que está claro que el caso no es admisible o carece de fundamento, deberá adoptar sin demora una decisión sumaria a tal efecto. Esa decisión deberá contener:

- a) un resumen de las labores;
- b) los resultados a los que aspiran el demandante y el demandado;
- c) las razones por las que el colegio considera que está claro que el caso no es admisible o carece de fundamento, y
- d) la firma de la presidencia y de los miembros del colegio y la fecha.

15. Cuando el colegio considere que existen circunstancias excepcionales que lo justifiquen, podrá ordenar la adopción de las medidas transitorias que estime convenientes hasta que se examine el caso.

16. En los demás casos, la secretaría deberá notificar a las partes la fecha de cualquier audiencia que haya decidido celebrar el colegio o una indicación de las fechas en que este prevé examinar el caso.

17. Las audiencias deberán celebrarse en privado en el momento que decida el colegio y deberán estar presididas por su presidente. A ellas podrán asistir el demandante y su representante,

cualquier representante del demandado, los testigos que convoque el colegio y los miembros de la secretaría de la Comisión de Apelaciones.

18. El colegio deberá llevar a cabo sus deliberaciones en privado.

19. El colegio deberá aplicar los Estatutos y el Reglamento Administrativo de la CSSP.

20. El colegio deberá adoptar su decisión en el plazo de tres meses a partir de la conclusión de los escritos por las partes, a menos que deba prorrogarse ese plazo por circunstancias excepcionales, salvo que se establezca un plazo más breve en los Estatutos. La decisión deberá contener:

- a) un resumen de las labores;
- b) los resultados a los que aspiran el demandante y el demandado;
- c) un resumen de los argumentos esgrimidos por cada parte;
- d) una declaración de los hechos establecidos que sean pertinentes, incluida la referencia al documento o a la declaración de los testigos en los que se basen las conclusiones;
- e) una referencia a cualquier medida transitoria ordenada con arreglo al párrafo 15 *supra*;
- f) su decisión sobre cada una de las conclusiones de las partes, incluidos sus motivos;
- g) cualquier decisión de devolver el asunto, o parte de él, al demandado;
- h) una indicación sobre si la decisión se ha adoptado por unanimidad o por mayoría, así como cualesquiera opiniones minoritarias que puedan añadirse, e
- i) la firma de la presidencia y de los miembros del colegio y la fecha.

21. Cuando la decisión esté redactada en un idioma que el demandante no comprenda, la Oficina deberá adoptar las disposiciones necesarias para que se traduzca oportunamente en el idioma en que se presentó la apelación.

22. Todas las labores de la Comisión de Apelaciones son confidenciales. Toda violación de la confidencialidad se considerará una falta grave.