



COMITÉ DE REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SEGURO MÉDICO Y DE VIDA

INFORME ANUAL 2014

TABLA DE CONTENIDOS

- INTRODUCCIÓN3
- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO 4
- UTILIZACIÓN DEL PLAN 4
- SEGURO DE VIDA E INCAPACIDAD PROLONGADA.....10
- COSTOS ADMINISTRATIVOS10
- ANALISIS FINANCIERO 11
- PROGRAMA DE TRABAJO DEL COMITÉ Y SUS LOGROS EN 2014 12
- ANEXOS 13

COMITÉ DE REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SEGURO MÉDICO Y DE VIDA

INFORME ANUAL 2014

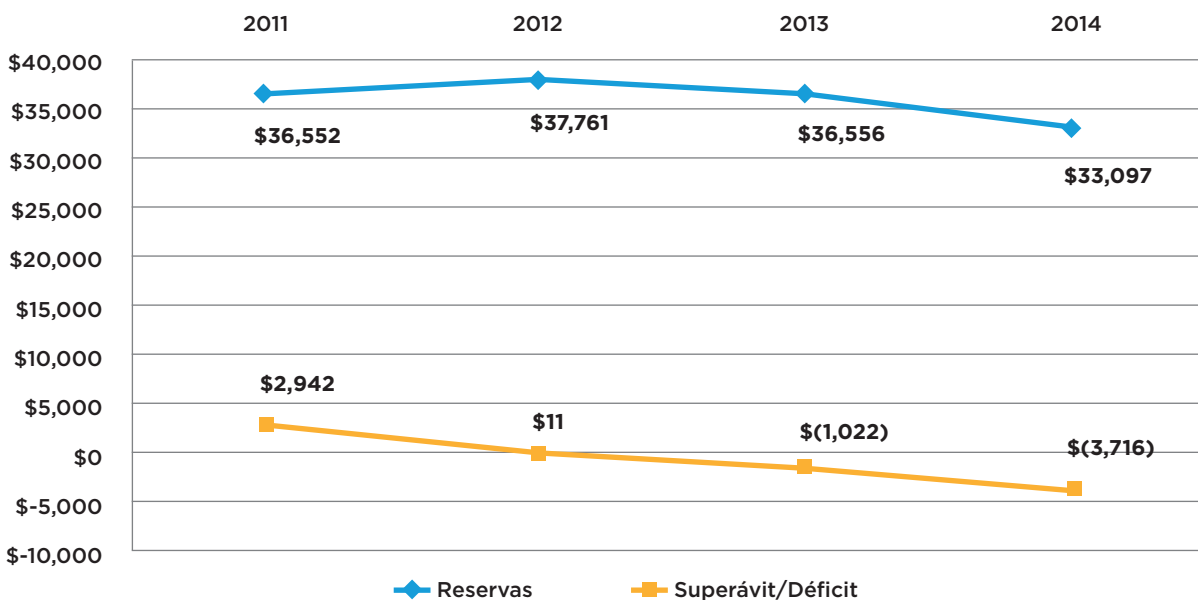
El Comité de Revisión de los Programas de Seguros Médico y de Vida (en lo sucesivo, el Comité) se complace en presentar a todos sus participantes el Informe de Actividades del año 2014.

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.

El programa de Seguro Médico (en lo sucesivo, el Plan) tuvo un gasto por pago de reclamos de US\$57,3^{1,2} millones de dólares durante 2014. Las reservas disponibles al final del año son de US\$33 millones de dólares o el equivalente a 7 meses de reclamos médicos. La Figura 1 muestra el declive del nivel de reservas comparado con 2013 debido al déficit entre las contribuciones por pago de primas y los gastos por reclamos médicos.

Figura 1



Fuente: Datos del Banco

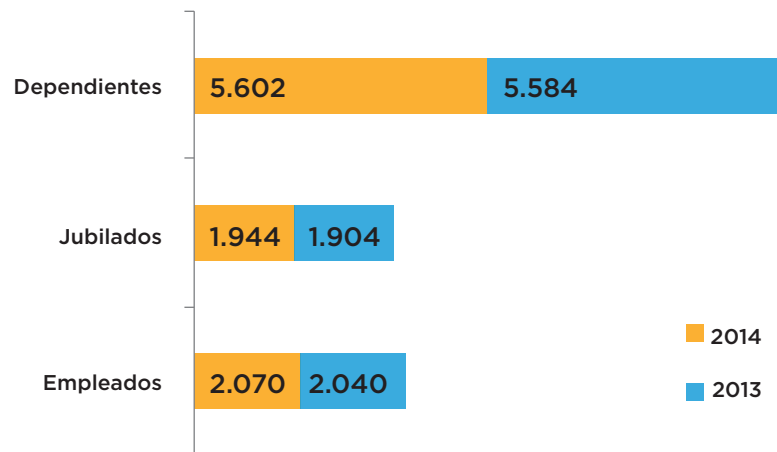
- 1 Todos los montos son en dólares americanos
- 2 El monto incluye los reembolsos de farmacia

ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

A diciembre 31, 2014 el Plan cubría a un total de 9.616³ miembros incluidos personal activo, jubilados, y sus dependientes elegibles.

Datos Generales: A diciembre 31, 2014 el Plan cubría 2.070 empleados del Grupo BID, 1.944 jubilados y 5.602 dependientes. La membresía total del plan aumentó en 0,9% con respecto al año anterior. 45% de los miembros tienen 51 años de edad o más, y 31% tienen 61 años de edad o más.

Figura 2



Fuente: Datos del Banco

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 en relación al 2013.

Proporción de Dependientes por Participante: El promedio para el Plan en total fue de 1,98 dependientes por empleado activo y de 0,78 dependientes por jubilado.

³ Incluye miembros del plan en status offline (o Cobra); una continuación temporaria de la cobertura después de terminado el vínculo de empleo. Los miembros del plan pueden elegir continuar en status offline por hasta 23 meses siempre cuando paguen el costo total de la cobertura

UTILIZACIÓN DEL PLAN

En 2014 el Plan incurrió en gastos por reclamos de US\$59,8⁴ millones de dólares, de los cuales 65% fueron médicos, 26% de farmacia y 9% en servicios dentales.

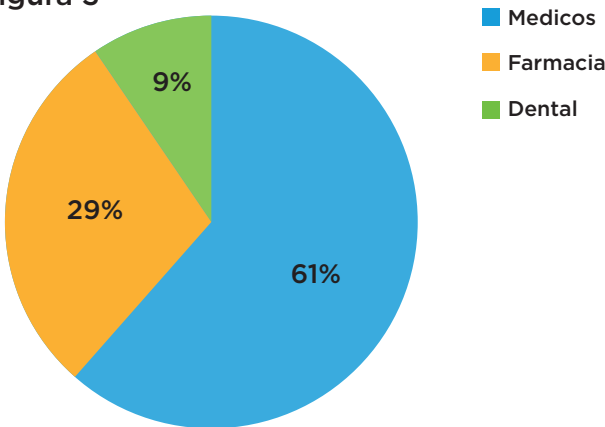
Tabla 1

	En EE.UU.	Fuera de EE.UU.	Total
Médicos	\$28,927	\$10,053	\$38,980
Farmacia	\$13,740	\$1,553	\$15,293
Dental	\$4,443	\$1,120	\$5,563
	\$47,109	\$12,726	\$59,836

Fuente: Administradoras Externas⁵

UTILIZACIÓN EN LOS EE.UU

Figura 3



Fuente: Administradoras Externas

SERVICIOS MÉDICOS

En 2014, la población residente en los EE.UU. incurrió en gastos de reclamos por un total de US\$47,1 millones, en comparación a los US\$42 millones de dólares en reclamos en 2013. De este monto, US\$28,9 millones fueron relacionados a servicios médicos.

⁴ Los números de utilización del Plan no toman en consideración las deducciones o inclusiones (e.g.: reembolsos de farmacia, recuperaciones, entre otros)

⁵ Administradoras externas - definición en la sección Costos Administrativos

Los reclamos médicos de la población residente en los EE.UU. pasó por un incremento de 8% por miembro por año (PMPA) en 2014, comparado con 6,6% registrado en 2013.

Los casos no-catastróficos se incrementaron en 2,9% PMPA en 2014 y contribuyeron en 1.8% al incremento en los costos PMPA.

Los casos catastróficos⁶ se incrementaron en un 51,9% PMPA y contribuyeron en 5% al incremento total PMPA. El costo de servicios médicos y el incremento en la utilización fueron los principales factores, en consecutivo, del incremento en los costos PMPA.

Las siguientes cifras dan una visión general del Plan médico en 2014 basadas en datos proveídos por CIGNA:

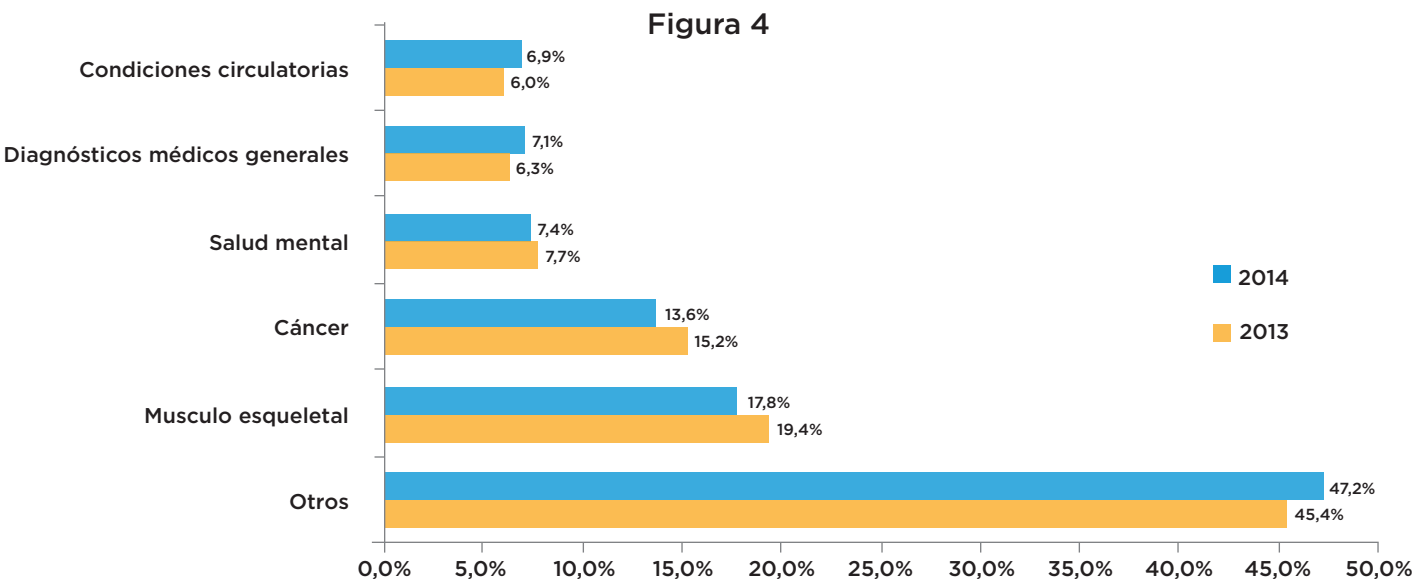
- Costo PMPA, US\$4,663
- 49,3% de los miembros del Plan tienen una condición de salud crónica⁷
- 77,6% de los gastos están relacionados con condiciones crónicas
- 32 casos catastróficos representaron el 13,6% de los costos totales (incluyendo costos relacionados a farmacia)
- Utilización de salas de emergencia fue 55% encima de la norma⁸
- Utilización de servicios radiológicos (MRI, PET, CT scans) fue 50% encima de la norma
- Las cinco primeras condiciones (musculo esquelético, cáncer, salud mental, cardiovascular, y diagnósticos médicos generales) contribuyeron con 53% del costo. Musculo esquelético representó el gasto más alto con 17,8%

6 Los casos catastróficos son aquellos cuyos reclamos médicos exceden un costo anual específico. Para propósitos de este informe, los montos son: US\$75.000 para casos fuera de los EE.UU. y US\$100.000 en los EE.UU.

7 Una enfermedad crónica es una condición de largo plazo que puede ser controlada pero no curada
8 Norma se refiere a la experiencia de las reclamaciones de los planes de datos demográficos similares

PRINCIPALES CONDICIONES DE SALUD DE LOS MIEMBROS DEL PLAN EN LOS EE.UU.

En 2014, las 5 principales categorías PMPA fueron:



Fuente: Administradoras Externas

Las cinco principales condiciones médicas contribuyeron al 52% del gasto total del Plan. De los casos catastróficos, 46% estuvieron relacionados con cáncer y 21% con condiciones circulatorias.

PRINCIPALES FACTORES DE COSTO DE LOS MIEMBROS EN LOS EE.UU.

Los factores de costo únicos a este grupo incluyen:

1. Los costos de farmacia representaron una porción significativa del costo total de los reclamos (29%). La utilización de genéricos está todavía muy por debajo de los comparadores. 6% de las medicinas se compran bajo el nombre de marca, a pesar de que tienen un equivalente genérico. Los medicamentos de una sola marca representaron el 23% del volumen de medicamentos, y el 65% del total de los costos de farmacia. Finalmente, dado que los co-pagos de farmacia no han tenido incrementos en aproximadamente 18 años, el Plan ha estado absorbiendo la diferencia o el equivalente del 97% de los costos de farmacia.
2. Incremento sustancial en la frecuencia de los reclamos relacionados con vistas a salas de emergencias para casos de no emergencia que cuestan hasta 3 veces más al Plan que las visitas a clínicas de servicio de urgencias (conveniente care clinics). Esta tendencia continúa de años anteriores.
3. Los padres dependientes tienen costos de aproximadamente el doble que otros miembros del plan.
4. Utilización encima de la norma de los exámenes de diagnóstico (por ejemplo: más MRIs, cat scans, y exámenes de laboratorio). Esta tendencia continúa de años anteriores.
5. La inflación médica-incremento del costo total de visitas a consultorio, servicios y cirugías ambulatorias.

FARMACIA

En 2014, la población residente en los EE.UU. gastó US\$13,7 millones en reclamos de farmacia. Esto representa un 10,6% de incremento en comparación a 2013. El 14,5% de los gastos están relacionados con fármacos de especialidad (specialty drugs) y 9,7% con fármacos de no-especialidad. 6% de las recetas que se dispensan tienen un genérico equivalente. Sin embargo, la utilización de genéricos en el Plan es de 71,9% mientras que la norma es de 82%. 23% de los fármacos de especialidad están relacionados con el tratamiento de cáncer.

Los 10 medicamentos en los que el Plan gastó más durante 2014 son:

Tabla 2

	Medicamento	Tratamiento	Monto
1	Crestor	Colesterol	\$609.191
2	Nexium	Úlcera/Acidez	\$432.222
3	Revlimid	Cáncer	\$388.288
4	Follistim Aq	Infertilidad	\$216.695
5	Syprine	Envenenamiento	\$185.456
6	Restasis	Ojos secos	\$175.880
7	Jakafi	Cáncer	\$174.786
8	Cialis	Disfunción eréctil	\$173.092
9	Xenazine	Trastorno del movimiento	\$167.868
10	Enbrel	Artritis	\$165.156

Fuente: Administradoras Externas

Los 5 medicamentos siguientes en la lista de utilización son para tratamientos de asma, disfunción eréctil, psicosis, infertilidad y artritis.

Los 10 medicamentos más caros recetados fueron:

Tabla 3

	Medicamento	Tratamiento	Costo por receta	# de Recetas
1	Sovaldi	Hepatitis C	\$28.560	3
2	Olysio	Hepatitis C	\$22.562	3
3	Simponi	Artritis	\$18.553	1
4	Syprine	Envenenamiento	\$18.456	10
5	Jakafi	Cáncer	\$17.479	10
6	Stelara	Psoriasis	\$15.308	1
7	Avonex	Esclerosis múltiples	\$14.946	1
8	Gilenya	Esclerosis múltiples	\$14.893	1
9	Avonex Pen	Esclerosis múltiples	\$14.047	5
10	Xenazine	Trastorno del movimiento	\$13.989	12

Fuente: Administradoras Externas

Los 5 medicamentos siguientes en la lista de más recetados fueron para el tratamiento de cáncer, Parkinson, múltiple esclerosis y narcolepsia.

En 2014, estos 10 medicamentos más las siguientes 10 representaron el 0,1% del total de medicamentos recetados por volumen (121) y el 11,7% del total del costo en farmacia.

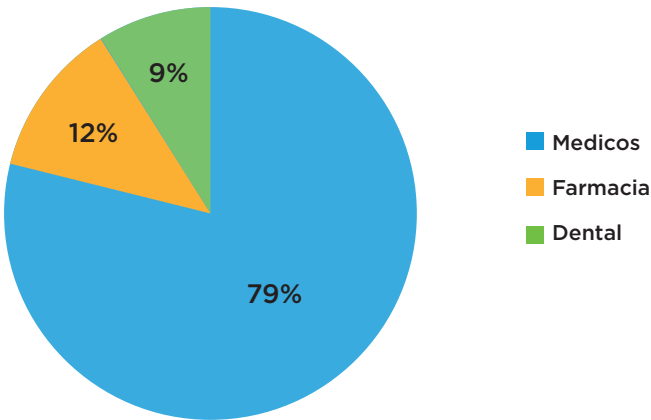
DENTAL

En 2014, la población residente en los EE.UU. gastó US\$4,4 millones en servicios dentales, menos de lo que se gastó en 2013, US\$4,2 millones.

En general, el Plan tuvo una alta utilización en servicios de cuidado preventivo/diagnostico y una menor utilización de otros tipos de servicio. Adicionalmente, los miembros del Plan en los EE.UU. utilizaron servicios de restauración, endodoncia, y periodoncia.

UTILIZACIÓN FUERA DE LOS EE.UU

Figura 5



Fuente: Administradoras Externas

En 2014 la población fuera de los EE.UU. gastó US\$12,7 millones en reclamos. Esto representó un 6,5% de incremento en relación a 2013. De este monto, US\$10,0 millones fueron de reclamos médicos.

Algunas cifras notables de 2014:

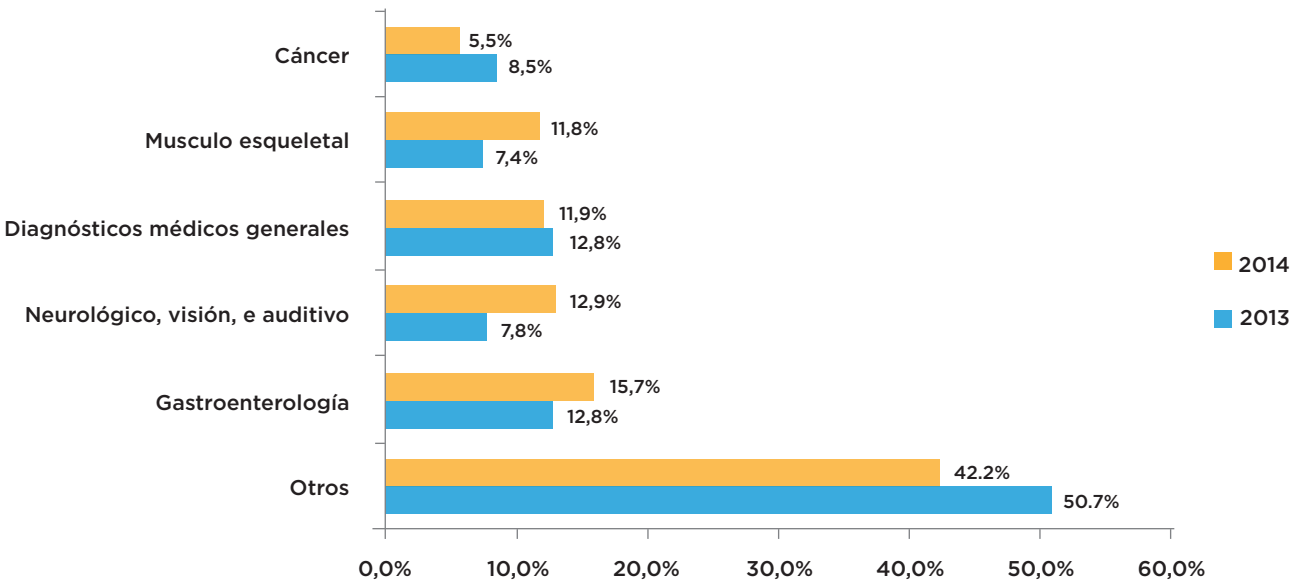
- Costo PMPA, US\$3.654
- 38% de la población (jubilados) representó el 60% del costo
- 19% de los gastos fueron incurridos en los EE.UU.

- 17,2% incremento en el número de hospitalizaciones
- Chile, Perú y Brasil fueron los países con mayor número de reclamos de hospitalización
- Uruguay, Chile y Costa Rica fueron los países con el costo por día mas alto por hospitalización
- Además de los EE.UU.; Chile, Argentina y Uruguay fueron los 3 destinos a los que los miembros del plan acudieron con más frecuencia para buscar servicios médicos fuera de sus países
- 77% de los reclamos estuvieron ligados a gastos en los países de origen

PRINCIPALES CONDICIONES DE SALUD DE LOS MIEMBROS DEL PLAN EN FUERA DE LOS EE.UU

En 2014, las condiciones más frecuentes PMPA fueron:

Figura 6



Fuente: Administradoras Externas

PRINCIPALES FACTORES DE COSTO DE LOS MIEMBROS FUERA DE LOS EE.UU.

Los principales factores de costo de la población residente fuera de los EE.UU. fueron:

- 1. Los costos de medicamentos adquiridos en los EE.UU. Los costos aumentaron un 14,3% para la población de jubilados.
- 2. Pocos países representan la mayoría de los costos. Algunos ejemplos notables: Brasil tiene 8% de los miembros participantes y 12,6% de los gastos. Chile cuenta con el 5,6% de los miembros y tiene el 7,2% de los gastos.
- 3. Continúa el desplazamiento de los miembros del plan buscando servicios médicos en los EE.UU. (19% del costo total) y otros países donde el costo de los servicios médicos han aumentado en los años recientes.

CASOS CATRASTRÓFICOS

En 2014, el Plan gastó aproximadamente US\$7,38 millones en casos catastróficos.

Comparado con 2013, casos catastróficos como porcentaje del total de reclamos aumentó para la población en los EE.UU. y decreció para la población fuera de los EE.UU.

En los EE.UU. la Administradora del Plan define un caso catastrófico para reclamos arriba de los US\$100.000 por miembro. La administradora del plan fuera de los Estados Unidos considera un caso catastrófico reclamos por encima de los US\$75.000 por miembro.

Tabla 4

Porcentaje del Total de Reclamos		
Year	En los EE.UU.	Fuera de los EE.UU.
2013	9.7%	18,9%
2014	13,6%	13,7%

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”⁹, que en 2014 tuvo un deducible de US\$450.000 por persona cubierta.

En 2014, el Plan no tuvo reclamos por encima del monto del deducible.

CASOS CATASTRÓFICOS EN LOS EE.UU.

En 2014, los gastos del Plan por reclamos de casos catastróficos fueron de un total de US\$5,64 millones. En 2013 la cifra fue de US\$2,84 millones.

El costo promedio de los casos catastróficos fue de US\$176.225 en 2014, comparado con US\$142.163 en 2013. Los casos catastróficos contribuyeron en 5% al total de la tendencia de costos del Plan, mientras que en 2013 contribuyó en 3,3%.

32 reclamos rebasaron los US\$100.000 comparados con 20 casos en 2013. Estos fueron casos de cáncer, diagnosis médicos generales, condiciones neurológicas y musculo esqueléticas.

CASOS CATASTRÓFICOS FUERA DE LOS EE.UU.

En 2014, el Plan tuvo US\$1,74 millones en casos catastróficos comparados a US\$2,25 en 2013.

El costo promedio por los casos catastróficos se redujo de US\$150.550 en 2013 a US\$124.694 en 2014.

Hubo un total de 14 casos catastróficos en 2014 en comparación con los 15 de 2013. 69% de los casos catastróficos fuera de los Estados Unidos estuvieron asociados a jubilados.

Los principales causas médicas de los casos catastróficos fueron: cáncer, accidentes, y

⁹ Cobertura de seguro de Stop Loss: Seguro que provee protección contra casos catastróficos o pérdidas impredecibles

condiciones gastrointestinales y musculo esqueléticas.

SEGURO DE VIDA E INCAPACIDAD PROLONGADA

AIG fue el asegurador del Banco en seguros de vida, seguro por muerte y mutilación accidental (AD&D), y de incapacidad prolongada (LTD) durante 2014.

Resumen del Programa de Incapacidad Prolongada

- 1. 7 miembros se encuentran en LTD status
- 2. Hubo 3 miembros nuevos en el programa en 2014
- 3. Una persona salió del programa por jubilación y otra por fallecimiento

Resumen del Program del Seguro de Vida

- 1. 4 reclamantes del seguro, 3 empleados y un cónyuge

COSTOS ADMINISTRATIVOS

Los reclamos de los miembros del Plan son procesados por Administradoras Externas (TPAs). Cigna Healthcare procesa los reclamos para los miembros basados en los Estados Unidos y Cigna IGO procesa los reclamos para los miembros en otros países.

Una TPA es definida como 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, entre otras funciones en representación del BID.

Además de los pagos que el Banco hace a las TPAs, el Banco incurre en gastos relacionados con los proveedores del seguro de vida, seguro por incapacidad prolongada, proveedor del servicio de reembolsos de primas de Medicare parte B a los retirados que califican, stop loss, entre otros.

En 2014, el Banco incurrió en US\$2,55 millones en pagos de administración. Estos pagos no salen del fondo Médico y por lo tanto no son incluidos en los se reflejan en el desarrollo de la tasa de fondeo del Plan.

Tabla 5

	2014	2013
Administradoras Externas	\$2,003	\$2,024
Seguro de vida y LTD	\$12	\$11
Cobertura stop loss	\$537	\$592
Total	\$2,552	\$2,627

Fuente: Datos del Banco

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 2014.

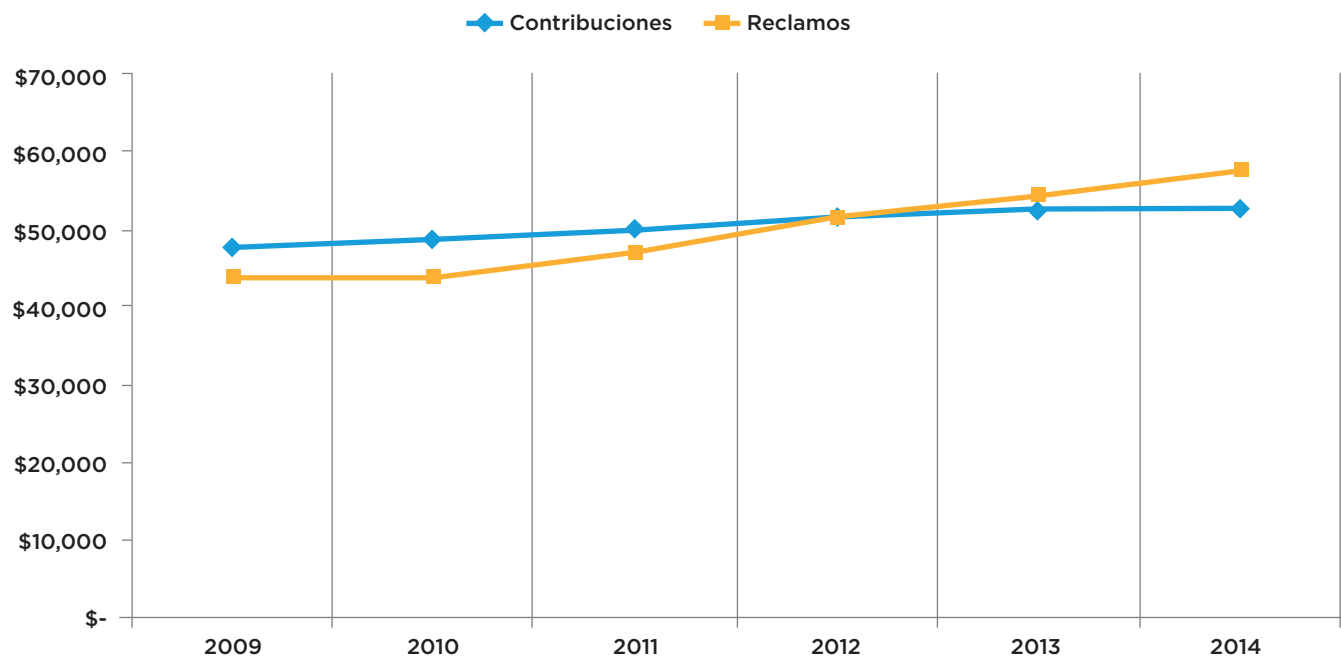
KPMG emitió el informe correspondiente de revisión de los estados financieros. De acuerdo con su revisión, indicaron que no encontraron que hubiera ninguna modificación sustantiva, que debiera hacerse a los estados financieros, para que estuvieran de conformidad con los principios

de contabilidad generalmente aceptados en los Estados Unidos.

Como se muestra en el Anexo 4, el Plan tuvo un déficit neto de US\$3,5 millones en 2014. Este déficit redujo aún más las reservas del Plan que pasaron de \$36,6 millones en 2013 a US\$33 millones en 2014.

Esta tendencia a la baja se muestra en la figura 7 empezó en el 2013 e indica que los actuales niveles de primas del seguro no son adecuados para fondear el Plan por lo que se anticipa un incremento en las primas para 2016.

Figura 7



Esta conclusión sigue a un análisis detallado de la utilización del Plan y su sostenibilidad financiera. Los resultados guiarán al comité y a la administración a diseñar e implementar estrategias de contención de costos.

PROGRAMA DE TRABAJO DEL COMITÉ Y SUS LOGROS EN 2014¹

El Comité es un grupo asesor para la administración de los programas de Seguros Médico y de Vida. Le fue asignada la revisión de los planes, asegurar su eficiencia, recomendar ajustes, de ser necesarios, en la estructura de primas y hacer las recomendaciones necesarias para mejorar el funcionamiento de los Programas de Seguros Médico y de Vida.

Actividades del Comité Médico para el año 2014 Incluyen:

1. 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.
2. 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.
3. Revisión del nuevo contrato de la Administradora Externa para miembros en los EE.UU.
4. Reforma del Sistema de Salud. Monitorear los cambios que surgieron del sistema de Salud Asequible (ACA) así como también discutir posibles ajustes al plan basados en los planteamientos actuales del mercado y las buenas prácticas de organizaciones afines.
5. Revisión de los beneficios de visión y dental.
6. Informe Anual 2013. Preparar y distribuir el Informe Anual 2013 a sus miembros.
7. Auditoría de Reclamos. Revisar los resultados de la auditoría de reclamos desarrollada entre el período 2013 y 2014.
8. Revisar la información relacionada con los beneficios post-jubilación del año 2013.
9. Revisar los niveles de cobertura y fondeo de

los programas de seguro de Vida y por muerte accidental.

El programa de trabajo del Comité para 2015 incluye:

1. Revisión y actualización de los manuales
2. Discusión del costo e impacto financiero de la posible inclusión de terapia del lenguaje para miembros del plan con retrasos de desarrollo y autismo
3. Revisión de los estados financieros
4. Revisión de la sostenibilidad del Plan, niveles de primas, y utilización de las reservas.
5. Revisión de los reportes de las administradoras externas.

¹ Información de la membresía del comité se encuentra en el Anexo 1

ANEXO 1

MIEMBROS DEL COMITÉ DE REVISIÓN DEL PROGRAMA DE LOS SEGUROS MÉDICO Y DE VIDA EN EL 2014

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 Masís, Alterna (2013 - a la fecha)
Jose Juan Gomez, Alterno (2013 - a la fecha)

Representantes de la Administración

Alberto Suria, Principal (2007 - a la fecha)
Kurt Focke, Principal (2013 - a la fecha)
Marta Abello, Alterna (2013 - a la fecha)
Rita Bettioli, Alterna (2013 - a la fecha)
Diego Buchara, Alterna (2013 - a la fecha)

Representantes de los Jubilados

Isabel Larson, Principal (2008 - a la fecha)
Helmuth M. Carl, Alterno (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)

ANEXO 2

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO Al 31 de diciembre de 2014

Tipo de Participante	Residentes		Total
	EE.UU.	Otros Países	
Empleados Activos y sus dependientes	4.089	2.054	6.143
Empleados activos	1.384	651	2.035
Dependientes	2.680	1.393	4.073
Otros	25	10	35
Jubilados y sus dependientes	2.159	1.314	3.473
Jubilados	1.201	743	1.944
Dependientes	958	571	1.529
Población total cubierta	6.248	3.368	9.616

Fuente: Registros del Banco

ANNEX 3

DESEMPEÑO FINANCIERO DEL PROGRAMA Para los años que terminan a diciembre 31, 2014 y 2013

		2014	2013
Contribuciones			
	Empleados Activos	\$9,469	\$9,432
	Banco	\$18,293	\$18,178
	Total contribuciones Empleados Activos	\$27,762	\$27,610
	Jubilados	\$8,618	\$8,436
	Banco	\$17,236	\$16,872
	Total contribuciones Jubilados	\$25,854	\$25,308
	Total contribuciones	\$53,616	\$52,918
Beneficios			
	Empleados activos	\$29,790	\$28,177
	Jubilados	\$27,542	\$25,763
	Total	\$57,332	\$53,940
Excedente Operativo (déficit)		\$(3,716)	\$(1,022)
	Empleados activos	\$(2,028)	\$(567)
	Jubilados	\$(1,688)	\$(455)
Otros			
	Comprobantes de reaseguros y Subsidio "US Medicare Part D"	\$188	\$288
	Empleados activos	\$ -	\$(152)
	Jubilados	\$188	\$440
	(Aumento) Disminución en beneficios no reclamados	\$(130)	\$(724)
	Empleados activos	\$(9)	\$(349)
	Jubilados	\$(121)	\$(375)
	Contribuciones sobre (por debajo de) reclamos pagados y otros	\$(3,658)	\$(1,458)
	Empleados activos	\$(2,037)	\$(1,068)
	Jubilados	\$(1,621)	\$(390)
Intereses e ingresos por inversiones		\$199	\$253
Excedentes del Programa (déficit)		\$(3,459)	\$(1,205)
Reservas		\$33,097	\$36,556

Fuente: Estados Financieros del BID

ANEXO 4

INFORMES DE REVISIÓN DE LOS CONTADORES INDEPENDIENTES Y ESTADOS FINANCIEROS 31 DE DICIEMBRE DE 2014



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 2014 y 2013



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 2014 y 2013, 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 las revisiones 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

31 de julio de 2015

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	
	2014	2013
Activo		
Efectivo	\$ 3,302	\$ 3,778
Inversiones a valor razonable	36,066	40,305
Descuentos de Farmacia devengados	1,598	110
Total del activo	40,966	44,193
Pasivo		
Cuentas por pagar	902	801
Prestaciones incurridas que no han sido reclamadas	6,967	6,836
Total del pasivo	7,869	7,637
Activos netos disponibles para el pago de prestaciones	\$ 33,097	\$ 36,556

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)

	31 de diciembre de	
	2014	2013
Adiciones		
Contribuciones		
Contribuciones directas del Empleador	\$ 18,293	\$ 18,178
Contribuciones del Fondo de Beneficios de Posjubilación	17,236	16,872
Contribuciones de los Participantes	18,087	17,868
Total de contribuciones	53,616	52,918
 Apreciación neta en el valor razonable de las inversiones	111	230
Otros ingresos	88	23
Total de adiciones	53,815	53,171
 Deducciones		
Prestaciones a los participantes		
Prestaciones pagadas	57,332	53,940
Aumento en prestaciones incurridas que no han sido reclamadas	130	724
Recuperaciones del seguro	-	152
Subsidio de "Medicare" de Estados Unidos parte D	(188)	(440)
Total de deducciones	57,274	54,376
Disminución neta en los activos netos durante el año	(3,459)	(1,205)
 Activos netos disponibles para el pago de prestaciones:		
Al principio del año	36,556	37,761
Al final del año	\$ 33,097	\$ 36,556

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 2014 y 2013i

(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 a las Reglas de Personal PE-375 y PN-8.03 (y los anexos relacionados) del 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, nacionales e internacionales, jubilados del Banco y de la Corporación Interamericana de Inversiones (CII) (conjuntamente referidos como el Empleador) y sus dependientes. Todos los empleados del Banco con contratos de trabajo definidos en la Regla de Personal PE-311 y PN-502 "Modalidades de Contratación" y sus respectivos cónyuges e hijos dependientes, deben participar en el Programa de Seguro Médico, a menos que se solicite una excepción y esta sea aceptada.

Los Directores Ejecutivos, sus alternos, consejeros y asistentes de oficina Co-Terminous, y sus dependientes pueden participar de forma voluntaria. La participación también es voluntaria para los niños (biológicos o adoptivos) del empleado o el cónyuge del funcionario que no califican como hijos dependientes a los efectos de la política del Banco, independientemente de si (a) que residan con el funcionario, o (b) están casados. Dicha cobertura cesa cuando el dependiente cumple los 26 años.

Los jubilados del Banco que hayan devengado la totalidad de sus beneficios bajo el Programa de Seguro Médico, junto con sus respectivos dependientes, tienen la opción de participar en el Programa de Seguro Médico. Los criterios aplicables dependen en parte de la fecha de contratación del empleado. Existen tres grupos de acuerdo a criterios que regulan la participación: (1) Empleados contratados con anterioridad al 1 de septiembre de 1995 (2) Los empleados contratados a partir del 1 de septiembre de 1995 y antes del 1 de enero de 2015 (3) Los empleados contratados a partir del 1 de enero de 2015. Empezando el 1 de enero de 2015, existe un criterio gradual de devengar de beneficios bajo el Programa para el grupo 3 establecido en los Reglamentos de Personal arriba mencionados.

Los jubilados que no cumplan con los años mínimos de cobertura (en los grupos 1 y 2), personal ausente con licencia sin goce de haber y los que terminan su relación laboral con el Banco pueden optar por continuar con la cobertura bajo 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 provea una prestación, con contribuciones pagadas por empleados y jubilados, (dependiendo del grupo al cual pertenezcan), excepto por los gastos de administración y otros gastos los cuales son pagados en su totalidad por el Empleador. El Empleador determina en forma periódica las contribuciones de los empleados y jubilados requeridos para financiar el Programa.

Actualmente el Banco paga las dos terceras partes de las contribuciones totales al Programa para los empleados y jubilados contratados antes del 1 de enero de 2015 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 para 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).

Con fecha efectiva 1 de enero de 2014, el Banco negoció y firmó un nuevo contrato de administración con CIGNA, que incluyó un cambio importante en el cálculo de los descuentos de farmacia que ahora provee un descuento sin límite (100% de reembolso de farmacia en comparación al límite anterior del 50%), resultando en un reembolso mayor en dólares por descuentos de farmacia. Además, efectivo el 1 de enero de 2015, el Programa tiene una nueva póliza de seguros que fija el límite de pérdidas para los reclamos que exceden \$500. Bajo la póliza de seguros que fija el límite de pérdidas, el Programa es reembolsado por reclamos que exceden \$500 por persona, y no hay un límite máximo en la cantidad de reembolso que el BID pueda recibir de su asegurador del límite de pérdidas.

Por el año terminado el 31 de diciembre de 2014, 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 \$2.003 (2013 - \$2.025), (ii) la prima de la póliza de seguro para límite de pérdida por \$537 (2013 - \$592) y (iii) la prima por la parte B de Medicare por \$1.684 (2013 - \$2.004).

El Banco solicita un subsidio bajo el programa "Medicare" de Estados Unidos parte D, para todos los empleados retirados elegibles que no se encontraban inscritos en este programa. Un subsidio total de \$188 fue recibido en 2014 (2013 - \$440) 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 reportan a valor razonable utilizando la contabilidad a la fecha de negociación. Las ganancias y pérdidas realizadas y no realizadas se incluyen en el rubro Ingresos sobre inversiones en los Estados de Cambios en los Activos Netos Disponibles para el Pago de Prestaciones.

Prestaciones incurridas que no han sido reclamadas

Las obligaciones del Programa por prestaciones incurridas por los participantes que no han sido reclamadas 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 relacionado con estas actividades se incluye en Cuentas por cobrar en los Estados de Activos Netos Disponibles para el Pago de Prestaciones. No hubo montos por cobrar al 31 de diciembre de 2014 o 2013.

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. Sustancialmente 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. Se han establecido límites de crédito para cada contraparte y el Banco no provee incumplimiento por ninguna de las contrapartes.

Ganancias netas no realizadas en las inversiones mantenidas al 31 de diciembre de 2014, por un monto de \$108 (2012 – \$222) han sido incluidas en Ingresos sobre inversiones. El rendimiento promedio de la cartera de inversiones, incluyendo ganancias y pérdidas realizadas y no realizadas, fue de 0.29%, y 0.57%, durante 2014 y 2013, respectivamente.

La siguiente tabla presenta las inversiones del Programa reportadas a valor razonable al 31 de diciembre de 2014 y 2013 (en miles):

	2014	2013
Fondos comunes de inversiones ⁽¹⁾ :		
Obligaciones del Gobierno de Estados Unidos	\$ 12,647	\$ 17,166
Empresas patrocinadas por el Gobierno de Estados Unidos	40	40
Obligaciones de gobiernos y agencias fuera de Estados Unidos	13,197	10,822
Obligaciones bancarias ⁽²⁾	6,953	9,488
Valores corporativos	1,395	879
Valores respaldados por hipotecas	355	455
Valores respaldados por activos	1,479	1,455
	<u>36,066</u>	<u>40,305</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, papeles comerciales, y depósitos en el mercado financiero

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 prácticamente 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 \$12.647 al 31 de diciembre de 2014 (2013 - \$17.166) 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, servicios externos de valuación, cuando están disponibles, precios derivados de modelos alternativos de precios, empleando insumos observables disponibles en el mercado y flujos de efectivo descontados. Estas metodologías representan técnicas de valuación consistentes con los enfoques de mercado y de ingresos. Al 31 de diciembre de 2014, estas inversiones se clasifican en el Nivel 2 de la jerarquía de valor razonable y ascienden a \$23.419 (2013 - \$23.139)

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 de las transferencias entre niveles es reflejar estas transferencias efectivas a partir del inicio del período de información. No hubo transferencias entre niveles durante 2014 y 2013.

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 2014 ascendieron a \$53.616 (2013 - \$52.918), de esta cifra \$35.529 (2013- \$35.050) correspondió al Empleador y \$17.765 (2013 - \$17,525) a los empleados activos y jubilados. Adicionalmente \$322 (2013 - \$343) 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, para los años terminados el 31 de diciembre de 2014 y 2013 (en miles):

	2014			2013		
	Empleados Activos	Jubilados	Total	Empleados Activos	Jubilados	Total
<u>Contribuciones</u>						
Del Empleador	\$ 18,293	\$ 17,236	\$ 35,529	\$ 18,178	\$ 16,872	\$ 35,050
De los participantes	9,147	8,618	17,765	9,089	8,436	17,525
De los participantes en licencia sin goce de sueldo	322	-	322	343	-	343
	<u>27,762</u>	<u>25,854</u>	<u>53,616</u>	<u>27,610</u>	<u>25,308</u>	<u>52,918</u>
<u>Prestaciones pagadas a los participantes</u>						
Médico	22,446	16,760	39,206	20,413	15,698	36,111
Dental	3,220	2,343	5,563	3,032	2,158	5,190
Medicamentos	4,124	8,439	12,563	4,732	7,907	12,639
	<u>29,790</u>	<u>27,542</u>	<u>57,332</u>	<u>28,177</u>	<u>25,763</u>	<u>53,940</u>
<u>Contribuciones debajo de prestaciones pagadas</u>	<u>(2,028)</u>	<u>(1,688)</u>	<u>(3,716)</u>	<u>(567)</u>	<u>(455)</u>	<u>(1,022)</u>
<u>Otros</u>						
Aumento en prestaciones incurridas que aún no han sido reclamadas	(9)	(121)	(130)	(349)	(375)	(724)
Recuperaciones del seguro	-	-	-	(152)	-	(152)
Subsidio "Medicare" de los Estados Unidos Parte D	-	188	188	-	440	440
	<u>(9)</u>	<u>67</u>	<u>58</u>	<u>(501)</u>	<u>65</u>	<u>(436)</u>
<u>Contribuciones debajo de prestaciones pagadas y otros</u>	<u>\$ (2,037)</u>	<u>\$ (1,621)</u>	<u>\$ (3,658)</u>	<u>\$ (1,068)</u>	<u>\$ (390)</u>	<u>\$ (1,458)</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 2014, el Programa tenía depósitos en un banco por \$3.302 (2013 – en un banco por \$3.778). 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 31 de julio de 2015, 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 2014.

