

Comité de Revisión de los Programas de Seguro Médico y de Vida

INFORME ANUAL 2013



Tabla de Contenido

Introducción	1
El Comité: Antecedentes y Logros	2
El Plan de Seguro Médico	5
Seguro de Vida	9
Análisis Financiero	9

Anexos

Anexo 1: Datos Demográficos

Anexo 2: Desempeño Financiero: 2013

Anexo 3: Informes de Revisión de los Contadores Independientes y Estados Financieros: 2013

COMITE DE REVISION DE LOS PROGRAMAS DE SEGURO MEDICO Y DE VIDA

Banco Inter-Americano de Desarrollo y Corporación Inter-Americana de Inversiones

REPORTE ANUAL 2013

El Comité de Revisión de los Programas de Seguros Médico y de Vida (en lo sucesivo, el Comité) se complace en presentar a todos sus participantes el Informe de Actividades del año 2013. Este reporte incluye el Informe de la Revisión de Auditoría de los estados financieros de las cuentas correspondientes a los beneficios del Seguro Médico y los estados financieros del período anteriormente mencionado. Dichos estados financieros fueron revisados de manera independiente por la firma KPMG.

Los Programas de Seguro Médico y de Vida (en lo sucesivo, el Plan) registraron un déficit de US\$1.205.000, resultando en un total neto disponible para el pago de beneficios (reservas) de US\$36.556.000 al 31 de diciembre de 2013. Este monto equivale a aproximadamente 8,1 meses de reclamos médicos. Este déficit, que representa aproximadamente 2% del total de los reclamos pagados, fue resultado de gastos médicos que excedieron los niveles de contribución de las primas del Plan. Las causas principales para este aumento fueron la gran cantidad de casos catastróficos, la inflación de gastos médicos, y la mayor utilización de servicios médicos. Estos puntos, junto con otros factores de costo se describirán más adelante en detalle.

Dado el número de excedentes anuales anteriores y el nivel adecuado de reservas, el BID no ha considerado necesario elevar las contribuciones de primas al plan desde el 2010. Anteriormente, las primas de empleados y jubilados en el 2008 y

2010 se incrementaron en un 1%. De esta manera la diferencia entre la contribución en primas y los gastos por reclamos ha sido reducida y al término del año hubo un pequeño déficit.

Cuadro 1

Años	Superávits / (Déficits)	Reservas
2012	US\$1,209,000	US\$37,761,000
2013	(US\$1,205,000)	US\$36,556,000

Fuente: Estados Financieros del BID

El Comité como parte de su mandato permanente continúa monitoreando de cerca la situación financiera del Plan con el fin de asegurar la solidez financiera del mismo.

Al final del 2013, el nivel de primas era adecuado para mantener las reservas a un nivel solido dada la eficiencia financiera del Plan.

Durante el 2014 y dada la situación financiera presentada en este reporte, incluyendo la disminución en reservas netas, el Comité analizará los niveles de las primas para el 2015. Los miembros del Plan serán informados de los resultados de este análisis y de cualquier cambio en las primas antes del final del año 2014.

EL COMITÉ

Antecedentes

El Comité fue establecido en 1995 como una entidad de asesoría para la administración de los programas de Seguros Médico y de Vida. Le fue asignada la revisión de los planes, asegurar su eficiencia, recomendar al Banco los ajustes de primas anuales y hacer las recomendaciones necesarias para mejorar el funcionamiento de los Programas de Seguros Médico y de Vida.

El comité tiene una representación tripartita: dos representantes para los empleados activos y un representante para los jubilados con sus respectivos miembros alternos, elegidos por los participantes de cada grupo, así como seis representantes designados por el Banco (tres principales y tres alternos). El Jefe de la División de Compensación, Beneficios y Servicios de Recursos Humanos (HRD/COB) asume el rol de Secretario del Comité. El Comité cuenta además con el respaldo de los miembros del grupo de Bienestar y Beneficios de Salud dentro de la División de COB. El Comité elige a uno de sus miembros como Presidente. El Comité usualmente emite las recomendaciones por consenso.

Logros y Actividades del Comité Médico

El programa de trabajo del Comité para el año 2013 incluyó varios temas importantes para los participantes del Plan:

1. **Revisión del Manual.** El Comité avanzó considerablemente en la revisión de los Manuales de Beneficios Asegurables (tanto internacionales como nacionales). Aunque el Manual fue actualizado a principios de 2013, la revisión continúa y el Comité espera tener ambos Manuales actualizados para enero de 2015.
2. **Finalización del proceso de elecciones e inclusión de miembros nuevos en el Comité al inicio de las actividades y sus nuevas atribuciones.**

Convocatoria de Candidatos. En enero de 2013, se envió una convocatoria de candidatos a los participantes del plan. El Comité actuó como un panel de selección y se reunió con los cinco candidatos para conocer sus antecedentes y analizar las responsabilidades y tareas del Comité.

Periodo de Elección. La elección se realizó durante marzo y abril del 2013. Los resultados fueron anunciados el 23 de marzo del 2013.

Igualmente fueron nombrados nuevos miembros por el Presidente del Banco, el señor Luis Alberto Moreno, para llenar posiciones vacantes dentro del Comité.

3. **Desempeño y Revisión de la Aplicación del Plan.** El Comité revisó documentos y participó en presentaciones hechas por las administradoras del plan médico Cigna Healthcare y Vanbreda Internacional (TPAs, por sus siglas en inglés) de empresas consultoras y por la Administración, relacionadas con su aplicación, con los reportes financieros, y con el estado y desempeño general del plan. Estas reuniones son parte de la agenda del Comité durante el transcurso de cada año calendario, y son una oportunidad para que los miembros del Comité cuestionen y se mantengan informados sobre el estado del plan.
4. **Finalización del Informe Anual de 2008-2012.** El Comité finalizó el Informe Anual del 2008-2012. Se completó el informe en el 2013 y fue difundido a los participantes del plan (activos y jubilados) en enero del 2013. El Comité también organizó una presentación del informe a los miembros del plan el 20 de febrero del 2014, que fue transmitida en vivo a las Representaciones.

5. **Auditoria de Reclamos.** El Comité, cumpliendo su misión de analizar los informes de auditores externos y otros informes de auditoría, se le mantuvo frecuentemente actualizado del status de la auditoría integral de reclamos y operaciones a las TPAs iniciada por la Administración en el 2013. Towers Watson empezó la auditoría en el 2013 y sus resultados serán presentados al Comité durante el tercer trimestre del 2014.
6. **Revisión y aprobación del nuevo contrato del Administrador del Beneficio de Farmacia.** Se revisaron cuidadosamente las propuestas recibidas para el cargo de Administrador del Beneficio de Farmacia, incluyendo un informe y presentación de la empresa de consultoría Towers Watson. El Comité decidió apoyar la renovación del contrato con la Farmacia-CIGNA.

Agenda del Comité

El programa de trabajo para el 2014 incluye:

- a) **Revisión del Resumen de Descripción de Beneficios.** Realizar una revisión detallada del Resumen de Descripción de Beneficios (SPD, por sus siglas en inglés) utilizado por las TPAs para asegurar que los beneficios del Plan hayan sido debidamente codificados en sus sistemas.
- b) **Estudios sobre el nivel de primas y reservas.** Analizar la auditoría financiera anual de los planes de seguro de vida y seguro médico, así como de cualquier otra información financiera relevante y recomendar cualquier cambio de prima que fuera necesario para mantener la integridad financiera del Plan.

- c) **Reforma del Sistema de Salud.** Continuar monitoreando los cambios que van emergiendo de la Ley de Cuidado de Salud Asequible así como también decidir sobre posibles ajustes al plan basados en los planteamientos actuales del mercado y las buenas prácticas de organizaciones afines, tales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.
- d) **Revisión de los Beneficios Dentales y del Cuidado de la Vista.** El comité revisará los beneficios de visión y dental para asegurarse de su competitividad con relación a las prácticas del mercado, las normas de la industria y los beneficios ofrecidos por las organizaciones afines.
- e) **Informe Anual 2013.** Preparar y distribuir el Informe Anual del 2013 para los miembros del plan. El informe será emitido tan pronto como el reporte de los auditores externos y los estados financieros del año 2013 estén disponibles en el 2014.
- f) **Estudio de la Estructura de Primas.** Iniciar estudios de la estructura de primas aplicada al personal activo y retirado que fue establecida hace 10 años. El propósito de estos estudios es asegurar que la estructura de primas sea consistente con los principios de equidad.
- g) **Auditoria de Reclamos.** Revisar los resultados de la auditoria de reclamos realizada por Towers Watson en la segunda mitad del 2013 e inicios del 2014.

El Comité de Revisión del Programa de los Seguros Médico y de Vida

Presidente del Comité

Isabel Larson (2012- a la fecha)

Representantes de los Participantes Activos

Valentina Sequi, Principal (2011 – a la fecha)
Leslie Stone, Principal (2013 – a la fecha)
Diana Margarita Pinto Masis, Alternativa (2013 – a la fecha)
Jose Juan Gomez, Alternativa (2013 – a la fecha)

Representantes de la Administración

Alberto Suria, Principal (2007 – a la fecha)
Juan Carlos de la Hoz, Principal (2010 – 2013)
Kurt Focke, Principal (2013 - a la fecha)
Marta Abello, Alternativa (2013 - a la fecha)
Rita Bettioli, Alternativa (2013 - a la fecha)
Diego Buchara, Alternativa (2013 - a la fecha)

Representantes de los Retirados

Isabel Larson, Principal (2008 - a la fecha)
Helmut M. Carl, Alternativo (2009 - a la fecha)

**Secretario del Comité y Jefe de División,
Compensación, Beneficios y Servicios de Recursos
Humanos**

Diego Murguiondo (2012- a la fecha)

Secretaría del Comité

Alejandra Vallejo (2012 - a la fecha)
Marcelo Wright (2013 - a la fecha)
Tatiani Fontes (2013 - a la fecha)

EL PLAN DE SEGURO MÉDICO

Auto financiado o Auto asegurado

El plan de salud del Grupo BID se autofinancia, el término significa que el empleador es responsable del 100% de los costos médicos de sus empleados. El BID tiene toda la responsabilidad legal y financiera del plan de salud.

Bajo un régimen de auto-seguro las contribuciones del empleador y del miembro del plan (empleados y retirados) se depositan en un fondo especial con el único propósito de cubrir los gastos médicos de los empleados y otros cargos a incurrir conforme se presenten. El Banco asume el riesgo financiero ya que debe pagar los gastos médicos de los empleados que estén dentro del ámbito del plan. También debe calcular y asegurar que haya suficientes reservas para apoyar al Plan de Beneficios.

A su vez el BID paga a un administrador externo, en este caso, “Cigna Healthcare” y “Vanbreda Internacional”, una tarifa administrativa para procesar los reclamos médicos y acceder a la red acreditada de proveedores.

Administradores de Seguro Médico (Externos)

Un administrador externo de seguro médico es una compañía que administra planes autofinanciados de beneficios para empleados tales como seguros médicos, dentales, y de visión, entre otros. Los administradores pueden asistir también a sus clientes en el diseño e implementación de planes de beneficios, el manejo de ellos y la facturación /recolección de fondos (o primas) y trabajan representando a los empleadores, son conocidos también como los auspiciadores del plan.

Análisis Demográfico

Cuadro 2

Miembros del Plan	2012	2013
Empleados	2,070	2,040
Retirados	1,843	1,904
Dependientes	5,499	5,584
Total Miembros	9,412	9,528
Ubicación		
EE.UU.	64%	65%
Fuera de los EE.UU.	36%	35%

Fuente: Datos del Banco

Datos Generales: A diciembre 31, 2013 el Plan cubría a un total de 9.528 miembros: 2.040 empleados del Grupo BID, 1.904 jubilados y 5.584 dependientes. La membresía total del plan aumentó en 1.1% con respecto al año anterior.

Lugar de Residencia: Aproximadamente dos tercios (65%) de los miembros del Plan residen en los Estados Unidos y el 35% fuera de los Estados Unidos. Estos porcentajes - en la distribución geográfica de nuestros miembros - no han cambiado desde el 2012.

Ratio de Dependientes por Participante: El promedio para el Plan en total fue de 1,41 dependientes por participante en el 2013 comparado a 1.40 en el 2012.

Información que destaca en el Plan de Salud – Cigna Healthcare y Vanbreda International

Plan Médico

En el 2013, la tendencia médica¹ general para el plan de Cigna fue de 6,6%. Este porcentaje de crecimiento es reflejo de una comparación entre la cantidad total de dólares gastados en reclamos de salud en el 2012 versus el 2013. Sin embargo, una cifra más significativa, que es el costo por Miembro por Año muestra una tendencia de 3,9%.

Entre los factores principales para las tendencias del 2013 comparados con el 2012 están: 1) el aumento de 18% en los reclamos catastróficos; 2) el aumento en la frecuencia y costos de las visitas a la Sala de Emergencias; 3) mayor utilización de pruebas de diagnóstico (por ejemplo, aumento de MRIs, de Cat Scans, y de trabajo de laboratorio); 4) inflación médica—los costos para visitas médicas, servicios ambulatorios y procedimientos quirúrgicos han aumentado.

En cuanto a Vanbreda, el total de los gastos médicos del 2013 fue mayor que el del 2012, pero todavía es muy pronto para establecer una tendencia dado que el 2013 fue el primer año completo en cuanto a la experiencia de reclamos que ha tenido el BID con Vanbreda como el nuevo administrador externo. Debido a lo que en la industria de la salud se llama un “retraso de reclamos²,” 2012 es considerado un año incompleto (“inmaduro”) por reclamos pagados en

¹ La tendencia del costo de salud es definida como la tasa en que los gastos médicos suben debido a los servicios utilizados más frecuentemente, al incremento en el costo de estos servicios, y/o al uso de servicios más caros. Entre los componentes de las tendencias del costo de salud están: los costos de inflación, apalancamiento de deducibles, aplicación y avances tecnológicos.

La tendencia de contribución es una medida del impacto de cada artículo de la línea en el cambio del costo total. Para calcularla, hay que restarle el resultado del periodo actual para este artículo al resultado del periodo base y dividir este monto por el gasto total del plan en el periodo base.

² Retraso de reclamos significa que los reclamos han sido reportados pero no se han pagado (RBNP) o que los reclamos han sido incurridos pero no reportados (IBNR).

el 2012 e incurridos en el 2011 bajo Cigna Internacional.

El esquema de la actividad de reclamos a nivel macro en el 2013 con Vanbreda provee los siguientes números:

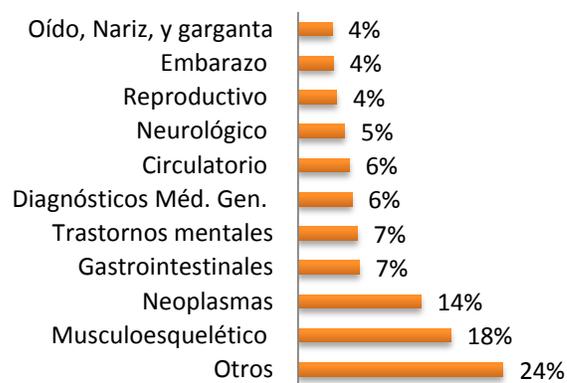
Cinco países encabezan la lista del 56,1% de todos los reclamos incurridos. Estos son: Estados Unidos (17,1%), Brasil (16,8%), Argentina (7,8%), Chile (7,8%) y Perú (6,6%).

Beneficios médicos, incluyendo dental y cuidado de la visión, totalizaron US\$11.954.139 de reclamos pagados. Reclamos pagados a jubilados y sus dependientes totalizaron aproximadamente 60,5% de todos los reclamos pagados. Las hospitalizaciones sumaron un 38,3% de todos los reclamos pagados.

Hubo 681 Garantías de Pago emitidas, (88,3%) de las peticiones fueron hechas principalmente por e-mail, en segundo lugar por teléfono (9,1%), luego por fax (2,3%), y cartas (0,3%).

En el 2013, las principales diez categorías de condiciones fueron:

Gráfico 1



Fuente: CIGNA Healthcare

Ahorros de la Red

La fuerza y penetración de la red de CIGNA PPO siguió incrementando durante el 2013, constituyendo un ahorro neto de US\$14,7 millones (vs. US\$14,1 millones en el 2012) al plan. Este incremento es el resultado de dos tendencias positivas: 1) los miembros del plan están acudiendo a un mayor número de proveedores dentro de la red y, 2) CIGNA continúa aumentando proveedores en su red PPO.

Fuera de los Estados Unidos, no hay una red de proveedores médicos o infraestructura médica contratada. Vanbreda Internacional hace pagos directos a muchos proveedores internacionales, pero no son parte de una red. Por lo tanto, el administrador del plan siempre tratará de negociar opciones de pago y descuentos favorables, lo cual a menudo sucede sobre la base de caso por caso, aunque no siempre es garantía que el proveedor externo acepte hacer un descuento. Sin embargo, Vanbreda Internacional sigue buscando llegar a acuerdos favorables para nuestros miembros.

Farmacia

El plan de Farmacia de CIGNA señaló una tendencia de 2,3 %. Los impulsores de esta tendencia fueron la inflación médica y una mayor utilización de medicamentos especializados (10,2 % sobre 2012).³

Hubo tres tendencias positivas en el gasto de farmacia del Plan en 2013: 1) mayor utilización de prescripciones genérica, 2) mayor número de prescripciones de marca que perdieron su protección de patente, y 3) menor número de prescripciones por miembro del Plan.

La utilización de prescripciones disminuyó un 2.1% en 2013 en relación a 2012. La tasa de utilización de la prescripción genérica aumentó de

65,7 % a 69,0 % resultando en un ahorro de US\$ 921.646.

Las reclamaciones de farmacia de Vanbreda, incurridas por los miembros del plan y sus dependientes, son reembolsadas en su totalidad después de un copago de US\$ 5. El gasto total de farmacia bajo Vanbreda ascendió a US \$ 1,5 millones, o 13,2 % de las reclamaciones totales.

Dental

Hubo un incremento de 3,9% en el plan dental de Cigna, generado principalmente por las presiones inflacionarias en la atención de salud y un mayor uso de las categorías siguientes: diagnóstico/preventivo, servicios básicos y avanzados de restauración, endodoncia, y periodoncia. Estos datos demuestran que nuestros miembros están prestando mayor atención a la salud dental.

Los números reflejan esta tendencia: a) el total de gastos en el cuidado dental en el 2013 subió al 3,9%; b) los reclamos dentales a finales de 2013 totalizaron US\$4,225.909.

El uso del servicio dentro de la red de proveedores bajó de 36,3% (2012) a 33,7% (2013). El número de miembros exclusivos recibiendo una limpieza preventiva bajó ligeramente – de 67,0% en el 2012 a 66,2% en el 2013—aunque sigue por encima del promedio de 60,4%.

Los miembros del plan fuera de los Estados Unidos igualmente utilizaron ampliamente los servicios preventivos dentales. El total de los costos dentales pagados en el plan de Vanbreda fue de US\$860.000, equivalente a 7,2% del total de los reclamos pagados.

³ Los medicamentos especializados son una nueva categoría de medicamentos (i.e. a base de proteínas, diseñado biológicamente) que ahora se utilizan con frecuencia para el tratamiento de cáncer, artritis reumatoide, HIV, esclerosis múltiple, y otras enfermedades crónicas.

Reclamos Catastróficos

Un reclamo catastrófico es aquel cuyo costo anual llega a US\$50.000. En el 2013, hubo un incremento de 58,5% en el número de reclamos catastróficos comparado con el 2012. Hubo un total de 82 reclamos catastróficos: 53 con Cigna Healthcare y 29 con Vanbreda Internacional. En el 2012, hubo un total de 48 casos catastróficos.

El gasto total de atención de salud para casos catastróficos fue de US\$8,3 millones. El costo promedio de reclamos catastróficos con Vanbreda fue de US\$106.300, mientras que en Cigna fue de US\$97.800.

Con Cigna, los gastos catastróficos subieron 17,8%, lo cual contribuyó 3,3% al incremento de 6,6% de gastos médicos. En dólares el total de reclamos en casos catastróficos para el 2013 fue de US\$5, 183,280 vs US\$4, 402,426 en el 2012.

Con Vanbreda, los gastos catastróficos incrementaron en comparación con el año pasado. En dólares, el total de reclamos pagados por casos catastróficos para el 2013 fue de US\$2.8 millones vs US1.5 millones en el 2012.

Este incremento de reclamos catastróficos puede ser atribuido a un aumento en el número de miembros con enfermedades crónicas o agudas, al mismo tiempo que requieren cuidado más intensivo y complejo. También hubo un incremento de 15% en costos de hospitalización por casos catastróficos en el 2013 comparado con el 2012. La inflación médica, aunque en menor medida, también es un factor en los costos médicos más altos que casi siempre está dos a tres veces más alta que el índice de precios al consumo anual. La inflación medica en los Estados Unidos en el 2013 terminó al final del año siendo del 7,5%.⁵

Las categorías principales de reclamos catastróficos fueron: neoplasmas, múltiples fracturas óseas, partos prematuros, accidentes

⁵ Fuente: PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute

cerebrovasculares y respiratorios, y abuso de sustancias tóxicas.

Cuadro 3

Número de Casos Catastróficos

Administrador	Cigna	Vanbreda	Total
Año del plan - 2012	40	8	48
Año del plan - 2013	53	29	82

Fuente: Informes de Cigna y Vanbreda

Cuadro 4

Gasto Total Médico en los Casos

Categorías	Gasto Total
Promedio gastado por reclamo - 2012	US\$106,780
Promedio gastado por reclamo - 2013	US\$102,050
Total Gastado (> US\$50K) - 2012	US\$5.1 million
Total Gastado (> US\$50K) - 2013	US\$8.3 million

Fuente: Informes de Cigna y Vanbreda

A fin de evitar un impacto financiero más alto al plan y de mitigar el riesgo de volatilidad que proviene de los reclamos catastróficos impredecibles, el plan está protegido por el seguro de "stop loss", que tiene una retención específica de cobertura de US\$350.000 por persona, más una forma de retención adicional de US\$114.000. En el 2013, el plan recibió un reembolso de "stop loss" de US\$50.000⁶.

Otro factor de mitigación del impacto financiero debido a los reclamos catastróficos es la coordinación de pagos con Medicare. Estos ahorros totalizaron US\$640,000.

⁶ Esto funciona de forma similar a un segundo nivel de deducible, donde se aplica US\$ 114,000 de corredor en el deducible de US\$ 350,000. En otras palabras, un reclamo de alta cifra es elegible para reembolso una vez que la reclamación supera los US\$ 464,000.

SEGURO DE VIDA E INCAPACIDAD PROLONGADA

AIG continúa siendo el asegurador del Banco en seguros de vida, de muerte y mutilación accidental (AD&D), y de incapacidad prolongada. Algunos puntos a resaltar sobre el año 2013:

- 1) Revisión del documento de políticas. Actualización de los cambios de tarifas y otros beneficios como el de seguro máximo de vida, que subió de US\$1 millón a US\$1,5 millones y que no se reflejaba en el Resumen de Descripción de Beneficios.
- 2) Renovación sin aumento. Renovamos las políticas con AIG sin haber aumentado las primas.
- 3) Hubo un total de 4 reclamos de muerte (dos dependientes y dos empleados con incapacidad prolongada), y no se presentaron reclamos de incapacidad prolongada adicionales en el 2013.
- 4) Un demandante de incapacidad prolongada llegó a los 62 años lo que dio por terminados los beneficios pero dio inicio a una pensión.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO CON CIGNA HEALTHCARE

En el 2013 Cigna fue seleccionado para continuar siendo el administrador del Plan de Salud del Banco en los Estados Unidos como resultado de un proceso competitivo. Un nuevo contrato con Cigna Healthcare se firmó el 31 de enero del 2014.

ANALISIS FINANCIERO

Los auditores independientes del Banco para el periodo de este informe, KPMG, revisaron los estados financieros de la cuenta de beneficios de Seguro Médico del BID para el 2013.

KPMG emitió el informe correspondiente de revisión de los estados financieros e indicaron que no encontraron que hubiera ninguna modificación sustantiva, que debiera hacerse a los estados financieros, para que estuvieran de conformidad con los principios de contabilidad generalmente aceptados en los Estados Unidos.

Como se muestra en el Anexo 2, las contribuciones de primas al Plan en el 2013 sumaron US\$52,9 millones, más US\$253.000 en inversiones y otros ingresos, menos US\$53,9 millones en deducciones netas, resultando en un déficit neto de US\$1,2 millones para el año. Aunque el 2013 haya terminado con un pequeño déficit, el Plan aún tiene reservas de US\$36,6 millones. Este nivel alto de reservas provee al Plan con los recursos financieros suficientes para cubrir todos los servicios médicos, dentales, y de farmacia por lo menos durante 8,1 meses.

ANEXO 1

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PROGRAMA SE SEGURO MÉDICO

Al 31 de diciembre de 2013

Tipo de Participante	Residentes		Total
	EE.UU.	Otros países	
Empleados Activos y sus dependientes	4.012	2.089	6.101
Empleados activos	1.355	668	2.023
Dependientes	2.626	1.409	4.035
Otros	31	12	43
Jubilados y sus dependientes	2.132	1.295	3.427
Jubilados	1.175	729	1.904
Dependientes	957	566	1.523
Población total cubierta	6.144	3.384	9.528

Fuente: Registros del Banco

ANEXO 2

DESEMPEÑO FINANCIERO DEL PROGRAMA Para los años que terminan a diciembre 31, 2013 y 2012

(en miles de dólares Estadounidenses)

		2013	2012
Contribuciones			
	Empleados Activos	\$ 9.432	\$ 9.174
	Banco	\$ 18.178	\$ 17.700
	Total contribuciones Empleados Activos	\$ 27.610	\$ 26.874
	Jubilados	\$ 8.436	\$ 8.255
	Banco	\$ 16.872	\$ 16.508
	Total contribuciones Jubilados	\$ 25.308	\$ 24.763
	Total contribuciones	\$ 52.918	\$ 51.637
Beneficios			
	Empleados activos	\$ 28.177	\$ 27.216
	Jubilados	\$ 25.763	\$ 24.410
	Total	\$ 53.940	\$ 51.626
Excedente Operativo (déficit)		\$ (1.022)	\$ 11
	Empleados activos	\$ (567)	\$ (342)
	Jubilados	\$ (455)	\$ 353
Otros			
	Comprobantes de reaseguros y Subsidio "US Medicare Part D"	\$ 288	\$ 1.093
	Empleados activos	\$ (152)	\$ 220
	Jubilados	\$ 440	\$ 873
	(Aumento) Disminución en beneficios no reclamados	\$ (724)	\$ (267)
	Empleados activos	\$ (349)	\$ (275)
	Jubilados	\$ (375)	\$ 8
	Contribuciones sobre (por debajo de) reclamos pagados y otros	\$ 1.458	\$ 837
	Empleados activos	\$ 1.068	\$ (397)
	Jubilados	\$ (390)	\$ 1.234
Intereses e ingresos por inversiones		\$ 253	\$ 372
Excedentes del Programa (déficit)		\$ 1.205	\$ 1.209
Reservas		\$ 36.556	\$ 37.761

Fuente: Estados Financieros del BID

ANEXO 3

INFORMES DE REVISIÓN DE LOS CONTADORES INDEPENDIENTES Y ESTADOS FINANCIEROS

31 DE DICIEMBRE DE 2013

INFORME DE REVISIÓN DE LOS CONTADORES
INDEPENDIENTES Y ESTADOS FINANCIEROS

Banco Interamericano de Desarrollo
Cuenta de Prestaciones del Seguro de Salud
31 de Diciembre de 2013 y 2012



KPMG LLP
Suite 12000
1801 K Street, NW
Washington, DC 20006

INFORME DE REVISION DE LOS CONTADORES INDEPENDIENTES

Al Presidente del
Banco Interamericano de Desarrollo

Hemos revisado los estados de activos netos disponibles para el pago de prestaciones adjuntos del Banco Interamericano de Desarrollo (Banco) – Cuenta de Prestaciones del Seguro de Salud al 31 de diciembre de 2013 y 2012, y los correspondientes estados de cambios en los activos netos disponibles para el pago de prestaciones por los años terminados en dichas fechas. Una revisión consiste principalmente en aplicar procedimientos analíticos a la información financiera y en efectuar indagaciones a la Administración del Banco. El alcance de una revisión es substancialmente menor al de una auditoría, cuyo objetivo es el expresar una opinión sobre los estados financieros en su totalidad. Por lo tanto, no expresamos tal opinión.

La Administración del Banco es responsable de la preparación y presentación de los estados financieros en conformidad con los principios de contabilidad generalmente aceptados en los Estados Unidos y por el diseño, implementación y mantenimiento de controles internos sobre la preparación y presentación de la información financiera.

Nuestra responsabilidad es llevar a cabo una revisión limitada de conformidad con las Normas para Servicios Contables y de Revisión emitidas por el Instituto Americano de Contadores Públicos. Dichas normas requieren que realicemos procedimientos para obtener una seguridad limitada de que no haya modificaciones significativas que se deben hacer a los estados financieros. Consideramos que los resultados a nuestros procedimientos proveen una base razonable para nuestro informe.

En base a la revisión que hemos realizado, no tenemos conocimiento de modificación significativa alguna para considerar que los estados financieros adjuntos estén de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados en los Estados Unidos.

KPMG LLP

Washington, D.C.
15 de julio de 2014

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
CUENTA DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD

ESTADOS DE ACTIVOS NETOS DISPONIBLES PARA EL PAGO DE PRESTACIONES

(Expresado en miles de dólares de Estados Unidos)

	31 de diciembre de	
	2013	2012
Activo		
Efectivo	\$ 3.778	\$ 4.602
Inversiones a valor razonable	40.305	40.125
Cuentas por cobrar	110	192
Total del activo	<u>44.193</u>	<u>44.919</u>
Pasivo		
Cuentas por pagar	801	1.045
Prestaciones incurridas que no han sido reclamadas	6.836	6.113
Total del pasivo	<u>7.637</u>	<u>7.158</u>
Activos netos disponibles para el pago de prestaciones . . .	<u>\$ 36.556</u>	<u>\$ 37.761</u>

El Informe de Revisión de los Contadores Independientes y las notas a los estados financieros adjuntos deben leerse conjuntamente con estos estados financieros

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
CUENTA DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD

ESTADOS DE CAMBIOS EN LOS ACTIVOS NETOS DISPONIBLES
PARA EL PAGO DE PRESTACIONES

(Expresado en miles de dólares de Estados Unidos)

	Años terminados el	
	2013	2012
Adiciones		
Contribuciones		
Contribuciones directas del Empleador	\$ 18.178	\$ 17.700
Contribuciones del Fondo de Beneficios de Posjubilación	16.872	16.508
Contribuciones de los Participantes	<u>17.868</u>	<u>17.429</u>
Total de contribuciones	52.918	51.637
Apreciación neta en el valor razonable de las inversiones	230	357
Otros ingresos	<u>23</u>	<u>15</u>
Total de adiciones	<u>53.171</u>	<u>52.009</u>
Deducciones		
Prestaciones a los participantes		
Prestaciones pagadas	53.940	51.626
Aumento en prestaciones incurridas		
que no han sido reclamadas	724	268
Recuperaciones del seguro	152	(221)
Subsidio de "Medicare" de Estados Unidos parte D.	<u>(440)</u>	<u>(873)</u>
Total de deducciones	<u>54.376</u>	<u>50.800</u>
(Disminución) aumento neto en los activos netos durante el año .	(1.205)	1.209
Activos netos disponibles para el pago de prestaciones:		
Al principio del año	<u>37.761</u>	<u>36.552</u>
Al final del año	<u>\$ 36.556</u>	<u>\$ 37.761</u>

El Informe de Revisión de los Contadores Independientes y las notas a los estados financieros adjuntos deben leerse conjuntamente con estos estados financieros

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
CUENTA DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD

NOTAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS

31 de diciembre de 2013 y 2012

(Montos expresados en miles de dólares de Estados Unidos)

NOTA A - DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

La descripción del Programa de Seguro de Salud (Programa) del Banco Interamericano de Desarrollo (Banco) que se incluye a continuación se presenta únicamente como información general. Los participantes deben referirse al Manual del Programa de Seguro de Salud que contiene una descripción completa de las disposiciones del Programa.

El Banco es el patrocinador del Programa y tiene la responsabilidad de establecer las prestaciones y las contribuciones de los participantes. El Programa es para beneficio de los empleados y jubilados, nacionales e internacionales, del Banco y de la Corporación Interamericana de Inversiones (CII) (conjuntamente referidos como el Empleador) y sus dependientes. En general, se requiere que los empleados a plazo indefinido, a plazo fijo y en posiciones rotatorias, sus cónyuges e hijos dependientes autorizados, participen en el Programa. Los Directores Ejecutivos y su personal, los jubilados y sus dependientes que reúnan los requisitos, pueden participar en forma voluntaria. Los empleados a plazo indefinido o a plazo fijo califican para continuar una cobertura subsidiada como jubilados, siempre y cuando cumplan con un período mínimo de cobertura ininterrumpida bajo el Programa. Los jubilados que no cumplan con el período mínimo de cobertura, los empleados que se hayan acogido a licencia sin goce de sueldo y los que terminen su relación de trabajo con el Banco, podrán continuar cubiertos por el Programa sujetos a ciertas condiciones.

El Programa ofrece prestaciones de salud (médico, hospitalización, quirúrgico, seguro médico catastrófico, medicinas, dental y visión) a los participantes y dependientes cubiertos. Los reclamos de los participantes son tramitados por los administradores contratados para manejar el Programa, pero el Banco mantiene la responsabilidad de los pagos a los participantes y a los proveedores. El pago de los reclamos se coordina con los beneficios que los participantes puedan tener en el marco de otros programas de beneficios de salud, incluido "Medicare" de Estados Unidos.

El Programa tiene como objetivo general que el Empleador participe con dos terceras partes de los costos del Programa, excepto por los gastos de administración y otros gastos los cuales son pagados en su totalidad por el Empleador. El Empleador, así como los empleados y jubilados participantes, contribuyen con pagos proporcionales que el Banco determina en forma periódica para financiar el Programa.

El Empleador contribuye con dos terceras partes de las contribuciones totales al Programa, excluyendo las contribuciones aportadas por participantes en licencia sin goce de sueldo. El Empleador también paga el costo total de la parte B de "Medicare" de Estados Unidos, en el caso de ciertos participantes elegibles, así como los gastos de administración y otros gastos del Programa. Las contribuciones del Empleador por los jubilados son provistas por el Fondo de Beneficios de Posjubilación (FBP).

El Programa cuenta con una póliza de seguro que fija el límite de pérdida para los reclamos superiores a \$350. Bajo esta póliza de seguro, el Programa es reembolsado por reclamos pagados superiores a \$350 y hasta un máximo de \$1.650 por condición médica.

Para el año terminado el 31 de diciembre de 2013, los gastos de administración y otros gastos del Programa pagados por el Empleador incluyeron: (i) honorarios de los administradores contratados para manejar el Programa por \$2.025 (2012 - \$1.927), (ii) la prima de la póliza de seguro para límite de pérdida por \$592 (2012 - \$580) y (iii) la prima por la parte B de Medicare por \$2.004 (2012 - \$1.868).

El Banco solicita un subsidio bajo el programa “Medicare” de Estados Unidos parte D, para todos los empleados retirados que califiquen y que no se encontraban inscritos en este programa. Un subsidio total de \$440 fue recibido en 2013 (2012 - \$873) y reconocido como una reducción de Prestaciones a los participantes.

NOTA B – RESUMEN DE LAS POLÍTICAS CONTABLES

Los estados financieros están expresados en dólares de Estados Unidos y se preparan de conformidad con los principios de contabilidad generalmente aceptados (PCGA) en Estados Unidos. La preparación de estados financieros de conformidad con PCGA requiere que la Administración efectúe estimaciones y supuestos que afectan los montos reportados de activos netos disponibles para prestaciones, la información divulgada sobre los activos y pasivos contingentes a la fecha de los estados financieros y los montos reportados de adiciones a y deducciones de los activos netos disponibles para prestaciones durante el período de dichos estados. Los resultados finales pueden diferir de tales estimaciones.

Inversiones

Las inversiones se llevan y se presentan a su valor razonable utilizando la contabilidad a la fecha de negociación. Las ganancias y pérdidas realizadas y no realizadas se incluyen en el rubro Apreciación neta en el valor razonable de las inversiones en los Estados de Cambios en los Activos Netos Disponibles para el Pago de Prestaciones.

Prestaciones incurridas que no han sido reclamadas

Los reclamos por prestaciones incurridas por los participantes que no han sido informadas se estiman en base a cálculos actuariales que consideran el tiempo que toma procesar el pago de los reclamos, y se presentan como un pasivo en los Estados de Activos Netos Disponibles para el Pago de Prestaciones. Los ajustes a las Prestaciones incurridas que no han sido reclamadas se presentan en los Estados de Cambios en los Activos Netos Disponibles para el Pago de Prestaciones.

Transacciones con partes relacionadas

Como parte de la administración de los recursos del Programa, el Banco puede pagar prestaciones y recibir contribuciones y otros pagos a nombre del Programa. El saldo neto por recibir o por pagar relacionado con estas actividades se incluye en Cuentas por cobrar en los Estados de Activos Netos Disponibles para el Pago de Prestaciones.

NOTA C – INVERSIONES

El Banco invierte los recursos del Programa en el mismo tipo de valores en el cual invierte sus propios recursos, según su mandato en materia de inversiones. Dichos recursos se invierten en títulos de inversión de alta calidad, a través de dos fondos comunes de inversión administrados por el Banco. Al 31 de diciembre de 2013, todas las inversiones del Programa tienen una calidad crediticia equivalente a clasificaciones que fluctúan entre AAA y A (los valores a corto plazo cuentan con la más alta calificación crediticia de corto plazo).

El Banco limita las operaciones de inversión del Programa a una lista de corredores de valores y contrapartes autorizados. En adición, se han establecido límites de crédito y de exposiciones de riesgo para estas contrapartes basados en su tamaño y valor de crédito.

Ganancias netas no realizadas en las inversiones mantenidas al 31 de diciembre de 2013, por un monto de \$222 (2012 – \$335) han sido incluidas en Apreciación neta en el valor razonable de las inversiones. El rendimiento promedio de la cartera de inversiones, incluyendo ganancias y pérdidas realizadas y no realizadas, fue de 0,57% y 0,87%, durante 2013 y 2012, respectivamente.

La siguiente tabla presenta las inversiones del Programa reportadas a valor razonable al 31 de diciembre de 2013 y 2012:

	<u>2013</u>	<u>2012</u>
Fondos comunes de inversiones ⁽¹⁾ :		
Obligaciones del Gobierno de Estados Unidos.....	\$ 17.166	\$ 18.033
Empresas patrocinadas por el Gobierno de Estados Unidos.....	40	828
Obligaciones de gobiernos y agencias fuera de Estados Unidos.....	10.822	10.999
Obligaciones bancarias ⁽²⁾	9.488	7.680
Títulos corporativos.....	879	-
Valores respaldados por hipotecas:		
Residencial en Estados Unidos.....	-	406
Residencial fuera de Estados Unidos.....	455	572
Valores respaldados por activos.....	1.455	1.607
	<u>\$ 40.305</u>	<u>\$ 40.125</u>

⁽¹⁾ El detalle de inversiones por clase representa la parte proporcional del Programa en los fondos comunes de inversiones.

⁽²⁾ Puede incluir notas bancarias y bonos, certificados de depósito, papel comercial y depósitos del mercado monetario.

NOTA D – MEDICIONES A VALOR RAZONABLE

El marco de referencia utilizado para medir el valor razonable establece una jerarquía de valor razonable que prioriza los insumos sobre las técnicas de valuación empleadas para medir el valor razonable. La jerarquía asigna la máxima prioridad a los precios cotizados en mercados activos, sin ajustar, para activos o pasivos idénticos (Nivel 1) y la mínima prioridad a insumos no observables en el mercado (Nivel 3). Los tres niveles contemplados en la jerarquía del valor razonable son los siguientes:

Nivel 1 – Precios cotizados en mercados activos, sin ajustar para activos o pasivos idénticos;

Nivel 2 – Precios cotizados en mercados activos para activos o pasivos similares; precios cotizados en mercados que no son activos para activos o pasivos idénticos o similares; o modelos de precios para los que todos los insumos significativos son observables en el mercado, ya sea directa o indirectamente, durante sustancialmente toda la vigencia del activo o pasivo;

Nivel 3 – Precios o técnicas de valuación que requieren insumos que son a la vez significativos para la medición a valor razonable, y no observables en el mercado.

Las Obligaciones del Gobierno de Estados Unidos por un monto de \$17.166 al 31 de diciembre de 2013 (2012 - \$18.033) están valuadas en base a precios cotizados en mercados activos, una técnica de valuación consistente con el enfoque del mercado, y se clasifican en el Nivel 1 de la jerarquía de valor razonable.

El remanente de los instrumentos en los fondos comunes de inversión está valuado a valor razonable en función de precios cotizados en mercados que no son activos o servicios externos de valuación, cuando están disponibles. Estas metodologías representan técnicas de valuación consistentes con los enfoques de mercado y de ingresos. Al 31 de diciembre de 2013, estas inversiones se clasifican en el Nivel 2 de la jerarquía de valor razonable y ascienden a \$23.139 (2012 - \$22.092)

La principal metodología de los servicios externos de valuación implica un “enfoque de mercado” que requiere un volumen de actividad predeterminado de precios de mercado para desarrollar un precio compuesto. Los precios de mercado utilizados se derivan de transacciones ordenadas que se ejecutan en el mercado pertinente; las transacciones no ordenadas y los precios de mercado externos se eliminan a efectos de determinar el precio compuesto. Otros proveedores de precios externos utilizan modelos de valuación que varían por clase de activo e incorporan información disponible de mercado a través de curvas de referencia, parámetros de referencia para valores similares, grupos sectoriales y fijación matricial de precios para preparar las valuaciones.

La política del Programa para las transferencias entre niveles es reflejar estas transferencias con fecha efectiva al inicio del periodo. No hubo transferencias entre niveles en 2013 y 2012.

NOTA E – FINANCIAMIENTO

Los fondos para cubrir las prestaciones especificadas en el Programa provienen de las contribuciones de los participantes y el Empleador. Tanto los empleados como los jubilados contribuyen como participantes, según lo establecido por el Banco. Las contribuciones del Empleador son directas en el caso de los participantes activos, o se hacen a través del FBP en el caso de los jubilados. Las contribuciones al Programa para el año que terminó el 31 de diciembre de 2013 ascendieron a \$52.918 (2012 - \$51.637), de esta cifra \$35.050 (2012- \$34.208) correspondió al Empleador y \$17.525 (2012 - \$17.106) a los empleados activos y jubilados. Un monto adicional de \$343 (2012 - \$323) fue aportado por participantes en licencia sin goce de sueldo.

NOTA F – CONTRIBUCIONES AL PROGRAMA Y PRESTACIONES A LOS PARTICIPANTES

El cuadro siguiente presenta las contribuciones y prestaciones, por categoría de participantes, por los años terminados el 31 de diciembre de 2013 y 2012:

	2013			2012		
	Empleados			Empleados		
	Activos	Jubilados	Total	Activos	Jubilados	Total
Contribuciones						
Del Empleador	\$ 18.178	\$ 16.872	\$ 35.050	\$ 17.700	\$ 16.508	\$ 34.208
De los participantes.....	9.089	8.436	17.525	8.851	8.255	17.106
De los participantes en licencia sin goce de sueldo....	343	-	343	323	-	323
	<u>27.610</u>	<u>25.308</u>	<u>52.918</u>	<u>26.874</u>	<u>24.763</u>	<u>51.637</u>
Prestaciones pagadas a los participantes						
Médico.....	20.413	15.698	36.111	19.603	15.677	35.280
Dental.....	3.032	2.158	5.190	2.987	2.076	5.063
Medicamentos.....	4.732	7.907	12.639	4.626	6.657	11.283
	<u>28.177</u>	<u>25.763</u>	<u>53.940</u>	<u>27.216</u>	<u>24.410</u>	<u>51.626</u>
Contribuciones en exceso (debajo) de prestaciones pagadas.....	<u>(567)</u>	<u>(455)</u>	<u>(1.022)</u>	<u>(342)</u>	<u>353</u>	<u>11</u>
Otros						
(Aumento) disminución en prestaciones incurridas que aún no han sido reclamadas	(349)	(375)	(724)	(276)	8	(268)
Recuperaciones del seguro	(152)	-	(152)	221	-	221
Subsidio "Medicare" de los Estados Unidos Parte D ..		440	440	-	873	873
	<u>(501)</u>	<u>65</u>	<u>(436)</u>	<u>(55)</u>	<u>881</u>	<u>826</u>
Contribuciones en exceso (debajo) de prestaciones pagadas y otros.....	<u>\$ (1.068)</u>	<u>\$ (390)</u>	<u>\$ (1.458)</u>	<u>\$ (397)</u>	<u>\$ 1.234</u>	<u>\$ 837</u>

NOTA G – CONCENTRACION DE RIESGO DE CREDITO

El riesgo de crédito representa la pérdida contable que sería reconocida a la fecha del informe si las contrapartes fallaran por completo en el cumplimiento de sus contratos. Al 31 de diciembre de 2013, el Programa tenía depósitos en un banco por \$3.778 (2012 – en un banco por \$4.602). El Banco no anticipa incumplimiento por ninguna de sus contrapartes. El monto de riesgo de crédito que se muestra no representa pérdidas esperadas.

NOTA H – EVENTOS SUBSECUENTES

La Administración ha evaluado eventos subsecuentes hasta el 15 de julio de 2014, fecha en la cual los estados financieros estaban disponibles para su emisión. Como resultado de dicha evaluación, no hay eventos subsecuentes, que requieran reconocerse o revelarse en los estados financieros del Programa al 31 de diciembre de 2013.